

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



EVALUACIÓN DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

**Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al
GRADO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

PAULINA ANDREA OELRICH OLIVARES

**VALDIVIA - CHILE
2006.**

PROFESORA/A PATROCINANTE

Sra. Estela Arcos G

Nombre

Firma

PROFESORA/A COPATROCINANTE

Sra. Irma Molina V.

Nombre

Firma

PROFESORA/A COLABORADOR

Sra. Nancy Fernández

Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

A mi madre, pilar fundamental en esta tarea, sin tu presencia nada de esto hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS

A la primera persona que quiero agradecer con todo el corazón es a mi madre por su cariño apoyo incondicional y perseverancia inculcada.

Deseo agradecer además muy sinceramente a mi profesora patrocinante Sra. Estela Arcos, por haber sido una excelente guía, por la paciencia y constante ayuda en la realización de este proyecto. Así también de manera especial a mi profesora copatrocinante Sra. Irma Molina, quién contribuyó en esta tesis ofreciéndome su tiempo y ayuda, además de sus críticas que hicieron que la investigación mejorara sustancialmente.

A todas y cada una de las mujeres que amablemente obsequiaron parte de su tiempo y depositaron en mi su confianza, por su colaboración y hacer posible el desarrollo de esta investigación.

A todo el personal de salud del CESFAM "Rahue Alto" de la ciudad de Osorno, quienes apoyaron el desarrollo de este trabajo en sus dependencias. En especial a las Matronas Sra. Viviana Barría, Sra. Angélica Almonacid y Sra. Nelly Ulloa por incentivar el desarrollo de este trabajo, por su valiosa colaboración y apoyo entregados.

A todas las personas, que han sido parte de mi experiencia de vida personal, y que hicieron posible que esta investigación se llevara a cabo.

A ti, que me comprendes y apoyas a través del tiempo, gracias por tu compañía.

INDICE DE MATERIAS

RESUMEN.

SUMMARY.

1	INTRODUCCIÓN.	1
2	MARCO TEORICO.	3
2.1	Sexualidad humana.	3
2.2	La sexualidad y el género.	4
2.3	Función sexual femenina.	6
2.4	Disfunción sexual femenina.	8
3	HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.	12
3.1	Hipótesis.	12
3.2	Objetivos.	12
4	MATERIAL Y MÉTODO.	14
4.1	Tipo de estudio.	14
4.2	Diseño de la muestra criterios de inclusión	14
4.3	Población en estudio y localización.	15
4.4	Definición de conceptos y variables.	15
4.5	Variables biosociodemográficas.	15
4.6	Instrumentos y procedimientos para obtener mediciones.	16
4.6.1	Función sexual femenina.	16
4.6.2	Variables biosociodemográficas.	18
4.7	Prueba piloto.	18
4.8	Recolección de la información.	18
4.9	Procesamiento y análisis estadístico de los datos.	18
5	RESULTADOS.	20
6	DISCUSION.	25
7	CONCLUSIONES.	29
8	BIBLIOGRAFIA.	31

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

T-G		PÁG.
T1	Perfil sociodemográfico de la población en estudio. CESFAM “Rahue Alto” Osorno. 2005.	20
T2	Distribución de Mujeres por Calidad de Función Sexual (FS) según Dominios. CESFAM “Rahue Alto” Osorno. 2005	22
G1	Distribución porcentual del Índice de Función Sexual (IFS) en mujeres en edad reproductiva,. Julio 2005. CESFAM “Rahue Alto” Osorno.	21
G2	Clasificación del comportamiento de Función Sexual de mujeres de la Comuna de Osorno . 2005	23
G3	Análisis de Correspondencias Múltiples para caracterización de Función Sexual y condiciones sociodemográficas. Comuna Osorno 2005	24

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A1	Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) dominios e ítems que lo integran.	A1
A2	Cuestionario “Evaluación de la función sexual”.	A2
A3	Acta de consentimiento informado para la investigación clínica.	A4

RESUMEN

La sexualidad se reconoce como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, además de ser el placer sexual, fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando está libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social. Estudios realizados en Chile, han reportado la presencia de disfunciones sexuales femeninas en alrededor del 50% de las mujeres de edad media.

Las necesidades de las mujeres en el campo de la sexualidad se están dando a conocer aunque de forma lenta y empiezan a ser un campo legítimo de investigación y estudio. Por esto, se realizó este estudio, para conocer la prevalencia de trastornos sexuales en las mujeres controladas en el CESFAM “Rahue Alto” de la ciudad de Osorno.

Se realizó un estudio de carácter exploratorio a 105 mujeres en edad reproductiva, a las que se les aplicó el cuestionario Función Sexual Femenina (FSM), que valora las dimensiones deseo, excitación, lubricación, orgasmo, ansiedad anticipatoria y problemas con la penetración vaginal durante el último mes.

El 49,4% de 89 mujeres, que respondieron todas las preguntas, reconocen una función sexual normal. El porcentaje restante refiere disfunción sexual determinada fundamentalmente por inhibición del deseo sexual (42,8%).

El análisis de correspondencia múltiple muestra que las variables sociodemográficas y la función sexual no se comportan de modo uniforme; no existe un estereotipo con respecto a las variables en estudio.

Palabras Claves: Función sexual, Sexualidad femenina, Disfunción sexual.

SUMMARY

The sexuality is recognized as an integration force of the identity, which helps to strengthen and / or produce integral links, beside being the sexual pleasure, source of intellectual, spiritual of physical and psychic well-being, that when it is free of conflicts and distresses promotes personal and social development. Studies realized in Chile, have reported the presence of sexual feminine dysfunctions in about 50 % of the women of middle ages.

The needs of the women in the field of the sexuality are devoting knowing each other though of slow form and they become a legitimate field of investigation and study. For this, there was realized this study, to know the prevalence of sexual disorders in women controlled in the Health Family Center, CESFAM "Rahue Alto" of Osorno's city.

A study of exploratory character to 105 women was made in reproductive age, to which the questionnaire .Sexual Function Female (SFF), was applied to them that values the dimensions desire, excitation, lubrication, orgasm, anxiety anticipatory and problems with the vaginal penetration during the last month.

49.4% of 89 women, who responded all the questions, recognize a normal sexual function. The remaining percentage fundamentally refers certain sexual dysfunction by inhibition of sexual desire (42,8%).

The analysis of multiple correspondence sample that the sociodemográficas variables and the sexual function do not behave of uniform way; a stereotype with respect to the variables in study does not exist.

Key words: Sexual function, female sexuality, sexual dysfunction

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales que forman parte permanente del individuo. La sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos.

Una vida sexual sana es trascendental en la felicidad y calidad de vida de las personas, reporta numerosos beneficios y, a la vez, puede ser un factor predictivo de longevidad. La disfunción sexual femenina es un problema multidimensional, donde se mezclan la biología de la persona, la psicología y las relaciones interpersonales.

La disfunción sexual femenina constituye un grupo de trastornos frecuentes, que afectan a una de cada tres mujeres. Sin embargo, el conocimiento sobre la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones es limitado. En Chile, la mayor parte de la investigación sobre sexualidad se ha enfocado a adolescentes o se ha referido a los problemas de la educación sexual, pero se conoce poco de la patología sexual femenina (DSF).

La prevalencia de disfunciones sexuales en la población general es un tema de difícil abordaje, que particularmente en Latinoamérica ha sido poco estudiado, debido a la disparidad de criterios metodológicos y lenguaje utilizado. Se ha progresado mucho en el manejo de la disfunción sexual masculina y sólo actualmente, se está dirigiendo atención y muy débilmente a la disfunción sexual femenina (DSF). En la actualidad, la aproximación a la DSF constituye un desafío para la investigación básica, la evaluación diagnóstica y las distintas opciones de tratamiento

Helen Kaplan desde 1976 considera la respuesta sexual humana como un ciclo trifásico, y en una forma muy simple define la respuesta sexual en tres fases: deseo, excitación, orgásmica. De esta forma las disfunciones sexuales se clasifican según la fase de la respuesta sexual afectada, de modo que, existen disfunciones del deseo sexual, de la excitación y/o del orgasmo, presentándose además cuadros específicos como dispareunia, vaginismo y fobias sexuales.

Estudios recientes realizados en otras regiones y culturas (Estados Unidos, Europa y Asia) dan cuenta de una alta prevalencia de disfunciones sexuales en una población general de ambos sexos, con una frecuencia de aparición de 10 a 52% en varones y de 25 a 63% en mujeres. En Chile, la presencia de disfunciones sexuales se detecta en alrededor del 50% de las mujeres de edad media comprometiendo principalmente el deseo y la excitación (Aliaga et al 2000)

La matrona y el matrócn como profesionales con responsabilidad en la atención en salud de hombres y mujeres, en todas las etapas del ciclo vital, dispone de numerosas oportunidades y espacios para la detección precoz de trastornos sexuales en la mujer y el hombre, derivando cuando los casos lo ameritan a profesionales especializados.

Se realizó el estudio de la función sexual en mujeres en edad reproductiva como una forma de aproximarnos a la realidad local. El objetivo fue conocer las disfunciones sexuales y su relación con determinadas variables sociodemográficas en las mujeres usuarias del Consultorio “Rahue Alto” de la comuna de Osorno. Los hallazgos presentados servirán para el diseño de estrategias de atención integral en este nivel primario de atención de salud.

