

**Nivel De Correlación Entre La Paridad Ginecológica Y La Función Sexual En Mujeres De  
Una Institución Prestadora De Servicios De Salud En Bogotá D.C.**

**Catalina Buitrago Almanza**

**Martha Lucia Mora Quintero**

**Jeimy Julieth Valbuena Mojica**

**Universidad El Bosque**

**Maestría En Salud Sexual Y Reproductiva**

**Facultad De Enfermería**

**Bogotá 2018**

**Encabezado: FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA & PARIDAD**

**Nivel De Correlación Entre La Paridad  
Ginecológica Y La Función Sexual En Mujeres De Una Institución Prestadora De  
Servicios De Salud En Bogotá D.C.**

**Catalina Buitrago Almanza**

**Martha Lucia Mora Quintero**

**Jeimy Julieth Valbuena Mojica**

**Línea De Investigación: Salud Sexual Y Reproductiva**

**Asesor Temático: Laurent Marchal**

**Metodológico: Miguel Antonio Sánchez**

**Universidad El Bosque**

**Facultad De Enfermería**

**Maestría En Salud Sexual Y Reproductiva**

**Bogotá - Colombia**

**2018**

Encabezado: FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA & PARIDAD

**NOTA DE SALVEDAD O RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL**

## Encabezado: FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA & PARIDAD

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

## **Agradecimientos**

Este trabajo fue una concepción de unas profesionales que quisieron sumergirse en la investigación de la sexualidad femenina, llenas de expectativas y con el fin de generar frutos de conocimiento los cuales afianzaron el que hacer de cada una y cambio la mirada frente a la sexualidad.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas. En este caso nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Blümel quien autorizo el uso de la escala del Índice sexual femenina y al asesor temático el Dr. Laurent Marchal - Bertrand, por cuyo compromiso estaremos siempre en deuda. Gracias por su amabilidad para facilitarnos su tiempo y sus ideas.

Deseamos expresar agradecimiento al Asesor Metodológico el Dr. Miguel Sánchez de este trabajo de investigación, por la dedicación, el apoyo, la dirección, el rigor y resaltamos el respeto a nuestras sugerencias e ideas para este producto.

Por su orientación y atención a las consultas estadísticas nuestro agradecimiento a la Dra. Mayra Guarín Parra por las sugerencias recibidas en momentos de dudas.

Por su profesionalismo y compromiso a la Jefe Angela Achicanoy, quien dedico de manera desinteresada y por amor al conocimiento muchas noches a este trabajo.

Gracias a nuestros amigos que siempre nos prestaron un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

Pero, sobre todo gracias a nuestros familiares por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que han concedido, sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y por eso, este trabajo es también suyo.

A todos, muchas gracias.



## Tabla de Contenido

Tabla de Contenido .....	7
Lista De Tablas .....	1
Lista De Anexos .....	2
Planteamiento Del Problema.....	3
Pregunta De Investigación .....	6
Antecedentes .....	7
Objetivos .....	11
Marco y Referente Teórico .....	12
La Respuesta Sexual Humana.....	12
Medición De La Función Sexual.....	15
Índice de función sexual femenina.....	16
Las Disfunciones Sexuales.....	19
Sexualidad En El Embarazo, El Puerperio Y La Lactancia .....	23
Marco De Diseño .....	30
Criterios De Inclusión .....	31
Criterios De Exclusión .....	31
Datos Recolectados .....	32
Análisis De Los Datos.....	34
Consideraciones Éticas.....	34

Resultados .....	35
Descripción De Los Datos .....	35
Análisis descriptivo univariado.....	35
Análisis bivariado.....	38
Correlación entre el índice de función sexual femenina (IFSF) y la paridad.....	40
Conclusión.....	43
Recomendaciones.....	44
Fortalecer La Investigación En El País Frente A La Disfunción Sexual: .....	44
Generar Estrategias Que Intervengan Efectivamente E Impacten La Calidad De La Salud Sexual Y Reproductiva De La Población Femenina En El País .....	44
Referencias Bibliográficas .....	52

**Lista De Tablas**

	Pág.
Tabla 1 Tabla de Female Sexual Dysfunction Subtype. Anorgasmias o Disorgasmias .....	22
Tabla 2 Tabla de descriptivo variables categóricas.....	35
Tabla 3 Tabla de descripción y prueba de normalidad variables continuas.....	39
Tabla 4 Tabla de Correlación de Spearman (n=160). .....	41

**Lista De Anexos**

	Pág.
Anexo A Índice de función sexual femenina .....	45
Anexo B Puntaje del índice de función sexual femenina.....	49
Anexo C Ficha de identificación Personal .....	50
Anexo D Consentimiento informado .....	51

## Resumen

La investigación cuantitativa en el país con respecto a la función sexual femenina ha venido en aumento, sin embargo, es escasa la que se ha dedicado a la determinación de la función sexual frente a la paridad ginecológica, aquella que establezca una relación directa entre la llegada de los hijos y la variación de la sexualidad de la mujer.

**Objetivo:** Determinar la relación entre la función sexual femenina y la paridad ginecológica de los últimos 15 años, en un grupo de mujeres en edad fértil en una entidad prestadora de salud en la ciudad de Bogotá.

**Método:** se realizó un estudio observacional de corte transversal con una muestra de 278 personas de sexo femenino, se aplicó la escala del índice de función sexual femenina, se caracterizó el perfil biosociodemográfica y de variables asociadas a la función sexual femenina. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado, se correlacionaron los datos encontrados del índice de función sexual en mujeres con hijos, generando el análisis estadístico para las variables cuantitativas y continuas evaluando el criterio de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y para la correlación se utilizó la prueba Spearman, los datos se procesaron en el software estadístico IBM SPSS Statistics 22.

**Resultados:** La edad media de las mujeres que participaron está alrededor de los 35.11 años [33,8 ; 36,3], la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 17,41 años y el IFS estuvo entre [22,16 ; 24,42], Comparando el índice de función sexual femenina (IFS) de mujeres con hijos y sin hijos se evidenció variación, las mujeres con hijos presentaron un promedio de 23,5 con una calificación mínima de 3,4 y un máximo de 34, mientras que las mujeres que no reportaron hijos presentaron un promedio de 25,4 con una calificación mínima de 3,6 y un valor máximo de 34, aunque para los dos casos es

un IFSF fue menor a 26,55. El deseo es el dominio con mayor afectación, no se evidencia afectación especial en los otros dominios.

Conclusión: si existe correlación, aunque es débil, es significativa e inversamente proporcional entre el índice de la función sexual femenina y la paridad, el aumento en la paridad provoca la disminución de la función sexual, las mujeres con más gestaciones registraron un IFSF de 13,9 aumentado este índice al tener menos gestaciones, si bien existe una afectación es necesario validar en siguientes estudios que además considere otros factores asociados. El estudio muestra una relación inversamente proporcional entre la edad y la función sexual femenina, pues se observó que con la edad el puntaje de IFSS caía significativamente, los descensos se observaron en los dominios relacionados con el deseo y la excitación, la lubricación disminuyó y aumento el dolor con la edad.

Recomendaciones: se requiere realizar abordajes acordes a la demanda de las mujeres y parejas durante el desarrollo sexual posterior al parto, se debe profundizar y Fortalecer la investigación en el país frente a la disfunción sexual que se presenta en las mujeres posterior a la paridad, ofertar la orientación medica en el inicio de las relaciones sexuales durante la gestación y en el post parto, debido a que el inicio de la actividad sexual depende en gran medida de la intervención del profesional de la salud y este puede hacerlo sin esperar a que sea solicitada, ya que el tema no es fácil de abordar por la pareja.

### **Abstract**

Quantitative research in the country regarding female sexual function has been increasing, but, there is little that has been dedicated to the determination of sexual function in front of gynecological parity, that which establishes a direct relationship between the arrival of the children and the variation of the woman's sexuality.

Objective: To determine the relationship between female sexual function and gynecological parity in the last 15 years, in a group of women of childbearing age in a health provider in the city of Bogotá.

Method: an observational cross-sectional study was carried out with a sample of 278 female people, the scale of the incidence of female sexual function was applied, The biosociodemographic profile and variables associated with female sexual function were characterized. A descriptive and bivariate analysis was made it, correlated found data of the sexual function index in women with children, generating the statistical analysis for the quantitative and continuous variables evaluating the criterion of normality with the Kolmogorov-Smirnov test and for the correlation the Spearman test was used, the data was processed in the IBM SPSS Statistics 22 statistical software.

Results: The average age of the women who participated was around 35.11 years [33.8; 36.3], the age of onset of sexual intercourse was 17.41 years and the IFS was between [22.16; 24,42], Comparing the index of female sexual function (IFSF) of women with children and without children showed variation, women with children presented an average of 23.5 with a minimum

score of 3.4 and a maximum of 34, while women who did not report children increased to 25.4 with a minimum score of 3.6 and a maximum value of 34, although for both cases an IFSF was lower than 26.55. The desire is the domain with greater affectation, there is no evidence of special affectation in the other domains.

Conclusion: if there is correlation, although it is weak, it is significant and inversely proportional between the index of female sexual function and parity, the increase in parity causes the decrease in sexual function, the women with more pregnancies registered an IFSF of 13.9 increased this index by having fewer pregnancies, although there is an affectation, it is necessary to validate in subsequent studies that it also considers other associated factors. The study shows an inversely proportional relationship between age and female sexual function, it was observed that with age the IFSS score fell significantly, the decreases were observed in the domains related to desire and arousal, lubrication decreased and pain increased with age.