2. MARCO TEORICO

2.1 SEXUALIDAD HUMANA

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones; una de estas dimensiones es la sexualidad, construcción social que se origina en el propio individuo. La sexualidad es un proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia de cada persona está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc (Zeidenstein et al 1999).

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

La vida sexual requiere de una maduración psicológica y de una estructuración normal por ser la más profunda de las relaciones afectivas humanas, sobre ella ejercen influencia inhibitoria múltiples factores, lo que explica la alta frecuencia de trastornos sexuales en la población (Guibert et al 1998).

El estudio de la sexualidad humana debe considerar los aspectos biológicos, psicosociales, culturales y ambientales, pues es una manifestación biopsicosocial que se estructura y desarrolla en el transcurso de toda la vida en el proceso de socialización del individuo (Guibert et al 1998).

La sexualidad es una de las dimensiones del ser humano que históricamente ha creado conflicto para su estudio, ya que existen diversas opiniones y enfoques respecto a su significado, a su importancia y a las relaciones con los otros aspectos de la naturaleza humana. De esto es que cada cultura aborda en forma distinta esta expresión natural (Pino et al 1992).

2.2 LA SEXUALIDAD Y EL GÉNERO

El rol de género es un posible factor asociado a la presencia de las disfunciones sexuales. El género alude a una construcción sociocultural que resalta aspectos psicosociales, es el conjunto de cualidades biológicas, físicas, sociales, económicas, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a los individuos según el sexo (Sanchez et al 2002).

Los rasgos femeninos están descritos como las características denominadas de relación, necesidad de involucrarse con los demás, no tanto con las ideas, orientados hacia los sentimientos y la abstracción, pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza. Cuando hay un apego excesivo a su rol, puede haber poca conciencia respecto de ella misma, con poca capacidad de expresar lo que quiere para que la entiendan, y tienen generalmente como únicas metas el matrimonio y la maternidad, pues lo consideran su destino, sin posibilidades de elegir, ya que está limitada en su independencia, su poder de decisión y su autosuficiencia (Sanchez et al 2002).

A través de su historia, el ser humano primitivamente vivía en un plano meramente biológico, agobiado por la lucha diaria por la supervivencia, y la mujer, protectora innata, buscaba la seguridad de su prole. La sexualidad era en ese entonces la necesidad imperante de saciar un impulso biológico que los llevaba a la cópula, con los objetivos principales: la reproducción y el mitigar conflictos de la especie, dada la conocida agresividad del macho (Morris 2000).

Esto ha determinado que socialmente, la sexualidad femenina se percibe desde una perspectiva del cuerpo y su utilidad, basándose en las modificaciones de éste y considerándolo como un cuerpo para otros, para la procreación o para el goce del hombre; reafirmando esta concepción de sexualidad para otros, donde la cultura exagera el aspecto sexual en la vida de una mujer en perjuicio de otras cualidades por desarrollar, impide igualmente que esta sexualidad sea verdaderamente suya (Rivera 1993).

Por mucho tiempo se pensó, y en efecto las mujeres así lo han reconocido, que el sexo para ellas sería prescindible, pero no así para el hombre. Incluso se ha señalado que la mujer puede vivir periodos prolongados o a veces la vida sin sexo, pero no puede vivir sin participar activamente en una relación interpersonal, sea de la naturaleza que sea (Gramegna et al 1998).

Durante siglos la mujer fue menospreciada, postergada para cumplir el rol de hija obediente, que acataba la decisión de su padre acerca de con quién vivir su sexualidad y

maternidad, esposa sumisa y madre abnegada, reprimiendo la expresión de su sexualidad por vergüenza y temor, ya que actuaba en función de lo que el hombre requería (Worth 1999).

La desigualdad de género y la discriminación perjudican directa e indirectamente la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital; y el descuido de sus necesidades impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad. Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Batres 2001).

Los hechos que acusan la desigualdad de género – las restricciones en materia de opciones, oportunidades y participación de la mujer - tienen consecuencias directas y a menudo nefastas para la salud y la educación de la mujer y su participación social y económica. No obstante, hasta hace pocos años se consideraba que esas restricciones eran o bien carentes de importancia o bien inexistentes; se las aceptaba o se hacía caso omiso de ellas. La realidad de la vida de las mujeres ha sido invisible para los hombres. Esta invisibilidad persiste en todos los niveles, desde la familia hasta la nación. Aún cuando comparten el mismo espacio, la realidad es que las mujeres y los hombres viven en mundos diferentes (Batres 2001).

Las mujeres y los hombres experimentan la sexualidad de forma diferente. En primer lugar; aunque la testosterona estimula la libido en ambos sexos, determina más fuerte el interés sexual en hombres. En segundo lugar, el orgasmo masculino (eyaculación) es esencial para la reproducción, mientras que el orgasmo femenino no es terminantemente reproductivo. Se especula que la mayor tendencia de las mujeres a la inhibición sexual podría ser una respuesta a las influencias culturales. La mayoría de las sociedades han restringido la expresión sexual de las mujeres más firmemente que en los hombres. La inhibición sexual puede también ser un mecanismo protector desarrollado para desalentar a las mujeres a tener más niños (Richardson 2003).

La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer (El Cairo 1994).

La actitud de la sociedad frente al comportamiento sexual ha variado en las últimas décadas desde los enfoques más represivos hasta la apertura hacia una mayor libertad y aceptación de los sentimientos sexuales, especialmente de aquellas que han sido históricamente reprimidos: las mujeres. Un aspecto importante de este cambio es el reconocimiento, aceptación y preocupación por la respuesta sexual de la mujer y su satisfacción. Se considera que las mujeres tienen una capacidad de excitación sexual no menor que los hombres e igual necesidad de expresar física y psicológicamente sus impulsos sexuales, pero en ellas el deseo sexual se ve más influenciado por factores psicosociales (Gramegna et al 1998).

La conducta sexual y las actitudes hacia ésta, están determinadas culturalmente y la tradición ha fomentado y conformado patrones más rígidos para las mujeres que para los hombres. Esto las predispone a presentar dificultades en su vida sexual y a demorar la búsqueda de apoyo especializado e información científica para aprender a disfrutar su sexualidad (Guibert et al 1998).

A partir de la mitad del siglo XX, coincidiendo con la aparición de la píldora anticonceptiva, se marca el inicio de una nueva era de la sexualidad femenina, donde se sentó la base para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre (Zeidenstein et al 1999).

En consecuencia, la sexualidad en general y la femenina en particular está mediatizada por la cultura, la época, los valores presentes en las distintas sociedades. Es así como existen sociedades permisivas que le han dado a la mujer la oportunidad de cultivar una sexualidad placentera, igualitaria a la del varón, en contrapartida con aquellas culturas represivas donde se ha convertido a la mujer en un ser asexuado, reprimido, donde no se les alienta ni apoya para que tomen decisiones relativas a su sexualidad, elección de su pareja, planificación familiar y, menos aún, que se empoderen de su deseo sexual (Worth 1999).

Particularmente en Chile, si sumamos a lo anterior la diferencia genérica condicionada durante siglos por culturas predominantemente machistas como la nuestra, tendremos un grupo importante de personas, mujeres y jóvenes, con acceso restringido a información acerca de cómo vivir plenamente su sexualidad (Rodó 1987).

2.3 FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Fue a partir de los estudios de Masters y Johnson en la década de 1960 que se intensificaron las investigaciones sobre la sexualidad. Estos científicos introdujeron la idea de que existe un ciclo de respuesta sexual humana, compuesto por cinco fases: deseo, excitación,

meseta, orgasmo y resolución. Este modelo de comportamiento facilita la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen en uno y otro sexos durante la actividad sexual, modelo invaluable para comprender la fisiología de las disfunciones y determinar estrategias terapéuticas (Sanchez et al 2002).

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

La disfunción sexual femenina está definida como alteraciones del deseo sexual y la excitación, dolor en la excitación o el orgasmo, lo que da como resultado un malestar personal significativo que puede tener impacto en la calidad de vida. Aunque cada condición específica puede estar definida separadamente en términos médicos clínicamente hay un solapamiento significativo en las pacientes afectadas (Munárriz et al 2001).

Se define disfunción sexual como "una serie de síndromes en la que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, y que se presentan en forma persistente y recurrente." Se propone la presencia de cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales: *i*) son procesos de naturaleza erótica, donde la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de ella están disminuidas; *ii*) son procesos que se consideran indeseables; *iii*) son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas, y *iv*) se presentan en forma de síndromes (grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares), no así de las causas que las provocan, además de que las disfunciones pueden aparecer en una o más fases de la respuesta sexual humana (Munárriz et al 2001).

El deterioro de la salud sexual es multifactorial y son numerosos los problemas médico sociales que se derivan de él. Uno de ellos es la disfunción sexual definitiva como trastorno psicosomático que impide al individuo realizar el coito o disfrutar de él, presentándose alteración de una o varias fases de la respuesta sexual humana, de manera recurrente o mantenida en el tiempo (Aliaga et al 2000).

El informe de la Conferencia Internacional sobre Disfunciones sexuales femeninas 2001, clasificó las Disfunciones sexuales femeninas en:
I Alteraciones del deseo sexual.

- Ia) Deseo sexual hipoactivo: es la deficiencia o la ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales y/o del deseo de realizar la actividad sexual, o receptividad para ella.
- Ib) Aversión sexual: es la aversión fóbica persistente o recurrente al contacto sexual, que incluye su evitación.
- II Alteración de la excitación sexual. Es la incapacidad persistente o recurrente para llevar a cabo o mantener una excitación sexual suficiente. Puede expresarse como falta de excitación subjetiva o falta de lubricación vaginal, o bien con otras respuestas somáticas.
- III Alteraciones del orgasmo. Es la dificultad persistente o permanente para obtener un orgasmo, así como su retraso o ausencia tras una suficiente estimulación sexual y excitación.
- IV Alteraciones relacionadas con el dolor durante el acto sexual:
- IVa) La dispareunia es el dolor genital persistente o recurrente asociado con el acto sexual.
- IVb) El vaginismo es el espasmo involuntario, persistente o recurrente, de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la penetración vaginal,
- IVc) El dolor no relacionado con el coito es el dolor genital persistente o recurrente inducido por la estimulación sexual no costal (Munárriz et al 2004).

Masters y Johnson, y los conductistas, en 1987, señalan que con frecuencia las raíces de la psicopatología sexual se originan en un terreno mucho más inmediato relacionado con la vida presente del sujeto, así la ansiedad por el propio desempeño, las inseguridades superficiales, las tensiones debidas a la escasa comunicación con el otro miembro de la pareja, la angustia nacida de una concepción errónea acerca de las relaciones sexuales, pueden causar y causan una gran parte de las dificultades sexuales que vemos en la práctica clínica (Sanchez et al 2002).

2.4 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La disfunción sexual femenina (DSF) abarca un sistema de desórdenes frecuentes que afectan una de cada tres mujeres. Sin embargo, el conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones sigue siendo limitado. Los datos epidemiológicos sobre el predominio y la incidencia de la disfunción sexual femenina son escasos. Sin embargo, según datos disponibles en la literatura, afecta a cerca de 25-63% de las mujeres (Halaris 2003).

De las disfunciones sexuales propiamente tales, en las mujeres, las alteraciones del deseo son las más frecuentes, con un 38% seguida por dispareunia y/o vaginismo en un 16,5% y por disfunción del orgasmo con un 10,4% (Aliaga et al 2000).

El deseo sexual corresponde a una tendencia o motivación, a exponerse y/o a buscar activamente circunstancias que aumentan la probabilidad de llevar a cabo conductas autoeróticas o intercambios sexuales y sentirse receptivos a estos. Se define deseo sexual hipoactivo como inhibición persistente y profunda del deseo sexual. Las personas hipoactivas no son atraídas por la posibilidad de tener contacto sexual alguno, su impulso sexual es bajo, muchas de ellas no tienen fantasías de contenido erótico o sexual (Charna et al 2003).

La importancia de aspectos interpersonales, en los desórdenes sexuales del deseo, se ha reconocido desde los trabajos más tempranos sobre el tema. La teoría clínica y la evidencia preliminar de la investigación han sugerido que el deseo sexual está atado integralmente con una variedad de factores interpersonales y de la relación. La mayoría de las teorías describen el deseo sexual como emergiendo de una interacción entre las características individuales y de la pareja. La disminución del deseo sexual está asociado a niveles bajos de satisfacción marital, disminuyendo la motivación para la intimidad sexual e incluso llevando a la frustración y al descontento. El deseo sexual se puede considerar como una forma de expresión de la satisfacción marital. Cuando una persona es más feliz con su relación y pareja, es más probable que desee intimidad y actividad sexual (Brezsnyak et al 2004).

Abrantes et al 2001, en su estudio de las necesidades de salud de las mujeres en las fabelas en Brasil, concluyeron que el 54% de las mujeres encuestadas utilizaban el sexo como una estrategia para resguardar el vínculo de pareja; este hallazgo se repite en el estudio de Rodó (1987), donde las mujeres otorgan su sexualidad para satisfacer la demanda corporal de sus parejas. En la asociación con la variable edad del menor de los hijos, se esperaba encontrar que las mujeres que tienen hijos pequeños presentaran en mayor proporción deseo sexual inhibido, ya que es en esta edad cuando los hijos demandan mayor atención y por tanto mayor desgaste y cansancio de la madre. Sin embargo, esta disfunción se presenta con mayor frecuencia en mujeres que tienen hijos mayores de 13 años, lo que podría relacionarse con pérdida de intimidad, miedo a ser interrumpidos durante las relaciones y/ o vergüenza a reconocer su sexualidad frente a sus hijos adolescentes.

Las disfunciones sexuales son más frecuentes en las mujeres maduras motivadas por la influencia que sobre la sexualidad tienen las vivencias negativas relacionadas con el período menopáusico, con la sobrecarga de roles en la familia y con la desinformación sexual que muchas de ellas poseen. Las disfunciones sexuales de mayor frecuencia fueron el deseo sexual inhibido y la anorgasmia, las variables ingestión de fármacos, ausencia de salud física, poco deseo sexual, comunicación deficiente de pareja y no recibir educación sexual son factores de riesgo que están fuertemente asociados con la aparición de disfunciones sexuales en estas mujeres y los factores ambientales no se asocian con la aparición de estas disfunciones (Guibert et al 1998).

Baldwin, 2001 en un estudio realizado en Estados Unidos agrupó los síntomas de las disfunciones sexuales femeninas en tres categorías: deseo sexual hipoactivo con una prevalencia de 22%, trastornos de la excitación con prevalencia de un 14% y dolor sexual con prevalencia de un 7%.

Las disfunciones sexuales afectan al 40% de las mujeres entre 18 a 59 años de edad en Estados Unidos. La disfunción sexual puede estar acompañada por fluctuaciones en la secreción de hormonas gonadales, haciendo a la mujer más vulnerable a los síntomas sexuales, especialmente durante determinados eventos de la vida reproductiva, tales como el uso de píldoras anticonceptivas, las fases del ciclo menstrual, postparto, lactancia y perimenopausia las que están altamente relacionados con cambios en los esteroides sexuales (Warnock et al 2003).

Laumann et al 1999 investigaron las disfunciones sexuales en una muestra de la población general de EE.UU. Este estudio reveló que el grupo de mujeres y hombres solteros reporta una y media veces más problemas sexuales que aquellos casados, el 42% de las mujeres que no terminó los estudios divulgó carecer de deseo sexual, y sólo el 24% de las mujeres que terminó sus estudios reportó deseo sexual hipoactivo. Aquellas mujeres de ingresos económicos más bajos manifestaron experimentar con mayor frecuencia deseo sexual bajo. En aquellas familias donde existían niños que alteraban de alguna forma el grado de intimidad de la pareja, reportaron índices más altos de disfunciones sexuales.

Fortín 1994 estudió en Canadá, el rol de la intimidad y la autopercepción sexual en mujeres y hombres que viven como parejas, concluyendo que la satisfacción sexual está relacionada principalmente a la percepción de la satisfacción marital por parte de la mujer y de su pareja, y la intimidad en las relaciones.

McCabe 1997 realizó un estudio para evaluar la asociación entre intimidad, calidad de vida y disfunción sexual, en Australia; encontraron que los individuos disfuncionales presentaron menor grado de intimidad y menor calidad de vida que los individuos funcionales.

McCabe 1997, en relación al uso de determinados anticonceptivos, observa que no hay una diferencia significativa entre el dispositivo intrauterino y los anticonceptivos orales. En aquellas mujeres que utilizaban preservativo en sus relaciones se reportó deseo sexual inhibido en un 44,4%.

Goldstein 2000, en Argentina, entrevistó a 384 mujeres entre 18 y 75 años de edad registrando los siguientes resultados: el 63% presentó trastornos en la fase del deseo; el 30%

presentó trastornos en la fase de excitación; 31% presentó alteración en la lubricación; el 29% tenían desórdenes en la fase del orgasmo; y el 13% mencionó dispareunia. El 24% de las encuestadas están insatisfechas con su vida sexual.

Díaz et al 1999 desarrollaron una investigación en Brasil. De un total de 378 mujeres, el 15% reportó nunca tener deseo sexual y un 85% reportó tener deseo sexual frecuentemente o a veces. La calidad de la relación sexual en estas mujeres fue considerada en un 9,8% como mala, el 50% de las mujeres que tenían problemas sexuales los atribuían al uso de métodos anticonceptivos.

Abrantes et al 2001 realizaron una investigación cualitativa en el distrito Sanitario Norte del Municipio de Natal, Brasil; los discursos tradujeron una vida sexual marcada por una falta de deseo, el 54% de las mujeres manifiestan “no tener deseos de tener relaciones sexuales”.

Una educación inadecuada o inexistente contribuye a desarrollar mitos en relación a la sexualidad, vuelve más vulnerable a la persona a padecer una disfunción sexual y favorece además la persistencia de ella, tanto en el sexo femenino como masculino. Con respecto a la variable religión, la diferencia en los porcentajes es destacable, sin embargo la asociación entre ambas variables ha estado ligada históricamente a la formación de mitos y creencias no siempre verdaderas, en especial cuando se refiere a los comportamientos relacionados con la sexualidad, tales como masturbación, iniciativa, fantasías sexuales, etc. Del mismo modo, las construcciones culturales que existen sobre la sexualidad y su expresión han sido influenciadas por las diversas religiones, lo que ha contribuido a la sumisión y represión de los cuerpos, especialmente de las mujeres, no permitiendo vivir el placer en forma espontánea y natural como una dimensión básica del ser humano (Martín-Cano 2002).