Recommendations: Approaches are required according to the demand of women and couples during sexual development after childbirth, should deepen and strengthen research in the country against sexual dysfunction that occurs in women after parity, offer medical guidance at the beginning of sexual intercourse during pregnancy and postpartum, because the beginning of sexual activity depends to a great extent on the intervention of the health professional and he / she can do it without waiting for it to be requested, since the subject is not easy to be addressed by the couple.



### **Planteamiento Del Problema**

La investigación cuantitativa en el país con respecto a la función sexual femenina ha venido en aumento, centrándose principalmente en enfermedades catastróficas, disfunciones y eventos relacionados, que buscan confrontarlas con la función sexual; sin embargo, es escasa la que se ha dedicado a la determinación de la función sexual frente a la paridad ginecológica, aquella que establezca una relación directa entre la llegada de los hijos y la variación de la sexualidad de la mujer; siendo este un campo valioso de estudio, pues es una especulación frecuente, los cambios que se presentan con este evento biográfico.

Este planteamiento permitirá plantear acciones para abordar integralmente a la mujer como sujeto de derecho, facilitando a los profesionales que interviene en este grupo poblacional estrategias de desarrollo individual y en pareja, en una dimensión fundamental del ser, como lo es la sexualidad.

El derecho de la mujer a contar con el nivel más elevado de salud física y mental fue reconocido por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995. En esta Conferencia se reconoció que factores biológicos al igual que aquellos relacionados con el contexto sociopolítico y económico en que ellas viven, hacen parte de los determinantes de su salud. (Cuarta conferencia Mundial)

Montero afirma que “Tanto la sexualidad como la capacidad biológica de las mujeres para ser madres y la maternidad social son dimensiones centrales en la construcción social de las categorías de género”, este mismo es quien expresa además que “el cuerpo posee una dimensión simbólica y los cuerpos de las mujeres se han tratado de controlar en las diferentes culturas por cuanto reproducen biológica, cultural y simbólicamente un colectivo o un orden moral”. (Montero, 2008)

Existe aún un gran desconocimiento de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas, de acuerdo con el planteamiento de Carme Valls-Llobet (2008) quien define la morbilidad femenina diferencial como “el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas, o porque éstos sean mucho más frecuentes en el sexo femenino”. De acuerdo con esta autora, “falta desarrollar la ciencia (hacerla visible y comunicarla) de la morbilidad femenina diferencial, para erradicar la cultura del sufrimiento, la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor” (Valls, 2008)

Habitualmente se considera la actividad sexual como algo natural, sin embargo, un porcentaje alto de individuos en algún momento de su vida relata presentar alguna alteración; estos trastornos impiden disfrutar satisfactoriamente de la actividad sexual. Se denominan disfunciones sexuales y se definen como "toda alteración persistente de los patrones normales de interés y de respuesta sexual". (Hawton, 1988).

Este panorama supone que la prevalencia de las disfunciones sexuales afecta entre una tercera parte y la mitad de la población femenina mundial según la Organización mundial de la salud; el panorama es un poco más difícil tras la maternidad, pues las condiciones no favorecen la actividad sexual y con esto sobrevienen algunas disfunciones. (Lafaurie, 2011)

Las disfunciones sexuales son la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea según (Asociación Americana de Psiquiatría, 2003), configurándose en una alteración de cualquiera de las fases de la respuesta sexual. (Acuña, Guerrero, y Aponte, 2007)

Afectan tanto a hombres como mujeres y se considera que 90% de estas son de causa orgánica y 10% de origen psicógena (Culley, 2002). Las causas de las disfunciones femeninas y masculinas son similares, como los trastornos disendocrinos y dishormonemias, la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y el empleo de algunos fármacos. (Berman y Berman 2002).

En algunos estudios se ha reportado cifras que informan disfunción sexual femenina hasta del 43% de la población estudiada (Laumann 1999); en Viena, en el año 2005 se informó que el 22% de estas tenían bajo deseo sexual, el 35% trastornos de la excitación, 39% disorgasmias y 12% dolor. (Racz, 2005)

En Colombia se requiere de un trabajo más decidido en favor de la salud de las mujeres, pues como se ha visto, las colombianas están particularmente expuestas a diferentes tipos de situaciones asociadas a su condición de género, que les causan vulnerabilidad, embarazos no deseados, violencia intrafamiliar, actividad no remunerada entre otras, lo cual, si bien no afecta especialmente su salud sexual y reproductiva, supera esta esfera de su salud. Estudiar sus circunstancias y divulgar los resultados es una forma de aportar al cambio en esta situación (Perez, Vargas y Cisneros, 2008).

Muchos autores han documentado cambios en la sexualidad de la mujer en el periodo de gestación y puerperio como es de esperarse, derivados de los cambios fisiológicos que son inducidos por esta condición, sin embargo, no existe claridad acerca de si estos cambios son exclusivamente transitorios o pueden llegar a ser permanentes.

El aporte de este estudio permitirá orientar a los profesionales que realizan consulta en los diferentes programas de promoción y prevención, sobre los riesgos específicos y como deberían asesorar a las mujeres en el desarrollo de la sexualidad después de la paridad, en espera de

convertirlo en un espacio permanente, en donde la mujer pueda expresar sus miedos, dificultades y preocupaciones, propiciando por supuesto que se involucre la pareja.

### **Pregunta De Investigación**

¿Cuál es el nivel de correlación entre la paridad ginecológica de los últimos 15 años y la función sexual femenina de un grupo de mujeres en edad fértil de una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá?

## Antecedentes

La sexualidad tiende en los países en vía de desarrollo a tener una connotación de tabú, lo cual obstaculiza el desarrollo de líneas de investigación que permita visualizar los problemas más comunes frente a la sexualidad satisfactoria; el deseo, la excitación y el orgasmo, entre otros, son contenidos que deben ser abordados desde una perspectiva de género, que sea incluyente y permita un enfoque de derechos humanos sexuales y reproductivos a las mujeres.

La salud de la mujer ha tomado importancia y relevancia a lo largo de estas últimas décadas, contemplada como prioridad dentro de los Objetivos de desarrollo sostenible 2016-2030, así como lo fue en los Objetivos del Milenio y en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en México, donde todos los países latinoamericanos buscan fortalecer políticas e intervenciones que mejoren significativamente la salud desde lo físico, psicológico y sexual.

Según el análisis de Valls (2008), existen estudios sobre salud sexual y reproductiva que han dado un nuevo enfoque a la realidad de la mujer, sin embargo, todavía quedan preguntas sin responder sobre la sexualidad femenina, es por esta razón que el deseo de este trabajo es profundizar sobre la función sexual femenina con el propósito de identificar los factores asociados y dar respuestas a los interrogantes.

En América Latina, Blümel (2004) realizó un estudio que determinó que la prevalencia de disfunción sexual alcanzaba el 50% de las mujeres en edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación, aunque con amplias variaciones entre poblaciones. Una disminución en la lubricación vaginal es el factor de riesgo asociado más importante. El total de la puntuación del Índice de Función Sexual Femenino (IFSF) fue de 25.2, lo que sugiere una alta

prevalencia de disfunción sexual ya que se encuentra por debajo de 26.5, el cual es el valor de corte utilizado para predecir disfunción sexual.

Según el Instituto Nacional de Perinatología de México, el cual evalúa la función sexual, y con esto la frecuencia con que se presentan las disfunciones sexuales, encontró que el 52 % de la población que acude al instituto, padece una o más.

A pesar del concepto de igualdad de género en los derechos sexuales, no se cuenta con información epidemiológica de la Disfunción Sexual femenina (DSF) en Colombia. Recientemente se han publicado algunos trabajos locales que relacionan la DSF y la incontinencia urinaria, investigaciones previas reportan que 68.6% de las mujeres tienen una relación sexual satisfactoria. (Pérez, 2008)

El estudio que evaluó el índice de función sexual de médicas del eje cafetero, en etapa de climaterio, estableció una prevalencia de este grupo de 46,96 % de disfunción sexual, siendo el dominio más afectado el deseo, seguido por el orgasmo; también identificó que las mujeres al inicio de su actividad sexual coital, tras el inicio del climaterio, se sintieron satisfechas, tuvieron IFSF mayor que el de las mujeres que no sintieron satisfacción; se propone por tanto aplicar herramientas que evalúen la salud sexual en la consulta médica rutinaria de la mujer en esta etapa. (Espitia, 2017)

Estudios realizados sobre la función sexual femenina han sido asociados con aspectos como la edad, estado civil, nivel educativo, entre otros (Blümel, 2004), pero existe poca evidencia sobre la relación que tiene la maternidad con la sexualidad (Oelrichs, 2006).

Una asociación con la variable edad del menor de los hijos, esperaba encontrar que las mujeres que tienen hijos pequeños presentaran en mayor porcentaje de deseo sexual inhibido, ya que es en esta edad en la que 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 la intimidad, miedo a ser interrumpidas durante las relaciones y/o vergüenza a reconocer su sexualidad frente a sus hijos adolescentes. (Barrett, Pendry, Peacock, Víctor, Thakar y Mayonda, 2000)

Una revisión de la literatura concluyó que aun cuando las mujeres estén físicamente recuperadas después del parto, no todas reanudan las relaciones sexuales. Los aspectos psicosociales poco son tenidos en cuenta, y no se suele comentar a los profesionales de la salud las dificultades de este tipo. Se identificaron sentimientos que rodean el post parto como, ansiedad por el nuevo rol, expectativa cultural y social, auto percepción negativa y miedo a la pérdida del erotismo, siendo estos algunos de los factores que afectan el deseo sexual. En cuanto a los temores frente al reinicio de las relaciones, se identificó temor por la recuperación, miedo de la pareja al acercamiento sexual, miedo al dolor y a la penetración, temor a un embarazo, y dificultad para resolver los conflictos durante el posparto, dados por inseguridad, poca comunicación y sentimiento de desplazamiento por parte de la pareja. (Marques Carrasco & Rico Neto, 2016)

Al respecto, Laumann (1999) en su estudio concluyó que aquellas parejas con hijos que alteraban de alguna forma la intimidad de la pareja, reportaron índices más altos de disfuncionalidad sexual; se observa que existe mayor deseo sexual inhibido en aquellas que deben ocupar el dormitorio con otros miembros de la familia, lo que permite concluir que, sin ser estadísticamente significativa la asociación de estas variables, sí existe la influencia directa de la falta de intimidad en la aparición de disminución del deseo sexual.

Barrett et al. (2000) indicó que el deseo sexual disminuye en los primeros tres meses del período posparto, y en algunos casos hasta el sexto mes. Además, varios autores refieren que el deseo sexual tiende a disminuir por diversas razones relacionadas con la transición a la paternidad (Costa

et al., 2006). Un estudio realizado en Portugal en el 2012 demostró que existen diferencias significativas entre el deseo sexual durante el embarazo y el postparto, demostrando que después del parto se presenta un descenso en el deseo sexual en comparación con la gestación, aunque no fue estadísticamente significativa; adicionalmente se encontró una mejor respuesta después del parto, para los dominios de excitación y orgasmo. (Leal & Lourenco, et al., 2012)

Paterson encontró que las mujeres presentan niveles más altos de excitación sexual tres meses después del parto que durante la gestación, una conclusión que no se obtuvo previamente en otros estudios, pues habían demostrado que la excitación sexual se ve afectada negativamente después del parto (Paterson., 2009).

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la relación entre la función sexual femenina y la paridad ginecológica de los últimos 15 años, en un grupo de mujeres en edad fértil en una entidad prestadora de salud en la ciudad de Bogotá.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar la medición de la función sexual de mujeres con hijos menores de 15 años y sin hijos, mediante la aplicación del instrumento “Índice de Función Sexual Femenina”.
- Establecer la alteración de los dominios de la función sexual femenina en un grupo de mujeres con hijos menores de 15 años.

## **Marco y Referente Teórico**

### **La Respuesta Sexual Humana**

La función sexual humana es el ejercicio consciente y voluntario del sistema genital con fines fundamentalmente placenteros y secundariamente, reproductivos. (Acuña et al., 2007) Esta función se desarrolla a través de la respuesta sexual humana.

La respuesta sexual humana es un ciclo en el cual se presentan un conjunto de cambios físicos, genitales y extra-genitales que se desencadenan tras la estimulación erótica; tiene como objetivo predisponer al individuo para establecer un contacto sexual que permita la reproducción humana. Este modelo fisiológico fue descrito inicialmente por Masters & Johnson (1966), e incluye cuatro etapas sucesivas que son la Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución; posteriormente, Kaplan (1974) añadiría a este esquema una fase antecesora, el Deseo, definiéndose como un modelo sexual lineal.

Basson en el año 2001 describió el modelo cíclico (biopsicosocial) de la respuesta sexual femenina, en el cual se presenta la interacción de aspectos físicos, emocionales y cognitivos; plantea que, la mujer no sigue estrictamente el modelo lineal, ya que no siempre se inicia la respuesta sexual con deseo, de hecho, muchas mujeres pueden iniciar la actividad sin deseo y una vez desencadenada se excitaban fácilmente recibiendo los estímulos correctos. (Basson,2005)

El ciclo de la respuesta sexual humana se encuentra determinado por una actividad neuronal mediada por hormonas y neurotransmisores, como la oxitocina, dopamina, testosterona y feniletilamina. (Acuña et al. 2007)

El “Deseo Sexual” fue definido por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1968, consiste en el interés y disponibilidad afectiva y cognitiva para iniciar una actividad sexual, procede de nuestros pensamientos, y, es inducido por estímulos sensoriales o imaginarios; esta fase no muestra

cambios fisiológicos ya que se lleva a cabo solo como un proceso mental, pero es fundamental para el inicio del ciclo; puede definirse también como el conjunto de apetitos, pensamientos y fantasías relacionados con la actividad sexual; es variable de una persona a otra, tiene una magnitud multidimensional, es susceptible de modificación y puede ser estimulado o inhibido. (Acuña et al., 2007)

La actividad sexual para la cual predispone el deseo sexual, son todas aquellas conductas que voluntaria o involuntariamente están destinadas a la obtención de placer y que, aleatoriamente pueden tener función reproductora (Kaplan, 1974).

La fase de “Excitación” es desencadenada por la estimulación sexual, que puede incluir juegos con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales. Es una reacción de tipo neuro vascular que puede durar desde unos pocos hasta 30 minutos, en la que se produce cambios vasculares locales en los órganos genitales y el aumento del flujo vascular, que en la mujer produce una consecuente lubricación vaginal (aparición de un líquido transparente, secretado por las paredes vaginales que facilita la penetración), y dilatación de la vulva (dada por vasocongestión de los labios mayores y menores), que puede aparecer 10 a 30 segundos después de iniciada la estimulación; de igual manera se produce un aumento del tamaño del clítoris para favorecer su estimulación y la tumescencia de los pezones. (Master & Johnson, 1966).

La fase de “Meseta” es un estado de alta tensión sexual que conduce a alcanzar un nivel suficiente como para desencadenar el orgasmo; presenta cambios sistémicos secundarios a la respuesta nerviosa del sistema simpático, como polipnea, taquicardia, rubicundez facial, aumento de la tensión muscular y en esta se acentúan los signos genitales que se inician en la excitación. Tiene una duración variable, pero si se detienen los estímulos excitatorios, los cambios alcanzados pueden revertirse e interrumpirse el ciclo. En la mujer, hay un aumento del volumen de las mamas

y la areola se dilata, la vagina continúa expandiéndose, el clítoris y el útero se elevan y aumenta la congestión vascular de los labios menores y la vulva. (Master & Johnson, 1966)

La fase de “Orgasmo” es la más corta de las fases, con una duración entre 3 y 15 segundos, y se produce tras presentarse persistentemente el estímulo que desencadena la excitación y la meseta; en esta, el aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria y la tensión muscular alcanzan su punto máximo, a la vez que se producen contracciones rítmicas e involuntarias en el útero, el esfínter anal y el tercio externo de la vagina, puede producirse la secreción de un líquido claro y viscoso. La mujer tiene una aptitud multiorgásmica, por lo que pueden alcanzar uno o varios orgasmos sucesivos en un corto tiempo. Se asocia a una respuesta emocional variada que se caracteriza principalmente por una sensación de placer. (Master & Johnson, 1966)

La fase de “Resolución” es el periodo de tiempo en el cual se revierten los cambios experimentados tras el orgasmo, retornando al estado previo a la excitación; su duración depende de la velocidad de la respuesta que se ha desencadenado y la edad; se acompaña de una sensación de bienestar. (Máster & Johnson, 1966)

Según el modelo de Basson (2001), en las mujeres puede existir el deseo espontaneo que provoca la búsqueda de una actividad sexual, y el deseo reactivo definido como una predisposición a realizar la actividad sexual con los estímulos correctos. Si el resultado es positivo emocional y físicamente, se incrementa directamente la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer, sea con el orgasmo o sin él; incluye otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales, como la comunicación con la pareja, intimidad emocional, expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer la pareja, autoestima, la relajación o el bienestar. Todo esto se convierte en estímulos para pasar de una postura sexual neutra a la excitación y al deseo. (Teira, 2010)

## **Medición De La Función Sexual**

La función sexual ha intentado medirse a través de instrumentos que evalúan las fases de la respuesta sexual, incorpora otros dominios como el dolor o la satisfacción e involucra los criterios descritos en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Por tanto, muchos autores han elaborado encuestas, entrevistas o escalas, algunas de ellas de autoadministración, que pueden hacer un acercamiento a la situación de dicha función y la sospecha de disfunciones relacionadas. A continuación, se relacionan algunos estudios realizados para la validación o aplicación dichas escalas.