Actualmente muchos terapeutas se orientan hacia el análisis de la influencia inmediata de los factores interpersonales en las disfunciones; hoy la desnudez no está en el cuerpo, sino en la mente, nos desnudamos con bastante tranquilidad frente a la persona con quien deseamos tener relaciones sexuales, pero es a la persona amada a quien le abrimos nuestra mente. Hay consenso internacional entre los investigadores en la desinformación sobre sexualidad de la mayoría de la población y en la importante influencia de la educación en una respuesta satisfactoria. Para reducir la prevalencia de estos trastornos son necesarios la educación sexual y el desarrollo de una autoconciencia de género (Guibert et al 1998).

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 Hipótesis

H₀: La función sexual de la mujer en edad reproductiva se ejerce en una relación de equilibrio entre las fases de la respuesta sexual, iniciativa, y el grado de comunicación sexual

H₁: La función sexual de la mujer en edad reproductiva se expresa en una relación no armónica entre las fases de la respuesta sexual, iniciativa, y el grado de comunicación sexual.

3.2 Objetivos

Objetivo General

1. Evaluar la función sexual de las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud familiar (CESFAM) Rahue Alto Osorno.

Objetivos Específicos

1. Establecer el perfil sociodemográfico de la población en estudio
2. Describir las fases de la respuesta sexual a través de los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción de la actividad sexual, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria.
3. Establecer aspectos relacionales de la actividad sexual como son la iniciativa y el grado de comunicación sexual
4. Estudiar la asociación entre los factores sociodemográficos de las mujeres, con la función sexual: fases de la respuesta sexual, iniciativa y comunicación sexual.
5. Construir un indicador de función sexual para determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres en edad reproductiva a través de la aplicación de un instrumento.
6. Establecer prevalencias de equilibrio y desequilibrio de la función sexual con las dimensiones de estudio.

7. Tipificar la función sexual individual ideal.
8. Analizar descriptivamente los resultados de la muestra.

4. MATERIAL Y METODO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio exploratorio transversal descriptivo que evaluó la función sexual femenina en mujeres en edad reproductiva. La medición de variables en forma exploratoria implica que se examinan deliberadamente variables independientes para analizar las consecuencias que tienen sobre variables dependientes analizando su incidencia e interrelación en un momento dado.

4.2 DISEÑO DE LA MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Muestra equiproporcional entre usuarias inscritas en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Rahue Alto” de procedencia urbana y por tramo etario. Se cubre al menos 100 entrevistas, que facilitan las posibilidades de análisis primario de los datos y son factibles de cubrir en un mes.

Tramo de edad	Urbano
15-25 años	35
25-35 años	35
35-49 años	35
Total	105

Los criterios de inclusión definidos son: mujeres, en edad fértil, con pareja, con actividad sexual y sin la presencia de procesos que afectan la función sexual como: diabetes, depresión y/o ansiedad grave. Mujeres tratadas con bloqueadores beta, diuréticos tiazídicos, antidepresivos, tioridazina, hormonas masculinas o femeninas, enfermedad concomitante grave (insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasias, inmunodepresión, hepáticas, renales), accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio reciente (4 últimos meses), alcoholismo/drogadicción, embarazo y otros factores de índole mental o social que interfieren en la función sexual se descartan para el estudio.

4.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y LOCALIZACIÓN.

Se considera a 105 mujeres en etapa reproductiva, de 15 a 49 años, en control habitual en el programa de salud de la mujer, sin las patologías preestablecidas como criterios de inclusión, durante el mes de julio del año 2005, del Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Rahue Alto” ubicado en el área sur poniente de la Comuna de Osorno, X° Región de Los Lagos.

4.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y VARIABLES.

Sexualidad: dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Función sexual: integración armónica del sexo (netamente biológico) con la sexualidad (que se manifiesta mediante la actitud psicológica frente al sexo e implica, al mismo tiempo, la expresión de sentimientos).

Disfunción sexual femenina (DS): alteraciones del deseo sexual y la excitación, o dolor en la excitación o el orgasmo, lo que da como resultado un malestar personal significativo que puede tener impacto en la calidad de vida.

Aspectos relacionales: el instrumento los define como la iniciativa sexual y el grado de comunicación sexual.

DEAS: Dominios evaluadores de la función sexual, según el instrumento se consideran: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria

Índice de función sexual (IFS): criterio diagnóstico que permite evaluar la sexualidad en mujeres en etapa reproductiva, y pesquisar alteraciones en su función sexual.

4.5 VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS:

Para la descripción biosociodemográfica de la muestra se utiliza como variables independientes: Edad, y Año de Nacimiento, Estado Civil, Escolaridad, Tiempo de Relación con la pareja actual, Sector de residencia, Condición de tenencia de la vivienda y condición de salud compatible con el criterio de inclusión.

4.6 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER MEDICIONES.

4.6.1 Función Sexual Femenina

Medida a través de un instrumento diseñado por un comité de expertos, formado por médicos de la familia y psicólogos clínicos con formación y experiencia en sexología. Este cuestionario fue validado por Sánchez, F. et al 2004. (Anexo 2)

El instrumento evalúa las distintas fases de la respuesta sexual de la mujer, en sus aspectos esenciales como iniciativa y grado de comunicación sexual con la pareja y la disfunción sexual. Permitiendo describirla objetivamente, evitando distorsiones diagnósticas para la detección de trastornos sexuales en la mujer, a través de 2 dominios.: DOMINIOS EVALUADORES DE LA FUNCION SEXUAL (DEAS) y DOMINIOS DESCRIPTIVOS (Anexo 1).

El cuestionario consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en los dominios. DEAS: incluye 11 preguntas que se puntúan de 1 a 5. El resto corresponde a los dominios descriptivos que ayudan a reconocer características importantes de este estado vital como la frecuencia de la actividad sexual, y otras esenciales para el diagnóstico de DS en la encuestada. La medición de la función sexual, se realiza de acuerdo a las puntuaciones establecidas, para cada dominio y su expresión es porcentual considerando para 5 puntos 100% del ítem (pregunta) lo cual indica la proporción del máximo esperado por dominio.

Índices de dominio DEAS

i	DOMINIO	INDICADOR
1	Deseo, ID	$ID = \sum_{i=1}^3 I_i$
2	Excitación, IEXC	$IEXC = \sum_{i=1}^3 I_i$
3	Lubricación, ILUB	$ILUB = \sum_{i=1}^1 I_i$
4	Orgasmo, IORG	$IORG = \sum_{i=1}^1 I_i$
5	Problemas Penetración Vaginal, IPP	$IPP = \sum_{i=1}^3 I_i$
6	Ansiedad Anticipatoria, IAA	$IAA = \sum_{i=1}^1 I_i$

Del registro de las respuestas a cada una de las proposiciones incluidas en su descripción instrumental, se propone diagnosticar la presencia de disfunción sexual si el valor porcentual, al menos en uno de los 6 primeros DEAS, es ≤ 50 .

Propuesta Criterio de Disfunción Sexual: Puntos de corte por Dominio

Puntos de cortes para Indicador DEAS		Valor ID
Trastorno severo	Valor alcanzado en el dominio entre 0-25.	2
Trastorno moderado	Valor alcanzado en el dominio >25-50	1
Sin trastorno	Valor alcanzado en el dominio >50.	0

Índice de Función Sexual: para contar con un criterio que permita diagnosticar una posible disfunción sexual en la mujer, se selecciona los 6 primeros DEAS según expresión 1: donde ID es la calificación del índice del dominio i-esimo: i de 1 a 6.

Expresión 1: Indicador de función sexual

$$IFS = \sum_{i=1}^6 ID_i$$

Propuesta de Calificación para Función Sexual: Puntos de corte IFS

Función Sexual Femenina	Condición	Puntos de corte
Disfunción Sexual grave	Trastorno severo	Mayor o igual a 7 puntos
Función Sexual alterada	Trastorno moderado	de 1 a 6 puntos
Función sexual Normal	Sin trastorno	0

4.6.2 Variables Biosociodemográficas

Los antecedentes biosociodemográficos fueron valorados con preguntas adicionales al instrumento evaluador de la función sexual femenina con el fin de contextualizar el perfil sociocultural de las mujeres encuestadas. Edad (años cumplidos); Escolaridad (básica, media, superior); Estado civil (soltera, casada, separada, conviviente, otro); Tiempo de relación con la pareja actual (< 1 año, 1-3 años, 4 y mas años); Condición de tenencia de la vivienda (vive de allegada (si, no); Sector de residencia (1, 2, 3); Año de nacimiento.

4.7 PRUEBA PILOTO.

Para la ejecución de la investigación se cuenta con autorización del equipo de salud del Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Rahue Alto”, Comuna de Osorno, en conocimiento del proyecto. El instrumento fue validado en una prueba piloto con aplicación a 10 mujeres en dependencias del consultorio, previo consentimiento informado de la población. Con esta información se corrigen las preguntas confusas para facilitar la comprensión y confianza de la entrevistada. Se agrega dos variables de interés: vive de allegada y sector de residencia de las mujeres entrevistadas. Con la información recolectada se construye la base de datos bruta y depurada para su procesamiento y análisis estadístico que responden a la validez y confiabilidad del instrumento. Las mujeres que participan en la prueba piloto no se incluyen en el estudio.