Sierra en el 2003 realizó la aplicación del Test de deseo sexual inhibido de Master et al. (1994) en una muestra española no clínica conformada por 150 sujetos, 87 de estos mujeres, para determinar las características psicométricas de la traducción realizada al castellano, demostrando que cuenta con una adecuada validez teórica, toda vez que incluye un análisis del deseo sexual inhibido diádico y general (Kaplan, 1977), y adecuada consistencia, considerándose un instrumento psicométricamente adecuado, por lo que resultaría una prueba de utilidad clínica en poblaciones en las que se sospecha la presencia de trastornos en la fase del deseo. (Sierra et al., 2003)

Un estudio realizado por Arias-Galicia en México en el 2003, aplicó la Escala de Satisfacción Marital de Roach (1981) a una muestra de 49 individuos, hombres en su totalidad, en busca de demostrar la confiabilidad y validez de su traducción al español, cotejada con otros instrumentos similares, considerándose de utilidad para la investigación y diagnóstico, pero sin utilidad clínica en la medición de la función sexual. (Arias-Galicia, 2003)

En 2007, Casas y cols. elaboraron un instrumento de auto aplicación de 21 ítems, en dos dominios, uno sociodemográfico y otro de función sexual, que pretendía valorar la función sexual femenina en correlación con su estado de salud, su ciclo vital y situación socioeconómica; demostró una adecuada consistencia interna, ser un cuestionario estable y estructurado, que puede ser utilizado como tamizaje de la función sexual femenina en un primer nivel de atención y debe ser complementado clínicamente con entrevistas y test diagnósticos. (Casas et al., 2007)

Oelrich en el 2006 en Chile, publicó un estudio en 105 mujeres acerca de la función sexual en edad reproductiva con relación a las fases de la respuesta sexual, iniciativa y comunicación sexual, mediante la aplicación del instrumento Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM), validado al español por Sánchez en 2004; demostró trastornos moderados de la función en un 48.3% de la población y severos en el 2.2%, siendo el deseo la fase que presentó una mayor alteración, en el 42.8%, seguido por la excitación en el 19.2%, ausencia de lubricación en el 14.6% y trastorno del orgasmo 12.7%; al tiempo que sugiere un aumento de los trastornos del deseo con la edad. (Oelrichs, 2006)

### **Índice de función sexual femenina**

En el año 2000, el Dr. Raymond Rosen y colaboradores, publicaron un estudio para la validación del Female Sexual Function Index, una encuesta auto administrada de 19 preguntas, en 6 dominios, que evalúa la función sexual femenina en los aspectos de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, que asigna un valor numérico a cada una de las posibles respuestas y en su interpretación global permite asignar una calificación de la función sexual de la mujer; este instrumento cuenta con validez de constructo, permite distinguir la población clínica de la no clínica y tiene una amplia aplicación en la cualificación de la función sexual y su impacto en la calidad de vida. (Rosen et al., 2000)

En el 2003, Meston, publicó un estudio para la validar el uso de este instrumento (Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al. 2000), en mujeres con alteraciones en el orgasmo y en mujeres con trastorno de deseo sexual hipoactivo, demostrando ser un instrumento válido y confiable en la medición de la función sexual de este grupo de mujeres y su utilidad como herramienta diagnóstica de ambas entidades clínicas. (Meston, 2003)

En el año 2004, la FSFI fue traducida al español, en Chile, por Blümel y cols., realizando una validación de esta, demostrando que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas y su utilidad como herramienta de recolección de datos para estudios epidemiológicos y clínicos, así como para el seguimiento de diferentes terapias; los valores obtenidos en la población chilena resultaron cercanos a los obtenidos en el estudio de Rosen y colaboradores en el año 2000. (Blümel et al., 2004)

El estudio muestra una relación inversamente proporcional entre la edad y la función, pues con el aumento de la edad se observó que los puntajes del IFSF (Índice de Función Sexual femenina) caían significativamente, especialmente a partir de los 40 años, traduciendo un deterioro objetivo de la sexualidad femenina. (Blümel et al., 2004)

La función sexual reflejada en mayores puntajes en el IFSF aumenta con los años y logra su máxima expresión alrededor de los 35 a 40 años para caer posteriormente en forma progresiva. Los mayores descensos se observan en las preguntas relacionadas con el deseo y la Excitación, la lubricación disminuye y el dolor aumenta en forma notoria después de los 55 años. Las mujeres mayores de 44 años tienen mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales, mientras que un nivel educacional mayor y la estabilidad de pareja son factores protectores.

La FSFI fue validada en el 2005 por Wiegel, demostrando su utilidad en la clasificación diagnóstica de mujeres con disfunciones sexuales. (Wiegel et al., 2005)

En Colombia en el 2005, García y cols., realizaron un estudio en 101 mujeres, que relaciono las alteraciones en la puntuación de la función sexual medida con la FSFI y el perfil hormonal, sugiriendo asociación entre puntajes bajos (menores a 76, que indican disfunciones moderadas a severas) y deficiencia androgénica; mostró, además, tasas más altas a las globales en alteración del deseo, predominantemente en el grupo de mujeres que no habían tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas. (Garcia et al., 2005)

Actualmente la FSFI cuenta con traducciones y validaciones en múltiples idiomas, como el italiano y portugués; Otros autores de habla hispana han validado la encuesta en grupos de mujeres especiales, como climatéricas, diabéticas, en terapia de remplazo hormonal y con incontinencia urinaria.

Meston y Derogahis en 2002 realizaron un análisis comparativo entre cinco instrumentos que valoran la función sexual femenina, el Índice corto del funcionamiento sexual de la mujer de Taylor et al., de 1994, el Cuestionario de los cambios en el funcionamiento sexual de Clayton et al., en 1997 (validado al español con utilidad clínica en pacientes con depresión), la Entrevista Derogatis del funcionamiento sexual de Derogatis en 1997, el Índice de función sexual fémina de Rosen et al., en el 2000 y el Inventario de satisfacción sexual de Golombok Rust en 1986; todos estos son auto reportes y tienen como dominios las fases de la función sexual, todas ellas tienen una adecuada validez interna y externa, siendo tres de estas diseñadas tanto para hombres como para mujeres y las otras dos solo para mujeres; tras el análisis, resulta ser el Índice de función sexual femenina el que cumple las sugerencias de la FDA con relación a los beneficios del uso de una escala específicamente diseñada para mujeres y validada en poblaciones con y sin diagnóstico de disfunción sexual; sin embargo, hacen falta estudios que permitan reconocer la verdadera

utilidad de estas escalas en el establecimiento de intervenciones terapéuticas. (Meston y Derogahis, 2002)

### **Las Disfunciones Sexuales**

Las Disfunciones sexuales son la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea; son alteraciones del deseo sexual, asociado con cambios psico-fisiológicos que caracterizan la respuesta sexual y causan dificultades interpersonales entre hombres y mujeres. (American Psychiatric Association, 2003)

El DSM-V (2014), describe las disfunciones sexuales como un grupo de trastornos heterogéneos definidos por una caracterización clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual; establece que un individuo puede tener varias disfunciones sexuales a la vez; definió por primera vez disfunciones exclusivas femeninas, aceptando la diferencia de la respuesta sexual masculina de la femenina, reconociendo el modelo cíclico de Basson (2000); frente a estos cambios propone tres trastornos exclusivos de la mujer: trastorno del interés excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno por penetración / dolor genito-pélvico. (Moyano & Sierra, 2015)

Otros autores han realizado definiciones propias para este concepto; en 2007 se definió disfunción sexual como la alteración de cualquiera de las fases de la respuesta sexual causante de insatisfacción, de un daño en la salud sexual y en la calidad de vida. (Acuña et al., 2007)

Epidemiológicamente, estas entidades han dado enormes cambios, desde su prevalencia misma, hasta la descripción de sus causas fundamentales; de tal manera que en estudios de Masters & Johnson (1966) se planteó que entidades como la disfunción eréctil tenían un origen psicógeno en el 90% de los casos y solo el 10% de los mismos eran de causa orgánica, años después, se hablaría

de una proporción completamente a la inversa, 90% son de causa orgánica y 10% de origen psicógeno. (Culley, 2002)

La disfunción sexual femenina tuvo una aproximación inicial por los autores Master & Johnson y desde entonces ha venido siendo objeto de estudio, este se ha incrementado a raíz de la aparición de medicamentos para el manejo de la disfunción eréctil, en espera de la aparición de alguno que genere un efecto similar en la sexualidad femenina.

Se trata de un problema que afecta la calidad de vida de las pacientes y la mayoría de ellas cree que merece ser tratada, sin embargo, las aqueja una preocupación por los efectos secundarios que pudieran sobrevenir con el uso de medicamentos, que no se encuentran aún muy bien establecidos, por tanto, se requiere más investigación para contar con nuevos medicamentos que deben ser efectivos y seguros y se deben definir claras metas hormonales.

Las disfunciones sexuales afectan tanto a hombres como mujeres; la prevalencia ha tenido una estimación fluctuante en los últimos años debido a los avances en el diagnóstico y tratamiento de algunas de estas. En 1999 Laumann y colaboradores reportaron cifras que informan Disfunción Sexual femenina del 43% y masculina del 31% en 1622 individuos de 18 a 59 años. (Laumann, 1999)

En el año 2000, en Inglaterra se realizó un estudio en 789 hombres en promedio de edad de 50 años, encontrándose una prevalencia de Disfunciones sexuales del 34%, de estos, 65% presentaban disfunción eréctil y 45% eyaculación precoz; en 979 mujeres se estimó una prevalencia del 41% de disfunciones sexuales, con una distribución de 52% de trastornos de la lubricación y 48% con Disorgasmias. (AAC, 2000)

Un estudio realizado en el 2005 en París indaga acerca de algunas conductas sexuales; mostró que el 80.2% de los participantes habían tenido una pareja sexual, con un promedio de 1.8 relaciones sexuales por semana (2.0 en los hombres, 1.6 en mujeres). El significado de sexualidad en hombres y mujeres se relacionó a placer 44.0% de las ocasiones, amor en el 42.1% y procreación en el 7.8% de los casos; el 83.0% de los sujetos expresan plena satisfacción con su vida sexual.

El 63.0% de los sujetos reportó una disminución en el deseo sexual durante los períodos de estrés laboral, especialmente en las mujeres (72.3%); y las principales quejas sexuales en los hombres fueron la disminución del deseo sexual 24,9%, la eyaculación precoz 23,7% y los problemas de erección 4,4%, mientras que las mujeres manifestaron disminución del deseo sexual en un 45,7% de los casos, trastornos del orgasmo en el 15,5% y dispareunia en el 15,5%. (Colson et al., 2005)

Un estudio en el año 2005 en Viena que incluye 703 mujeres informo que el 22% de estas presentaban bajo deseo sexual, el 35% trastornos de la excitación, 39% disorgasmias y 12% dolor. (Racz, 2005)

Un informe sobre terapia farmacológica en disfunción sexual femenina realizado en 2008 muestra tasas entre el 30 y 50% de la población femenina, con una prevalencia alrededor del 56.8% en Latinoamérica, a partir de datos que oscilan entre el 9% y el 65%, reporta además que solo el 50% de las mujeres afectadas buscan ayuda; finalmente determina que el 60% de la población adulta mayor desea tener vida sexual activa. (Susan et al., 2008)

En 1997, se publicó un estudio de asociación de la Prevalencia de disfunción sexual femenina, evaluando disminución del interés sexual con la menopausia, los datos obtenidos demuestran una prevalencia del 52% en mujeres premenopáusicas, 68% en mujeres peri menopáusicas y 79% en mujeres postmenopáusicas. (Read, King y Watson, 1997)

Un estudio argentino del 2004 que relaciona el aumento de las disfunciones sexuales tras la menopausia presenta prevalencias entre el 20 al 43% en mujeres en edad fértil y del 46 al 81% en mujeres menopáusicas, corroborando los datos obtenidos en el estudio de Read et al., (Graziottin, 2004)

Las Disfunciones Sexuales Femeninas pueden estar causadas por los mismos problemas de salud que causan la disfunción eréctil y la eyaculación precoz masculina, como los trastornos disendocrinos y dishormonemias, la diabetes, Hipertensión Arterial, dislipidemias, el empleo de algunos fármacos. (Berman y Berman, 2002)

Tabla 1

*Tabla de Female Sexual Dysfunction Subtype. Anorgasmias o Disorgasmias*

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Nombre</b>	<b>Numero</b>	<b>Frecuencia</b>
Abdo	2004	Disorgasmias	1219	21%
Rinkleib	2001	Anorgasmias	2600	38%
Talakoub	2001	Anorgasmias primarias	200	5%
Acuña	1992	Disorgasmias	600	***

(Acuña, Guerrero y Aponte 2007)

La tabla anterior presenta una relación de estudios acerca de las alteraciones del orgasmo en mujeres; Acuña y cols. en una publicación de 1992 con una población de 600 mujeres, plantea una proporción de 18% Anorgasmias, 25% Oligo orgasmias y 43% Disorgasmias. (Acuña et al., 2007)

Un estudio publicado en la revista Menopause en 2006 plantea el abordaje dado por los profesionales de la salud con relación a las Disfunciones sexuales, informa que el 68% de los especialistas de áreas relacionadas conocen los cuestionarios para la evaluación de la función sexual y de estos solo el 13% los aplica; el 22% de los profesionales manifiesta buscar activamente estos trastornos en la consulta, el 68% alude la falta de tiempo como causa de no realizar esta

búsqueda activa y no aplicar los cuestionarios y el 50% de los profesionales refiere haber tenido un entrenamiento insatisfactorio en esta materia.

La disfunción sexual femenina en asociación a la menopausia es una enfermedad real que requiere tratamiento, los datos existentes en la actualidad soportan el uso de testosterona como terapia asociada a la Terapia de reemplazo hormonal común para mejorar la función sexual en las mujeres.

### **Sexualidad En El Embarazo, El Puerperio Y La Lactancia**

Según Rowland (2009) en su estudio sobre la lactancia materna y la sexualidad después del parto demuestra que de las 316 mujeres entrevistadas el 56,8 no habían reanudado el coito vaginal, al indagar sobre las razones principales respondieron: falta de interés (18,6%), estar demasiado cansadas (16,8%), tener miedo de que resultara doloroso el coito (16,8%), el médico les dijo que no (15,6%), y pensando que debe esperar 6 semanas (14,4%) (Rowland et al., 2005).

Las razones más comunes citadas para retrasar la reanudación de las relaciones sexuales después del parto incluyen: el dolor, la falta de deseo, sangrado o flujo vaginal, la fatiga, sequedad vaginal, el miedo de la infección, o temas relacionados con el embarazo y la propia imagen (Rowland, 2009). Estos aspectos deben ser valorados en el control posparto, de manera que las pacientes tengan la suficiente información sobre los cambios físicos y psicológicos que influyen en la sexualidad después del parto, con el propósito de brindar tranquilidad a las mujeres en torno a los cambios normales, a la vez que se pueda intervenir de manera oportuna. (Rowland et al., 2005)

Otro autor, Lawrence describe en su estudio que, para muchas mujeres, los factores principales que afectan la reanudación de la actividad sexual satisfactoria después del parto no sólo son curar el trauma perineal, vaginal, la resequead asociada con la lactancia, o los efectos del tratamiento

para la depresión posparto sino también depende de una cantidad de tiempo moderado de descanso, el tiempo adecuado y un espacio físico para la intimidad. (Lawrence, et al., s.f.)

Se puede decir que la sexualidad no es estática, como parte constituyente del sujeto, ella pasará por transformaciones en la medida en que el individuo vive nuevas experiencias (Salim, 2010). Parte de ello, son los cambios que se presentan en el embarazo y el posparto, los cuales pueden interferir en el disfrute de una sexualidad placentera, sin temores ni miedos.

Según Leeman et al., (2012) la sexualidad tiene que ver con nuestro cuerpo, con nuestro mundo de sentimientos, emociones, sensaciones, deseos, fantasías y expectativas. Es una integración de percepciones, inquietudes, temores, miedos, satisfacciones, placeres y por ende se convierte en una temática de mucha relevancia para el quehacer de los profesionales de la salud, promocionando prácticas saludables, previniendo afecciones al estado de salud y desarrollando estrategias que permitan a la mujer sentirse más segura y acompañada en los problemas de la sexualidad derivados del embarazo y del parto.

El puerperio es un período de muchos cambios en el cuerpo, emociones nuevas en la pareja y en el núcleo familiar (UNFPA, 2012). Es decir, es una experiencia única que vivencia cada mujer que ha decidido ser madre, cada una le dará su importancia de acuerdo con las transformaciones que se hayan derivado del embarazo en su sexualidad, en sus vidas.

El puerperio es marcado por transformaciones que poseen la finalidad de restablecer el organismo de la mujer a la situación anterior al embarazo (Salim, 2010). Pero este proceso lleva tiempo, no solo en adecuar nuevamente el cuerpo sino la mente, adaptarse a ese nuevo rol, de ser madre, al cuidado de su hijo, y al manejo que le dé a su familia sin descuidar su relación de pareja.

Agregando a lo anterior, Rejane et al., (2010) menciona que la vivencia del puerperio es sin duda compleja, ya que causa modificaciones biopsicosociales, cambios que contienen nuevos

significados que pueden interferir en su adaptación a la maternidad. Tornarse madre es un ritual de transición y envuelve a la mujer en una reorganización de sus varios papeles.

Se puede afirmar que el proceso que envuelve el puerperio y la maternidad es una construcción diaria en la vida de las mujeres y de la familia. Eso implica en transformaciones en el comportamiento y en la organización familiar que se dan conforme las vivencias y relaciones en la vida de las mujeres durante ese período (Salim, 2010).

Si es el primer hijo todos estos cambios resultan sorprendentes, porque quizás se piensa que se sentiría felicidad y resulta en un sentimiento de rareza. Contentas pero tristes, confundidas, cansadas, exigidas, y superadas por momentos (UNFPA, 2012). Vale decir, y reiterar que la llegada de los hijos modifica de una u otra manera la vida de la mujer y de la pareja, sin discutir que sea negativa o positivamente estas modificaciones.

Quizás, se percibe que hay una preparación para el embarazo, para el parto, pero no para esta etapa (Botros et al., 2006). Definitivamente se constituye en una condición subjetiva de ahí la importancia de que el personal de la salud debe contar con una adecuada capacitación para el abordaje de estos temas.

Ahora bien, algunas investigaciones muestran la problemática más detallada, por ejemplo, para Botros (2006) el parto parece tener un impacto duradero sobre la función sexual, debido a factores más psicológicos que físicos. Adicionalmente reporta que las mujeres nulíparas tienen mejor satisfacción sexual en comparación con mujeres que tuvieron hijos, independientemente de la edad y el tipo de parto.

En la investigación realizada por Rajen et al. (2010) se pudo observar, que para las mujeres estudiadas lo más importante fue el bienestar físico, psicológico y el “respeto con el tiempo del propio cuerpo” (Declaración de una de las entrevistadas). Este es un conocimiento empírico sobre

sí misma, y esta cuestión fue la principal y más relevante para las mujeres en el retorno a la vida sexual después del parto, sentirse preparada, sentir que su cuerpo está pronto para una nueva etapa.

La sexualidad no debe ser simplemente reducida a la frecuencia del coito; se trata del interés sexual, la satisfacción y el disfrute. Las mujeres embarazadas y sus parejas necesitan asesoramiento acerca de los cambios físicos y psicológicos que influyen en la sexualidad durante el embarazo y después del parto, por lo que pueden tener expectativas realistas y adaptarse en consecuencia (Bello, 2011).

Barrett et al. (2000) en su estudio reportó que solo el 15% de las mujeres con un problema sexual después del nacimiento de sus hijos habían discutido el problema con un profesional de la salud. Dado que es un tema muy íntimo por tal motivo algunas mujeres no refieren en las consultas, sus cambios físicos y psicológicos relacionados con la sexualidad.

A continuación, informa que, aunque solo el 25% de las mujeres informan disminución de la función sexual que persiste hasta los seis meses después del parto, algunos estudios previos se han centrado en las posibles repercusiones sexuales a largo plazo del parto.