4.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En la segunda etapa se realiza la recolección de información en dependencias del consultorio CESFAM “Rahue Alto” Osorno personalmente por la autora del estudio, a mujeres que cumplen los criterios de inclusión establecidos. Los datos recogidos a través de entrevistas individuales, cara a cara, estructuradas, con el cuestionario adaptado para la investigación y validado con la aplicación piloto.

Se informó a cada mujer los objetivos del estudio garantizando privacidad, confidencialidad, anonimato y libertad de decidir su participación. Todas las mujeres dieron su consentimiento informado. (anexo 3)

4.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

El procesamiento de los datos obtenidos, se inicia con la codificación y crítica de la información obtenida. Se construye las bases de datos brutas y depuradas, usando el programa Excel 2003. Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó los programas Epi Info 6,04

y SPADN. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, estadígrafos de posición y dispersión, y valores modales para la caracterización biosociodemográfica de la muestra. El índice de evaluación de la Función Sexual se construye a través de la Expresión 1, excluyendo a las mujeres que no dieron respuesta a las preguntas.

El estudio de asociación se basa en la aplicación del test chi-cuadrado con las características sociodemográficas, para medir la asociación entre presencia del atributo y el índice de función sexual, con el coeficiente de contingencia. Diferencias con $p < 0,05$ fueron consideradas significativas en una posible asociación entre las condiciones estudiadas.

El estudio global del comportamiento de la función sexual en la muestra se presenta en forma gráfica, el análisis de correspondencia múltiple entre los factores supuestos como condicionantes de función sexual y las variables adicionales incluidas permite ver posibles tipificaciones de esta población.

El plan de procesamiento y análisis estadístico tiene en consecuencia siete etapas: 1) Especificación de todos los datos recogidos para los diferentes tipos de variables definidas en el diseño de la investigación. 2) Planificación de la codificación y formas de tabulación de los datos: listado de las variables, tipos de códigos para cada uno de los datos expresados en categorías, rangos o valores absolutos. 3) Análisis de las categorías para cada variable en todos los instrumentos de medición considerados en el estudio, procedimientos de cálculo de escalas e índices, con apoyo computacional. 4) Aplicación de un programa de uniformidad y validez de los datos introducidos a la computadora y construcción de la base de datos. 5) Prueba del plan de análisis de los datos, ensayo de los procedimientos de codificación, cálculo de índices, tabulación y procesamiento de los datos, con una unificación final de criterios frente a los procedimientos seleccionados. 6) Supervisión por parte de la unidad de control de los datos del estudio en la recolección oficial de datos en las diferentes modalidades establecidas en terreno y de los datos sociodemográficos y biomédicos de la mujer. 7) Elaboración programas monitores de procesamiento, análisis estadístico preliminar y final de los datos.

Los datos fueron analizados usando estadísticas descriptivas de frecuencia absoluta, relativa y relativa ajustada, además de estadísticas de posición y dispersión según el tipo de variable. Se realizó análisis multivariado de correspondencias múltiples con las variables seleccionadas y codificadas adecuadamente para la descripción final.

5. RESULTADOS

La edad promedio de las 105 mujeres es de 30 años, con un rango de 15 a 49 años. Casada y conviviente, es decir viviendo con su pareja es la condición civil más frecuente (38.1% y 35,2%), con educación media 59.9% y superior 6,8%. Viven de allegadas un 29,5%.

El análisis del perfil sociodemográfico por grupos etáreos mostró que 61,1% de las mujeres de 36-49 años tienen escolaridad básica; mujeres de 15-25 años solteras o convivientes (38,9% y 41,7%) y, 45,5% de las mujeres de 26-35 años viven de allegadas.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de la población en estudio. CESFAM “Rahue Alto” Osorno. 2005

		15-25		26-35		36-49		Total	
Variables sociodemográficas	Categorías	N	%	N	%	N	%	N	%
		Escolaridad	Básica	5	13,9	8	24,2	22	61,1
	Media	27	75	23	69,7	13	36,1	63	60
	Superior	4	11,1	2	6,1	1	2,8	7	6,7
Estado civil	Soltera	14	38,9	7	21,2	4	11,1	25	23,8
	Casada	7	19,4	12	36,4	21	58,3	40	38,1
	Separada					2	5,6	2	1,9
	Conviviente	15	41,7	14	42,4	8	22,2	37	35,2
	Otro					1	2,8	1	1
Sector de residencia	1	13	36,1	12	36,4	10	27,8	35	33,3
	2	8	22,2	11	33,3	11	30,6	30	28,6
	3	15	41,7	10	30,3	15	41,7	40	38,1
Tiempo de relación con la pareja actual	< 1 año	7	19,4	4	12,1	1	2,8	12	11,4
	1-3 años	18	50	5	15,2	5	13,9	28	26,7
	4 años y mas	11	30,6	24	72,7	30	83,3	65	61,9
Vive de allegada	SI	12	33,3	15	45,5	4	11,1	31	29,5
	NO	24	66,7	18	54,5	32	88,9	74	70,5

De la información obtenida para todos los ítems del instrumento con respuesta desde la muestra, condición que cumplieron 89 mujeres de las 105 seleccionadas, se construye el Índice de Función sexual (IFS). Los casos excluidos corresponden a 16 mujeres que no pudieron dar toda la información, fundamentalmente, porque no comprendían lo que se les preguntó.

Con el índice se evalúa la función sexual, lo que muestra que 49,4% de la población estudiada tiene una función sexual normal, 48,3% presentaba función sexual alterada, con trastorno moderado y 2,2% con disfunción sexual grave, un trastorno severo (Grafico1)

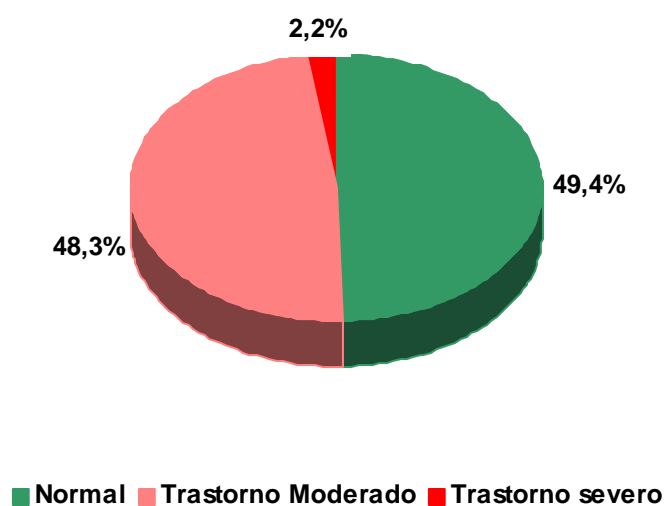


Grafico 1. Distribución porcentual del Índice de Función Sexual (IFS) en mujeres en edad reproductiva. Julio 2005. CESFAM “Rahue Alto” Osorno.

El deseo sexual fue el dominio de la función sexual más frecuentemente alterado (42,8%), seguido de trastorno de la excitación (19,2%), ausencia de lubricación 14,6%, trastorno del orgasmo 12,7%, 8,6% de problemas con la penetración vaginal y 12,5% de ansiedad anticipatorio, tabla 2.

La alteración del dominio deseo sexual aumentó con la edad., alcanzando en mujeres de 15-25 años un 47,2%, en mujeres de 26-35 años 51,5% y en un 61,1% en las mujeres de 36-49 años, $p > 0,05$. La escolaridad de la mujer no fue un factor asociado al tipo de función sexual, $p > 0,05$.

Al analizar aspectos relacionales de la actividad sexual se obtuvo que el 41,1% de las mujeres presento a veces iniciativa en la actividad sexual, seguido de un 31,4% las cuales nunca dieron los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con su pareja. Con respecto al grado de comunicación sexual el 54,3% de las mujeres manifestó siempre comunicar a su pareja lo que le agrada o desagrada de sus encuentros sexuales.

Tabla 2. Distribución de Mujeres por Calidad de Función Sexual (FS) según Dominios. CESFAM “Rahue Alto” Osorno. 2005

Dominios	Sin trastorno		Trastorno moderado		Trastorno severo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Deseo	60	57.1	41	39.0	4	3.8	105	100
Excitación	84	80.8	17	16.3	3	2.9	104	100
Lubricación	82	85.4	10	10,4	4	4,2	96	100
Orgasmo	83	87,4	3	3,2	9	9,5	95	100
Problemas con Penetración	96	91.4	8	7,6	1	1	105	100
Ansiedad anticipatoria	91	87,5	11	10,6	2	1,9	104	100

Para tener una visión general del comportamiento de la población en las características observadas se busca tipificar a los individuos estudiados. En primer lugar con todas sus respuestas y posteriormente observar solo el comportamiento en los dominios con registro instrumental. Considerando su estado civil y la edad, en ambas situaciones se realiza un Análisis de Correspondencias Múltiples (CORMU-SPAD)

El CORMU entre todas las variables sociodemográficas y los dominios de la función sexual permite reconocer tres grandes grupos separados por comportamiento de lubricación, orgasmo y excitación con el factor 1(horizontal) y deseo en el factor 2 (vertical).

Grupo1: corresponde a comportamientos sanos y con trastorno moderado en los dominios de lubricación y deseo, para la mayoría de mujeres en todas las edades y condiciones sociales.