El estudio de Rejane et al (2010) arrojó los siguientes resultados: las mujeres hablaron del cambio en las *situaciones de lo cotidiano*, en las rutinas y en las responsabilidades al volverse madres. Esos cambios son relatados como situaciones de crisis y de desequilibrio temporario debido al cambio en la rutina y hábitos personales. Además, el miedo estuvo presente en los retornos a la actividad sexual de estas mujeres y mostró estar asociado con: la cicatrización externa de la región perineal que recibió puntos, la cicatrización interna uterina, con posible dolor durante la primera relación y, también con la posibilidad de una nueva gestación.

A pesar de la alta frecuencia de problemas, sólo una minoría de las mujeres reciben información acerca de la salud sexual, y las tasas de consulta para los problemas con las relaciones sexuales

son bajos (Barrett et al., 2000). Lo que demuestra que es una necesidad por intervenir para mejorar la calidad de vida de las mujeres en el posparto, no solo en pro de su bienestar sino también en pro del bienestar de su compañero sentimental.

Por su parte Rowland et al (2005) reporta que la lactancia materna es el predictor más importante de una reanudación tardía de las relaciones sexuales, seguido por la edad del bebé, la paridad y el tipo de parto.

La invitación que nos hace Rejano et al. (2010) en su estudio cualitativo es a investigar más sobre la sexualidad de la mujer en el puerperio, para conocer profundamente como las mujeres experimentan ese período, de forma a intervenir efectivamente cuando sea necesario, ofreciendo condiciones para que las mujeres se sientan libres para contar sus experiencias y soluciones, y para que las posibles dificultades sean superadas con juntamente con ellas.

Considerando la sexualidad como un aspecto importante para la vida de la mujer, sabiendo las transformaciones corporales que ocurren en el período puerperal y el impacto que esas transformaciones pueden causar, es de suma importancia entender y conocer la vivencia en su singularidad en el puerperio (Salim, 2010). Adicionalmente, como podemos observar el parto tiene grandes repercusiones en la vida sexual de las mujeres, por tal motivo el abordaje de la sexualidad se puede identificar como una necesidad insatisfecha en la atención. Por esta razón la atención en el posparto requiere de un rediseño que permita indagar sobre las percepciones que tiene las mujeres sobre la sexualidad con la llegada de los hijos, un factor que puede ser protector o de riesgo según quien lo vivencie.

Algunos estudios en los que se ha relacionado la función sexual durante el embarazo, la lactancia y la llegada de los hijos se relacionan a continuación:

En un estudio de 1997 en Reino Unido, 1249 mujeres contestaron la encuesta una encuesta 8 semanas después del parto y de estas 438 contestaron la misma 18 meses después, realizaron la descripción de algunas de las principales causas por las que las mujeres en el postparto retrasaban el inicio de las relaciones sexuales, entre ellas refirieron que el 22% del primer grupo refería Dolor Perianal contra el 10% del grupo a los 18 meses, a las 8 semanas 71% había logrado el coito, 25% no había intentado reiniciar las relaciones sexuales, 5% había intentado, pero había fracasado; la principal causa se relacionó con el hecho de que “la madre se encontraba muy cansada” en un 35% de los casos. (Cathryn, 1997)

En el 2000 en USA se realizó un artículo de revisión acerca de los cambios presentes durante el embarazo y el postparto, caracterizados particularmente por ser de índole psicológico, social y biológicos y tiene un efecto directo e indirecto sobre la sexualidad femenina, mediado principalmente por su vida sexual previa y disfunciones previas; señalando adicionalmente que el embarazo y postparto constituyen un periodo crítico para la exacerbación de dificultades sexuales (Bitzer & Alder, 2000)

En otro estudio realizado en USA en 2000 reportó un impacto ligeramente negativo de la lactancia materna y la sexualidad, la lactancia afectó la relación sexual de la mayoría de las mujeres con la disminución del interés en el sexo y el uso de sus senos en busca de doble propósito; por otra parte las actitudes de su pareja hacia la lactancia eran positivas debido al doble propósito de los senos, cambios en los mismos y fugas de leche durante la excitación sexual, mientras que se reportó que no era una de sus preocupaciones que la actividad sexual dañará su producción de leche o capacidad de amamantar. (Avery et al., 2000)

Un estudio realizado en Uganda en 2001 reportó que el 66.4% de las mujeres encuestadas reanudó sus relaciones sexuales dentro de los seis meses después del parto y que 49,3% lo hicieron

durante el puerperio, la principal razón para la pronta reanudación fue las demandas del compañero y las demandas culturales. De quienes reanudaron las relaciones, el 22.2% reportaba problemas sexuales, incluido dolor vaginal en el 62.5%, hemorragia vaginal en el 15.6% y hematomas o desgarros en el 3.1% de los casos. El daño perineal o genital no se asoció con una reanudación tardía de las relaciones sexuales; las razones para no reanudar las relaciones sexuales dentro de los seis meses incluyeron el escaso asesoramiento de la salud por parte de los funcionarios de salud (38.4%), ausencia de sus compañeros (21.9%), falta de interés (21.9%) y no sentirse bien (17.8%). (Odar et al., 2003)

Un estudio acerca de las implicaciones de la cesárea en la vida sexual postparto concluyó que esta tiene un efecto protector en el periodo postnatal, los primeros 3 meses, de predominio en los síntomas relacionados con la dispareunia, sin embargo, no tiene una significancia estadística que permita considerarlo como un efecto protector de la función sexual en el postparto. (Barrett et al., 2005)

En un estudio realizado en 2005 en Australia, se observó que las mujeres estaban dispuestas a observar cambios en su imagen corporal después del nacimiento de su hijo y algunas experimentaban ansiedad ante la posibilidad de que fueran permanentes, adicionalmente se presentaba la influencia del estrés por la nueva familia y relacionaban una influencia directa sobre los patrones sexuales de la pareja, fue reflejada también la discordancia del deseo sexual de sus parejas y la disminución del deseo sexual de la mujer tras el nacimiento del hijo y se manifestó la necesidad de una actitud tranquila por parte de sus parejas y de información por parte del personal de médico con relación a su imagen corporal. (Olsson et al., 2005)

### **Marco De Diseño**

Es un estudio correlacional, de corte transversal, donde se validaron los datos cuantitativos derivados de la medición del Índice de Función Sexual Femenino, de un grupo de mujeres en edad fértil, de una institución prestadora de servicios de salud del área de Promoción de la salud y

Prevención de la enfermedad, de la ciudad de Bogotá D.C durante el periodo de marzo a diciembre de 2015, en el marco del paradigma positivista.

De la consulta de mujeres en edad fértil que asistieron al programa de regulación de la fecundidad, tamizaje cérvico - uterino y tamizaje visual, atendido en el centro de salud, se tomó un universo de 720 mujeres, se consideró un margen de error de 5 %, un nivel de confianza 95%, se obtuvo una muestra aproximada de 250 mujeres a participar en el estudio, la muestra se calculó en el programa Epi Info 7.

Se describió socio demográficamente a las participantes, comparando su perfil con otros estudios y literatura que establecieran algún tipo de relación entre el índice de función sexual femenina con la edad, nivel académico, estado civil, ocupación, paridad, ciclo menstrual, método de anticoncepción, tipo poblacional, exposición a un tipo de violencia, estrato socioeconómico e identidad sexual entre otros.

Se empleó un muestreo oportunista, consecutivo por la característica de tener o no hijos, de forma aleatorizada simple, dentro del grupo de mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y que desearon participar voluntariamente del estudio.

### **Criterios De Inclusión**

Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años.

Mujeres con hijos menores de 15 años.

Mujeres sin hijos.

Con actividad sexual en las últimas 4 semanas.

### **Criterios De Exclusión**

Mujeres en periodo de gestación.

Mujeres en periodo de lactancia y Puerperio inmediato.

Mujeres en manejo con terapia hormonal de reemplazo.

Mujeres con antecedentes de cirugía ginecológica que genere cambios fisiológicos

(ej. Ooforectomía bilateral)

Mujeres diagnosticadas con trastornos sexuales o mentales.

Mujeres cuyo producto de paridad haya presentado muerte perinatal durante la última gestación.

Mujeres que no deseen participar en el estudio

### **Datos Recolectados**

Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento Índice de Función Sexual Femenina, desarrollado por Rosen en el año 2000 y validado al español en el año 2004 por Blümel, el cual consta de 19 preguntas sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas, agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo satisfacción y dolor; cada pregunta consta de 5 a 6 posibles respuestas, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. El puntaje total de los dominios es entre 0 y 36. A mayor puntaje mejor sexualidad (ver anexo A).

Este índice también fue validado por en Colombia obteniendo como resultado validación de estructura, contenido y validez externa hacen de esta una escala fiable por tanto las propiedades psicométricas apoyan el uso de la escala en español. (Vallejo et al., 2017)

La información se recolectó mediante un formulario donde se anexo el consentimiento informado que fue diligenciado por las participantes, ficha de identificación personal e índice de función sexual, el cual se explicó a la participante, ninguna mujer seleccionada se negó a participar en el estudio, el formulario fue diligenciado por personal técnico entrenado el cual participo previamente en una prueba con 10 mujeres para comprobar la comprensión de las variables.

El formulario fue diligenciado mediante la aplicación Google Drive, a través del cual se digitalizaron los datos y tabularon; para su aplicación el personal técnico disponía de un dispositivo electrónico tipo computador portátil o Tablet con conexión a internet.

A partir de la ficha de datos de identificación se recolectó información que permitió realizar un análisis socio demográfico de la población encuestada. Se ha demostrado que algunas variables como la escolaridad y el nivel socioeconómico, tiene una influencia directa sobre la función sexual de la mujer, por lo que resultó importante constatar en nuestro estudio si los datos de nuestra población son acordes a la literatura mundial, y de igual manera, si sugiere alguna relación entre otras variables y la función sexual. La edad, también asociada a alteraciones de la función sexual es un dato recolectado en la ficha, mientras que otros datos de la actividad sexual como la menarquia, los ciclos menstruales y su orientación sexual pueden llegar a demostrar relación hacia algunas condiciones particulares que la afecten.

### **Análisis De Los Datos**

Se realizó un análisis descriptivo y bivariado, se correlacionaron los datos encontrados del índice de función sexual en mujeres con hijos, generando el análisis estadístico para las variables cuantitativas y continuas evaluando el criterio de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y para la correlación se utilizó la prueba Spearman, los datos se procesaron en el software estadístico IBM SPSS Statistics 22.

### **Consideraciones Éticas**

Dado que el presente estudio incluyó mujeres en edad fértil, y, por tanto, algunas de estas son menores de edad entre 15 y 18 años, se tuvo en cuenta las consideraciones legales vigentes en Colombia, que las considera menores adultas, y les permite, a partir de la firma de un consentimiento informado, autorizar su participación en el estudio; por tanto, se realizó el diligenciamiento de este por parte de aquellas mujeres que se vinculó al mismo. Adicionalmente, y dado que el tema a abordar es de carácter íntimo, solamente se incluyeron en el estudio aquellas mujeres que se estuvieron en completo acuerdo con suministrar este tipo de información. El estudio fue aprobado mediante radicado RP- 406 por el jurado evaluador Investigaciones de la universidad del bosque y avalado por el comité ético del servicio de salud del Consultorio médico de San Vicente de Paul, el primero de octubre de 2015 en la ciudad de Bogotá D.C.

## Resultados

### Descripción De Los Datos

Con el propósito de abordar el análisis estadístico que da respuesta a la hipótesis de investigación propuesta, el cual se basa en determinar la existencia y grado de correlación entre la función sexual femenina y la paridad ginecológica; se realizó un estudio observacional de corte transversal con una muestra de 278 personas de sexo femenino, a las cuales se les aplicó un instrumento referenciado en los anexos del documento, el cuestionario aborda preguntas de clasificación sociodemográfica, edad, preguntas de percepción del género, orientación sexual, estado civil, historia ginecológica, edad del último hijo vivo y variables asociada a la función sexual femenina.

#### Análisis descriptivo univariado

##### *Descripción biosociodemográfica de las participantes.*

La Tabla 2 presenta un resumen de las variables de tipo categórico que fueron indagadas por medio del instrumento de recolección de datos y las cuales son de interés para la ejecución del proyecto ya comentado.

Tabla 2

##### *Tabla de descriptivo variables categóricas.*

Características De La Población	Participantes (278)
Genero	
1. Femenino	98,6%
2. Masculino	1,1%
3. Transgenerista	0,4%
Orientación Sexual	
1. Heterosexual	93,0%
2. Homosexual	0,4%
3. Bisexual	4,4%
4. Otro	2,2%
Estado Civil	
1. Casada	32,5%
2. Separada	7,6%
3. Soltera	44,0%
4. Unión Libre	15,9%
Origen Racial O Étnico	
1. Afrodescendiente	1,8%

Características De La Población	Participantes (278)
2. Indígena	0,7%
3. Mestizo	6,5%
4. Mulato	0,4%
5. Otros	90,6%
<b>Estrato Socioeconómico</b>	
Estrato 1	1,4%
Estrato 2	18,3%
Estrato 3	59,4%
Estrato 4	17,6%
Estrato 5	3,2%
<b>Nivel Educativo</b>	
1. Ninguno	1,4%
2. Primaria	2,9%
3. Bachillerato	22,3%
4. Técnico	16,9%
5. Tecnológica	3,2%
6. Universitario	46,0%
7. Posgrado	7,2%
<b>Población Especial</b>	
1. Ninguna	88,5%
2. Indígena	0,7%
3. Desplazado	0,4%
4. Adolescente	10,4%
<b>Régimen De Afiliación</b>	
1. Contributivo	50,0%
2. Especial	2,2%
3. Subsidiado	7,2%
4. Vinculado	25,9%
5. Ninguno	14,7%
<b>Tipo De Afiliación</b>	
1. Beneficiario	25,2%
2. Cotizante	32,4%
3. Vinculado	28,1%
4. Ninguno	14,4%
<b>Víctima De Violencia</b>	
1. Física	4,3%
2. Psicológica	7,9%
3. Sexual	2,2%
4. Nunca	85,6%
<b>Victimario</b>	
1. Conocido	2,9%
2. Desconocido	2,5%
3. Familiar	5,0%
4. Pareja	5,0%
5. No Aplica	84,5%
<b>Ciclo Menstrual</b>	
1. Irregulares	31,0%
2. Regulares	69,0%
<b>Las Relaciones Sexuales Son</b>	
1. Concertadas / De Acuerdo Mutuo	98,9%
2. Obligadas / Bajo Presión	1,1%
<b>Ha Estado Embarazada</b>	
0. No	42,4%
1. Si	57,6%
<b>Presenta O Ha Presentado Enfermedad Ginecológica</b>	
2. Si	1,8%
3. No	98,2%
<b>¿Cuál?</b>	
Miomatosis Uterina	0,4%
Ovario Poliquístico	0,4%
Ninguna	99,3%

Características De La Población	Participantes (278)
Procedimiento Quirúrgico	
1. Si	5,8%
2. No	94,2%
¿Cuál?	
Cesárea	0,7%
Laparoscopia	0,4%
Legrado	0,7%
Miomectomía	0,4%
Pomeroy	2,5%
Ninguna	95,3%
¿Toma Algún Medicamento?	
1. Si	5,4%
2. No	94,6%
¿Cuál?	
Anticonceptivos Orales	1,1%
Cyclofem	0,4%
Desloratadina	0,4%
Levotiroxina	2,9%
Ninguna	95,3%

Datos obtenidos en el estudio (Fuente; Elaboración propia)

De acuerdo con los resultados evidenciados, se observa que el 1,1% de las mujeres encuestadas tiene la percepción de ser de género masculino y el 0,4% considera ser transgénero; en cuanto a la orientación sexual en la muestra predomina con el 93% inclinación heterosexual. Un estudio de tipo descriptivo transversal en España que midió la FSF y los factores relacionados también arrojó que la experiencia sexual predominante fue la heterosexual en un 93.3 % y un 17 restante no contestaron. (Artiles et al., 2004)

En cuanto a estado civil en un mayor porcentaje son casadas o con pareja estable, seguido por las mujeres soleteras y por último las mujeres separadas, comportamiento similar al estudio antes mencionado por Artiles et al., (2004) y por Muñoz et. al., (2016)

Frente al estrato socioeconómico, predominan como en el total de la población las personas de estrato 3, en mayor proporción del régimen contributivo.

Con relación al nivel educativo, el porcentaje de mayor representación lo presentan las mujeres con formación universitaria, seguido por educación a nivel de bachillerato, estos resultados reflejan la heterogeneidad de la muestra lo que permitirá realizar análisis más idóneos frente al

interés de los objetivos propuestos. En revisiones sistemáticas se encontró que el nivel educativo bajo es un factor de riesgo para desarrollar disfunción sexual. (Muñoz et. al., 2016)

Analizando variables asociadas a la violencia de género, se observa que el 14,4% de las mujeres encuestadas refieren ser víctimas de violencia (Física, Psicológica o sexual), de dicho porcentaje el 35% refiere ser víctima de su pareja y otro 35% identifica a su victimario como un familiar, corresponde al comportamiento del evento en el país en donde el principal agresor se encuentra en la familia. (Fiscalía general de la nación, 2017)

Ahora bien, analizando las frecuencias relativas de la variable asociada a las relaciones sexuales, el 1,1% declara tener relaciones sexuales obligada o bajo presión; continuando con la lectura de la Tabla 1, se observa que el 57,6% de las mujeres encuestadas ha estado embarazada por lo menos una vez en su vida, este porcentaje de mujeres orienta el análisis de la existencia o no de la correlación entre la paridad y la función sexual femenina.

### **Análisis bivariado**

Dando continuidad al proceso, para las variables de tipo cuantitativo y continuo, se evaluó el criterio de normalidad. En la Tabla 3, se presentan las estadísticas descriptivas de este grupo de variables con su respectivo p- valor para la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dicha prueba se realiza, con el propósito de evaluar el cumplimiento de supuestos estadísticos para la implementación de la prueba de correlación (Pearson o Spearman).

Bajo la siguiente hipótesis, se realizó la prueba de normalidad.