Grupo 2: son algunas mujeres que manifiestan trastornos severos en lubricación y excitación.

Grupo3: Algunas mujeres que manifiestan trastornos severos de orgasmo y deseo, con trastorno moderado de excitación.

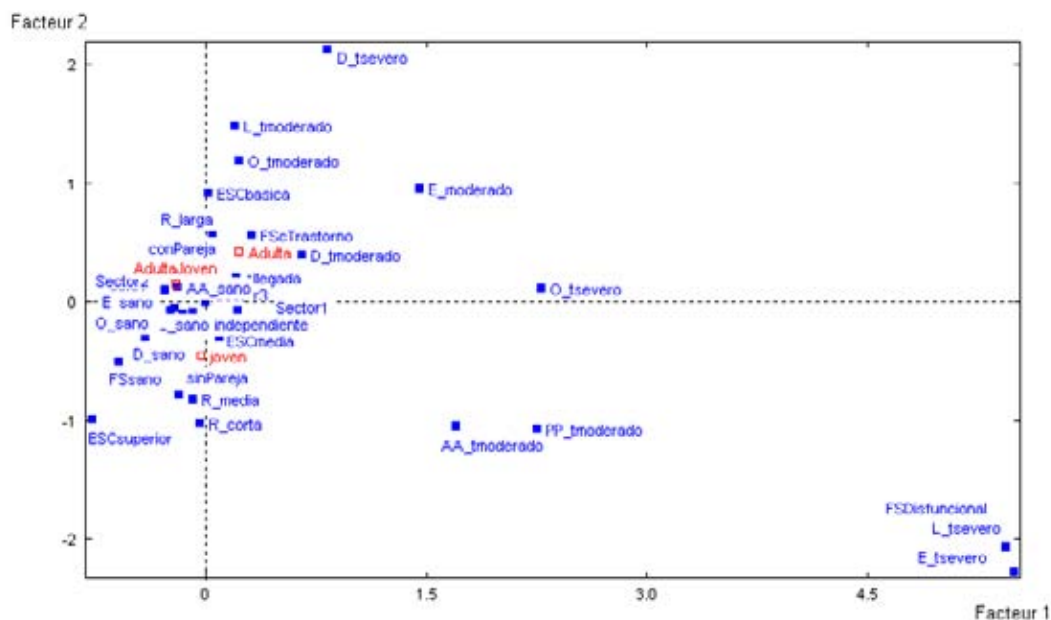


Grafico 2: Análisis de Correspondencias Múltiples para caracterización de Función Sexual y condiciones sociodemográficas. Comuna Osorno. 2005

El CORMU con las características de estado civil y edad permite reconocer cuatro grupos para comportamiento de la función sexual atendiendo a los Dominios del instrumento aplicado (Factor 1: Excitación, Lubricación (horizontal) y Factor 2: Deseo y Problemas con la penetración (vertical)).

Grupo1: disfuncional, algunos casos con trastorno severo de lubricación y excitación.

Grupo 2: algunos casos de mujeres jóvenes con relación de pareja breve, reportando trastorno moderado de excitación, problemas de penetración y ansiedad anticipatoria.

Grupo 3: son mujeres con trastorno severo en deseo y orgasmo y trastorno moderado de excitación.

Grupo 4: son mujeres adultas que aparecen no aportando información y se proyectan sanas en cuatro dominios (penetración, deseo sexual, sin ansiedad anticipatoria y excitación (FS) o con trastornos moderados de orgasmo y deseo.

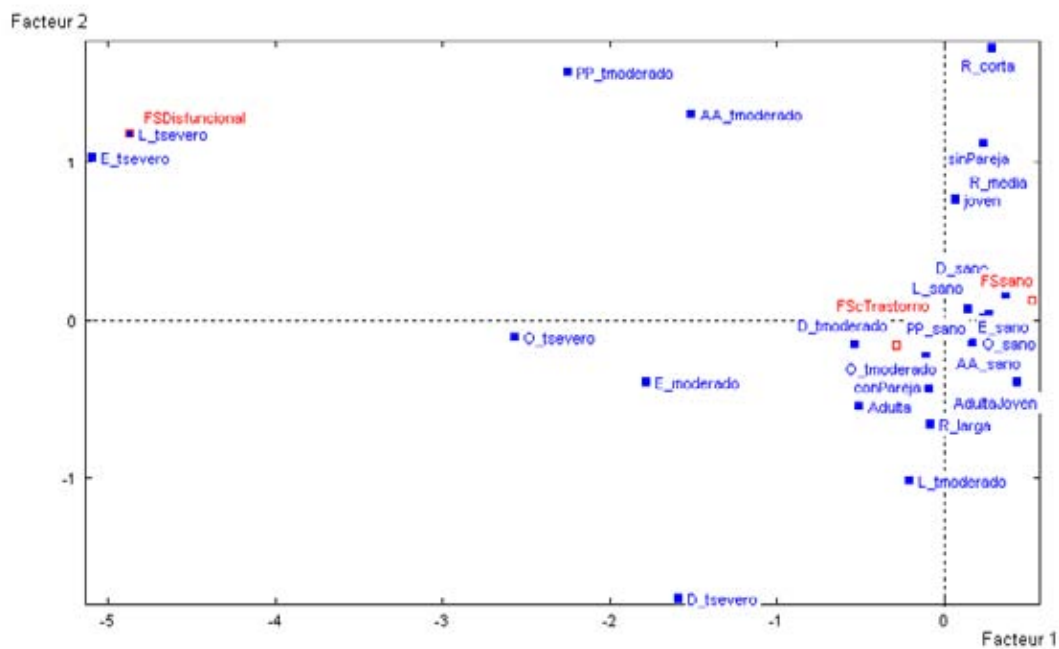


Gráfico 3: Clasificación del comportamiento de Función Sexual de mujeres de la Comuna de Osorno. 2005.

6. DISCUSIÓN

La OMS declaró que la salud sexual es parte integral del concepto de salud ello marcó uno de los hitos en la evaluación del concepto de salud desde la mera ausencia de enfermedad hasta la promoción del completo estado de bienestar físico, psicológico y social. Para que la salud sexual se alcance es necesario que los derechos sexuales de las personas –como el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual– se reconozcan y se garanticen. La sexualidad durante la vida, del nacimiento a la muerte sufre cambios y desarrollo. No siempre hay deseo de sexo, pero sí de afectividad e intimidad. La disminución del deseo sexual, se produce según la cultura, las actitudes, las posibilidades de pareja y los cambios físicos. Con la edad, el interés persiste aunque la frecuencia de actividad sexual disminuye, y así se pasa de cantidad a calidad (López, 2003).

La evaluación de la función sexual con el índice función sexual permitió detectar que el 49,4% de las mujeres tenían una función sexual normal, el 48,3% presenta trastorno moderado, y el 2,2% posee un trastorno severo. Al respecto Hawton 1988 señaló que la actividad sexual es algo natural, sin embargo, un porcentaje alto de personas, en algún momento de su vida, relata presentar alguna alteración y, como consecuencia, no pueden disfrutar de una actividad sexual satisfactoria. Baldwin (2001) en un estudio realizado en Estados Unidos mostró que las disfunciones sexuales en mujeres tienen una prevalencia de 43% mientras que en el hombre se presenta solo en un 31%. Particularmente en Chile, la diferencia genérica ha estado condicionada por culturas predominantemente machistas que determinan que un grupo importante de mujeres y jóvenes tengan un acceso restringido a información acerca de cómo vivir plenamente su sexualidad (Rodó 1992).

Los resultados de este estudio muestran que el 49,4% de las mujeres encuestadas reconocen una función sexual normal. El porcentaje restante refiere anormalidad fundamentalmente al presentar algún grado de inhibición del deseo sexual. Sobre lo anterior, Guibert *et al* 1998, encontró resultados similares. Estas evidencias reafirman la postura que la edad es predictora de mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres, casi cuadruplicándose el riesgo en mujeres mayores de 44 años (Blumel *et al* 2004).

La disminución gradual del deseo sexual puede ocasionar una fuerte aversión hacia todo lo relacionado con el sexo en general y con el sexo opuesto en lo particular, llegando incluso a sentir verdadero rechazo hacia el acto sexual (Herrera *et al* 2004). Aliaga *et al* 2000, en un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, reportaron un 38% de

prevalencia de deseo sexual hipoactivo en mujeres consultantes en la unidad de sexualidad humana de la citada institución. Abrantes *et al* 2001 en una investigación cualitativa realizada en el distrito Sanitario Norte del Municipio de Natal, Brasil, informó que en los discursos de las mujeres se expresó una vida sexual marcada por una falta de deseo, el 54% de las mujeres manifiestan “no tener deseos de tener relaciones sexuales”. Rivera *et al* 2004, reafirmó lo anterior en los resultados presentados en mujeres de la novena región de la Araucanía, donde para el 49% de las mujeres el deseo sexual nunca existió. Otro estudio, realizado por Charna *et al* 2003, encontró un 34,9% de mujeres que refirieron deseo sexual inhibido, existiendo relación estadísticamente significativa con el nivel educacional de la mujer y de la pareja, situación laboral de la pareja, satisfacción de las necesidades básicas, satisfacción sexual, y satisfacción con la relación de pareja.

Las variables que más aumentan el riesgo de presentar trastornos sexuales son la edad, la impotencia del cónyuge, y la menopausia. Blumel *et al* 2002 reportó que las mujeres independiente que tengan o no actividad sexual, presentan trastorno sexual y la prevalencia de estos aumenta con la edad. Es así como en mujeres de 40 a 44 años 23,3% presentaban algún trastorno, cifra que se incrementa a 61,5% en las mujeres entre los 50-54 años. La disminución del deseo sexual afecta a 13,3% de las mujeres de 40-44 años y aumenta a 46,7% en las de 50-54 años. Las mujeres mayores de 44 años tienen mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales. Dello *et al* en 1998, confirmó la existencia de una disminución en el interés y en la actividad sexual con la edad, lo cual es mayor en mujeres que en hombres, relacionando esta disminución de la actividad sexual con el deterioro físico gradual que se produce con el envejecimiento.

Como factores que disminuyen el riesgo se encuentra el mayor nivel educacional, la salud normal y el uso de terapia hormonal de reemplazo, THR. La frecuencia de relaciones sexuales disminuye con la edad; y la mayor educación se asocia a menor riesgo de falla orgásmica (Blumel *et al* 2002). Posteriormente otro estudio demostró que más de 12 años de estudio disminuía el riesgo a 0,45 (Blumel *et al* 2004). La asociación de la edad y escolaridad de la mujer ha demostrado que a mayor edad y menor escolaridad existe un mayor porcentaje de disminución del deseo sexual. Laumann *et al* 1999, Charna *et al* 2003 y Blumel *et al* 2004, señalaron que mujeres que no habían terminado sus estudios presentaron deseo sexual disminuido (42%), mientras que aquellas que habían finalizado sus estudios esto se dio en un 24%. Un nivel educacional mayor y la estabilidad de la pareja son factores protectores de disfunción sexual.

Martín-Cano 2002 señala que una educación inadecuada o inexistente contribuye a desarrollar mitos en relación a la sexualidad, vuelve más vulnerable a la persona a padecer una disfunción sexual y favorece además la persistencia de ella, tanto en el sexo femenino como masculino. Se ha ligado históricamente a la formación de mitos y creencias no siempre verdaderas, en especial cuando se refiere a los comportamientos relacionados con la

sexualidad, tales como masturbación, iniciativa, fantasías sexuales, etc. Del mismo modo, las construcciones culturales que existen sobre la sexualidad y su expresión han sido influenciadas por las diversas religiones, lo que ha contribuido a la sumisión y represión de los cuerpos, especialmente de las mujeres, no permitiendo vivir el placer en forma espontánea y natural como una dimensión básica del ser humano.

Hay consenso internacional entre los investigadores en la desinformación sobre sexualidad de la mayoría de la población y en la importante influencia de la educación en una respuesta satisfactoria. Para reducir la prevalencia de estos trastornos es fundamental la educación sexual y el desarrollo de una autoconciencia de género (Guibert *et al* 1998). Existen diferencias individuales importantes en las que también influyen, entre otros, factores psicosociales como pareja estable y calidad de la relación, el funcionamiento social y el nivel educacional (Keiser, 1996).

Las expectativas de lo que significa ser hombre o mujer, que forman parte de la socialización de la mayoría de los niños, dejan a muchas personas mal preparados para disfrutar su sexualidad o proteger su salud. El género tiene una influencia tan poderosa sobre el comportamiento sexual que algunos expertos creen que poner en tela de juicio los puntos de vista tradicionales de la masculinidad y feminidad es esencial para promover la salud sexual (Henry, 2002).

Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de la mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Batres, 2001). Los estereotipos de género de mujeres sumisas y hombres poderosos pueden restringir el acceso a la información, entorpecen la comunicación y promueven el comportamiento de riesgo en las mujeres y los hombres en formas diferentes, pero igualmente peligrosas (Henry, 2002).

Muchas sociedades enseñan a las jovencitas a ser «buenas» esposas y las sociabilizan para que sean sumisas con los hombres. Las familias, los maestros y los compañeros refuerzan la suposición de que las niñas son inferiores a los niños, hasta tal punto que muchas jóvenes y posteriores ancianas llegan a creer que su situación de desigualdad está justificada (Henry, 2002). A las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sean sus parejas quienes las busquen y quienes inicien la actividad sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida por esta generación, lo que conduce en algunos casos a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer (Herrera, 2003).

Los hombres se benefician de su situación privilegiada en la mayoría de las sociedades, pero los papeles de género tradicionales que desempeñan también tienen su precio. Las investigaciones han demostrado que la socialización de los muchachos para que repriman las emociones, recurran a la violencia para solucionar conflictos y sean independientes a una edad temprana tiene efectos perjudiciales a lo largo de la vida (Henry, 2002). En consecuencia, la sexualidad en general y la femenina en particular está mediatizada por la cultura, la época, los valores presentes en las distintas sociedades. Es así como existen sociedades permisivas que le han dado a la mujer la oportunidad de cultivar una sexualidad placentera, igualitaria a la del varón, en contrapartida con aquellas culturas represivas donde se ha convertido a la mujer en un ser asexuado, reprimido, donde no se les alienta ni apoya para que tomen decisiones relativas a su sexualidad, elección de su pareja, planificación familiar y, menos aún, que se empoderen de su deseo sexual (Worth, 1999).

7. CONCLUSIONES.

Estudiar un área tan íntima del individuo como la sexualidad humana tiene limitantes importantes en nuestra cultura, ya que el comportamiento sexual varía en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. Además, a esta diversidad se debe agregar, las variaciones individuales en sexualidad.

La sexualidad abarca nuestros sentimientos, nuestra conducta, la manera de expresarnos y de relacionarnos con los demás. De esta forma la felicidad sexual constituye un predictor importante de bienestar en las personas enriqueciendo positivamente la personalidad la comunicación y el amor. Las disfunciones sexuales femeninas, suponen un deterioro en la calidad de vida, y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica.

El índice de evaluación sexual permitió identificar que de las 89 mujeres entrevistadas el 49,4% tenía una función sexual normal y el 48,3% presentaba trastorno moderado. Sólo el 2,2% presentó un trastorno severo de su función sexual.

El deseo sexual fue el dominio de la función sexual más frecuentemente alterado (42,8%), seguido de trastorno de la excitación (19,2%), ausencia de lubricación 14,6%, trastorno del orgasmo 12,7%, 8,6% de problemas con la penetración vaginal y 12,5% de ansiedad anticipatoria.

La alteración del dominio deseo sexual aumentó con la edad, aún cuando la tendencia no fue estadísticamente significativa, $p > 0,05$. Los datos demuestran que a mayor edad podría aumentar el riesgo de presentar alteraciones del deseo sexual.

La edad promedio de las mujeres fue de 30 años, con un rango de 15 a 49 años. Casada y conviviente fue la condición civil más frecuente.

El perfil sociodemográfico por grupos etáreos mostró que 61,1% de las mujeres de 36-49 años tenían escolaridad básica; mujeres de 15-25 años estaban solteras y conviviente (38,9% y 41,7%) y, 45,5% de las mujeres de 26-35 años viven de allegadas.

El 31,4% de las mujeres entrevistadas nunca dio los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con su pareja. El 54,3% de las mujeres manifestó siempre comunicar a su pareja lo que le agrada o desagrada de sus encuentros sexuales.

El análisis de correspondencia múltiple muestra que las variables sociodemográficas y la función sexual no se comportan de modo uniforme; no existe un estereotipo con respecto a las variables en estudio.

Lo anterior define la importancia de la expresión sexual, el derecho de las mujeres a una sexualidad plena, y la educación sexual integral, de modo que la atención de la salud sexual se reconozca y garantice.

Los hallazgos, contribuirán al quehacer del profesional Matrona/on en esta área, para planificar estrategias de intervención, ya sea a través de la orientación, la educación de la mujer y su pareja o la referencia a un profesional capacitado para el tratamiento correspondiente cuando el caso así lo amerite.

8. BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, M; FREITAS, M; DIMENSTEIN, M. 2001. Discurso sobre sexualidad y salud reproductiva en usuarias del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer en el Municipio de Natal, Brasil. Revista Mujer Salud. Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2: 3-15 (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64)

ALIAGA, P; AHUMADA, S; VILLAGRAN, O; SANTAMARÍA, M; MANZOR, S; ROJAS, O. 2000. Disfunciones Sexuales: Asistencia Clínica y Factores Asociados en Ginecología. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 65 (6): 444-452.

BALDWIN, D. 2001. Depression and sexual dysfunction. British Medical Bulletin. 57: 81-99.

BATRES, G. 2001. La salud de las mujeres y el género. Medicina Legal de Costa Rica. 18 (2): 220-228.

BLUMEL, J; ARAYA, H ; RIQUELME, R; CASTRO, G ; SÁNCHEZ, GRAMEGNA, G. 2002. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia hormonal de reemplazo. Rev. médica de Chile.130:1131-1138.

BLUMEL, J; BINFA, L; CATALDO, P; CARRASCO, V; IZAGUIRRE, H; SARRA, S. 2004. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 69 (2): 118-125.

BREZSYAK, M; WHISMAN, M. 2004. Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. Journal of sex e Marital therapy. 30:199-217.

CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64.

DELLO, M. 1998. Sexual Feelings and sexual life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 6: 155-162.

DÍAZ, M; MOORE, K. 1999. La evolución de un programa educativo sobre sexualidad. En Zeidenstein, S y Moore, K. (eds) *Aprendiendo sobre sexualidad. una manera práctica de comenzar.* (pp. 225- 240). Nueva York, Population Council. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería.* 9(1): 55-64)

FORTIN, NATHALIE, THÉRIAULT, J. 1994. Intimité et satisfaction sexuelle. *Revue sexologique.* 3(1) Disponible en: <http://www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1> (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería.* 9(1): 55-64)

GÓNZALEZ, I; MIYAR, E. 2001. Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 17(4): 328-330.

GRAMEGNA, G; BLUMEL, J; RONCAGLIOLO, M; ARACENA, B; TACTA, X. 1998. Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Revista Medica de Chile,* 126: 162-168.

GUIBERT, W; PRENDES, M; PORTUONDO, V. 1998. Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 14(1): 15-21.

GOLDSTEIN, I. 2000. Female sexual arousal disorder: new insights. *International journal of impotent research.* 12 (4): 152-157.

HALARIS, A. 2003. Sexual dysfunction: a neglected area of knowledge. *CNS Spectrum.* 8: 3.

HAWTON, K. 1988. *Terapia sexual.* España, Doyma. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería.* 9(1): 55-64.

HENRY, K.2002. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual. Family Health International; Vol.21, n.4.

Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/networks/sv21-4/ns2142.html>

HERRERA, A. 2003. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Revista chilena de Obstetricia y Ginecología; 68(2):150-162.

HERRERA, R; LLACA, V. 2004. Trastornos sexuales durante el climaterio. Revista del Climaterio; 7(38): 62-77

KEISER, F. 1996. Sexuality in the elderly. Urol Clin North Am; 23: 99-109.

LAUMANN, E, PAIK, A; ROSEN, C. 1999. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. Jama 281: 537-544.

LOPEZ, J. 2003. Problemas sexuales de la pareja de la mujer posmenopáusica con tratamiento hormonal sustitutivo (THS). Clin Invest Gin Obst. 30 (10): 333-338.

MARTÍN-CANO ABREU., F. 2002. Comparación entre sexualidad humana y animal. Revista Familia; Revista Cultural y Educativa, (13). (Disponible en <http://es.geocities.com/contraandrocentrismo/sexualidad.html>. Consultado el: 10/10/2004)

MCABE, MP. 1997. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. Journal Sex Marital Ther. 23(4): 276-90. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64)

MCCARY, L; MCCARY, S; ALVAREZ, J; DEL RÍO, C; SUÁREZ, J. 1996. Sexualidad humana de Mccary. 5ª ed. El Manual Moderno.

MINISTERIO DE SALUD. 2002. Comisión Nacional del Sida. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Santiago.

MORRIS, D. 2000. Masculino y femenino. Barcelona Plaza y Janés. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64)

MUNÁRRIZ, R; RODRÍGUEZ, R; PUIGVERT, A; PMEROI, J. 2001. Tratamiento de la disfunción sexual femenina. 2(1): 28-36.

NACIONES UNIDAS. Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Capitulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994

PINO, E; URQUIETA, M. 1992. El Arte del equilibrio erótico. Santiago. Planeta. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64)

RICHARDSON, M. 2003. What is female sexual dysfunction. Harvard medical school. 10(11)

RIVERA, FIGUEROA. 1993. Cuadernos de Capacitación en Investigación sobre Planificación Familiar. Santiago. Chile. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64)

RIVERA, G; GONZALEZ, I; VARGAS, E. 2004. Disfunciones sexuales en la mujer mapuche. Revista Chilena de Urología. 69(1): 68-72.

RODÓ, ANDREA. 1987. El cuerpo ausente, Revista Propositiones. (13). (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 9(1): 55-64)

SANCHEZ, C; BRAVO, J; CARRENO, M; MARTINEZ,S. 1997. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. Perinatología y Reproducción Humana; 11, (4): 190-197.

SANCHEZ, C; BRAVO, J; CARRENO, M; MARTINEZ, S. 2002. Disfunción Sexual Masculina y su Relación con el rol de Género Y Asertividad. *Perinatología y Reproducción Humana*. 16(3): 247-254.

SANCHEZ, F; PEREZ, M; BORRAS, J; GOMEZ, O; AZNAR, J; CABALLERO, A; 2004. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria*. 34 (6): 286-94.

WARNOCK,J; BIGGS, F; 2003. Reproductive life events and sexual functioning in women:case reports. *CNS Spectrums* 8(3): 188-193.

WORTH, DOOLEY. 1999. ¿Qué tiene que ver el amor en esto? La influencia del amor romántico en la conducta sexual de riesgo. En Zeidenstein,S y Moore,K (eds) *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar* pp. 135-155. Nueva York. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 9(1): 55-64)

ZEIDENSTEIN, S;MOORE, K. 1999. *Aprendiendo sobre sexualidad*. The Population Council. Nueva York. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. 2003. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 9(1): 55-64)

Anexo 1

Cuadro 1: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) Dominios e ítems que lo integran

DOMINIOS	ITEMS	EVALUACIÓN
Evaluadores de la actividad sexual		
Deseo	1,2,4	Respuesta sexual
Excitación	3,4,5	
Lubricación	5	
Orgasmo	9	
Satisfacción de la actividad sexual	9,13	
Satisfacción sexual general	14	
Problemas con la penetración vaginal	6,7a,8	Otras posibles disfunciones sexuales
Ansiedad anticipatoria	8	
Iniciativa sexual	10	Aspectos relacionados de la actividad sexual
Grado de comunicación sexual ^a	11	
Descriptivos		
Actividad sexual sin penetración vaginal ^b	7b	Describe sus diferentes causas
Frecuencia de actividad sexual	12	
Existencia o no de pareja sexual	11	

^a No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese “ No tengo pareja “

^B A considerar solo cuando haya respuesta a la pregunta 7b .

Anexo 2

EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL

Año de nacimiento:.....

Edad:.....

Escolaridad:.....

Estado civil:.....

Sector de residencia:.....

Tiempo de relación con la pareja actual:.....

Vive de allegada.....

Las respuestas 1, 2, 3, 4, 5,7a, 9, 10, 11,13 son estructuradas en las categorías 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (A veces), 4 (Casi siempre), 5 (Siempre) F1

Las respuestas 6 y 8 son estructuradas en las categorías 1 (Siempre), 2 (Casi siempre), 3 (A veces) 4 (Raramente), 5 (Nunca) F2

La respuesta 7b esta estructurada en las categorías 1 (Por sentir dolor) 2 (Por miedo a la penetración) 3 (Por falta de interés para la penetración vaginal) 4 (No tener pareja sexual) 5 (Incapacidad para la penetración por parte de su pareja) F3

Pregunta	Categorías					
	0	1	2	3	4	5
1. Durante las ultimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes...) relacionadas con actividades sexuales? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
2. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
3. Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual cuando su pareja la ha tocado o acariciado ¿Ha sentido excitación sexual? Por ejemplo sensación de "querer iniciar la relación sexual", deseo de "avanzar mas" en la actividad sexual. <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿se sintió húmeda en la zona vaginal? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual cuando su pareja la ha tocado o acariciado en la vagina ¿Ha sentido dolor? <u>F2</u>	0	1	2	3	4	5
7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal ¿Podía realizarse con facilidad? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? <u>F3</u>	0	1	2	3	4	5
8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ Ha sentido miedo, angustia? <u>F2</u>	0	1	2	3	4	5
9 .Durante las últimas 4 semanas ¿Ha alcanzado el orgasmo cuando a mantenido actividad sexual, con o sin penetración? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
10. En las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con su pareja? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
11. Durante las últimas 4 semanas ¿Se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5
13. Durante las últimas 4 semanas ¿Disfrutó cuando realizó actividad sexual? <u>F1</u>	0	1	2	3	4	5

La respuesta para la pregunta 12 esta estructurada en las categorías 1 (1-2 veces) 2 (3-4 veces) 3(5-8 veces) 4 (9-12 veces) 5 (Mas de 12 veces) F4

Pregunta	Categorías					
12. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual? <u>F4</u>	0	1	2	3	4	5

La respuesta para la pregunta 14 esta estructurada en las categorías 1 (Muy insatisfecha) 2 (Bastante insatisfecha) 3 (Ni satisfecha ni insatisfecha) 4 (Bastante insatisfecha) F5

Pregunta	Categorías				
14. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas ¿se ha sentido satisfecha? <u>F5</u>	0	1	2	3	4

Anexo 3**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLINICA****INVESTIGADORA RESPONSABLE: PAULINA A. OELRICH OLIVARES****TITULO DE LA TESIS: EVALUACION DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.**

Se me ha solicitado participar en una tesis que esta evaluando la función sexual de mujeres en edad reproductiva.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se disponga de los registros en fichas clinicas respecto a mis antecedentes personales, como que se me solicite contestar un cuestionario relativo a mi función sexual.

Yo entiendo que:

1. Que no se me aplicaran a mi, ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para la salud.
2. Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y/o responsables de la tesis. Preguntas más específicas serán respondidas por la patrocinante responsable del proyecto: Sra Estela Arcos Griffiths, fono: 221965. Docente de la Universidad Austral de Chile.
3. Yo podré retirarme de esta tesis en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

TESISTA RESPONSABLE

PARTICIPANTE