*H<sub>0</sub>: Los datos presentan una distribución normal*

*H<sub>1</sub>: Los datos no presentan una distribución normal*

Tabla 3

*Tabla de descripción y prueba de normalidad variables continuas.*

Características de la Población (n=278)	Media	Desviación Estándar	IC 95%	P-Valor (Kolmogorov)
Edad	35,11	7,1	[33,8 ; 36,3]	0,000*
Edad de inicio de las relaciones sexuales	17,41	1,9	[17,0 ; 17,7]	0,000*
Historia Ginecológica (Gestación)	2,04	1,1	[1,84 ; 2,24]	0,000*
Historia Ginecológica (Parto)	1,30	1,2	[1,08 ; 1,51]	0,000*
Historia Ginecológica (Cesárea)	0,60	0,8	[0,45 ; 0,74]	0,000*
Historia Ginecológica (Aborto)	0,15	0,4	[0,08 ; 0,22]	0,000*
Historia Ginecológica (Mortinato)	0,02	0,1	[0 ; 0,04]	0,000*
Historia Ginecológica (Vivos)	1,82	1,0	[1,64 ; 1,99]	0,000*
Número de hijos vivos actualmente	1,88	0,9	[1,71 ; 2,05]	0,000*
Edad del ultimo hijo vivo	9,11	5,9	[8,08 ; 10,13]	0,000*
Deseo	3,76	1,0	[3,58 ; 3,99]	0,000*
Excitación	4,15	1,4	[3,91 ; 4,39]	0,000*
Lubricación	4,17	1,5	[3,91 ; 4,43]	0,000*
Orgasmo	4,13	1,4	[3,87 ; 4,38]	0,000*
Satisfacción	4,36	1,0	[4,17 ; 4,55]	0,000*
Dolor	2,70	1,2	[2,47 ; 2,92]	0,000*
IFS	23,29	6,5	[22,16 ; 24,42]	0,000*

\* Se rechaza  $H_0$  a un nivel de significancia del 5%.

Datos obtenidos en el estudio (Fuente; Elaboración propia)

En la Tabla 3, se observa que la edad media de las mujeres encuestadas fue 35 años, y la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 17,4 años, según el estudio realizado por el Instituto de familia de la universidad de la sabana con jóvenes entre 13 y 18 años (Universidad de la sabana, 2014), la edad promedio del inicio de la relación sexual fue a los 15 años, situación similar en un estudio realizado en la ciudad de Manizales en una población adolescente por Duque et. al., (2015), la encuesta de demografía y salud de 2015 reitera que la edad promedio de inicio para mujeres es de 17,7 años. (Profamilia, 2015)

Con respecto a la historia ginecológica, en promedio las mujeres han tenido 2 embarazos, la encuesta de demografía y salud reporta un promedio de 2,6 hijos para mujeres que viven en zona rural, mientras que en zona urbana el promedio es de 1.8 , la región de menor promedio se ubica en la zona central con 1.6 hijos (Profamilia, 2015), el promedio de los abortos referidos fue 1, el

promedio de hijos nacidos vivos y el número de hijos vivos en la actualidad es aproximadamente de 2 y la edad promedio del último hijo vivo es 9 años.

Evaluando las variables de función sexual, se observa que en promedio las mujeres encuestadas reportan un deseo sexual de 3.76, una excitación de 4.15, una lubricación y orgasmo de 4.1, una satisfacción de 4,3 y un dolor de 2.7; es decir que, así la variable de deseo no supere el umbral de 4, las variables complementarias a la relación sexual si muestran una respuesta satisfactoria frente a la excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción.

Por último, se observa que el Índice de la Función Sexual presenta un promedio de 23.29, teniendo como máximo 30 y como mínimo 6, según Valenzuela et. al., (2014) en otros estudios realizados en Chile se demostró que el deseo es una de las variables con mayor porcentaje de disfunción sexual; en un estudio realizado para hallar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres del eje cafetero se demostró que el deseo sexual presentó mayor disfunción, también se pudo concluir que a mayor edad se aumentaba la disfunción en el deseo, la cual estaba muy relacionada con la insatisfacción al momento de la relación y con estados emocionales negativos. (Espitia, 2016)

Al realizar la prueba de Kolmogorov–Smirnov, se evidencia que de las diecisiete (17) variables incluidas en el análisis, ninguna cumple con criterios de normalidad presentando un p-valor de 0,000 para todas las variables, rechazando así la hipótesis nula.

### **Correlación entre el índice de función sexual femenina (IFSF) y la paridad**

Posterior a la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se realiza la prueba de correlación, dado que ninguna de las variables cumple con los supuestos de normalidad, la prueba de correlación que se debe implementar es la de Spearman, la cual se plantea bajo la siguiente hipótesis.

$H_0$ : No existe correlación entre las variables

$H_1$ : Existe correlación entre las variables

Tabla 4

Tabla de Correlación de Spearman (n=160).

	# GESTACIONES	# HIJOS VIVOS	DESEO	EXCITACIÓN	LUBRICACIÓN	ORGASMO	SATISFACCIÓN	DOLOR	IFS
#GESTACIONES	1								
#HIJOS VIVOS	0,801* (0,000)	1							
DESEO	-0,213* (0,007)	-0,216* (0,006)	1						
EXCITACIÓN	-0,065 (0,414)	-0,087 (0,275)	0,770* (0,000)	1					
LUBRICACIÓN	-0,204* (0,010)	-0,222* (0,005)	0,610 * (0,000)	0,669* (0,000)	1				
ORGASMO	-0,149 (0,060)	-0,203* (0,010)	0,578* (0,000)	0,594* (0,000)	0,743* (0,000)	1			
SATISFACCIÓN	-0,229* (0,004)	-0,267* (0,001)	0,499* (0,000)	0,563* (0,000)	0,673* (0,000)	0,724* (0,000)	1		
DOLOR	-0,236* (0,003)	-0,171 (0,031)	0,231* (0,003)	0,083 (0,297)	-0,004 (0,959)	-0,019 (0,811)	-0,001 (0,993)	1	
IFS	-0,217* (0,006)	-0,264* (0,001)	0,848* (0,000)	0,820* (0,000)	0,814* (0,000)	0,787* (0,000)	0,743* (0,000)	0,236* (0,003)	1

\* Se rechaza  $H_0$  a un nivel de significancia del 5%

Datos obtenidos en el estudio (Fuente; Elaboración propia)

El interés inicial en la prueba Spearman, es determinar la existencia o no de correlación, en caso de que la misma exista el coeficiente de la prueba da el grado y dirección de la correlación, esta puede ser directa o inversamente proporcional de acuerdo con el signo del coeficiente.

Dicho lo anterior, se debe hacer la claridad que para este análisis solo se tuvieron en cuenta las mujeres encuestadas que presentaran reporte de una o más gestaciones, esto con el propósito de evaluar la paridad con relación al IFS y así dar respuesta al objetivo principal de este trabajo; la muestra contemplada para las correlaciones fue de 160 mujeres encuestadas, de allí se observa que el IFS se correlaciona de manera inversamente proporcional con el número de gestaciones presentadas (ver tabla 4), es decir que con el aumento de gestaciones se disminuye el IFS; si bien

la correlación no es fuerte (no es cercana a -1), la misma si es significativa por ende debe ser tenida en cuenta la relación entre las variables.

Ahora bien, analizando el número de hijos vivos y el IFS, esta correlación se comporta de manera semejante a la evidenciada con el número de gestaciones.

El IFS presenta una alta correlación directamente proporcional con el Deseo, la Excitación, la Lubricación, el Orgasmo y la Satisfacción, lo cual es coherente, toda vez, que el IFS es el producto lineal compuesto por las variables anteriormente nombradas. (Ver tabla 4)

Evaluando las diferentes comparaciones entre variables, se observa que las variables de número de gestaciones y número de hijos vivos están inversamente correlacionadas con el Deseo, la Lubricación, el Orgasmo y la Satisfacción. Con relación a las variables que conforman el IFS, se observa que el deseo tiene una correlación directa y fuerte con la excitación, el orgasmo evidencia una alta correlación con la lubricación y la satisfacción. Al revisar el resultado de un estudio sistemático, arrojó que el dominio más afectado fue el deseo seguido del orgasmo, comportamiento similar al estudio realizado y a la literatura. (Muñoz et. al., 2016)

En un estudio realizado en mujeres posparto tardío se estableció que a la llegada de los hijos los dominios más afectados corresponden a deseo sexual y lubricación, disminuyendo el índice de función sexual. (Chaparro et al., 2013)

Con el análisis realizado, se da respuesta a la existencia de la correlación entre el índice de la función sexual femenina y la paridad, siendo esta inversamente proporcional, si bien si tiene una correlación es débil y se debe indagar por otros posibles factores asociados a este efecto en el índice de función sexual femenina y la paridad. .

### **Conclusión**

Dando respuesta a la hipótesis formulada se concluye que, si existe correlación aunque es débil, es significativa e inversamente proporcional entre el índice de la función sexual femenina y la paridad, el aumento en la paridad provoca la disminución de la función sexual, las mujeres con más gestaciones registraron un IFSF de 13,9 aumentado este índice al tener menos gestaciones, si bien existe una afectación es necesario validar en siguientes estudios que además considere otras factores asociados.

Comparando el índice de función sexual femenina (IFSF) de mujeres con hijos y sin hijos se evidencio variación, las mujeres con hijos presentaron un promedio de 23,5 con una calificación mínima de 3,4 y un máximo de 34, mientras que las mujeres que no reportaron hijos aumento a 25,4 con una calificación mínima de 3,6 y un valor máximo de 34, aunque para los dos casos es un IFSF fue menor a 26,55 que en la revisión de literatura se definía como disfunción sexual.

El deseo es el dominio con mayor afectación menor de 4. No se evidencia afectación especial en los otros dominios, siendo necesario realizar estudios comparativos y poblacionales para verificar este hallazgo.

El estudio muestra una relación inversamente proporcional entre la edad y la función sexual femenina, pues se observó que con la edad el puntaje de IFSS caía significativamente, los descensos se observaron en los dominios relacionados con el deseo y la excitación, la lubricación disminuyo y aumento el dolor con la edad.

A partir de los 40 años en las mujeres con registro de paridad se evidencio la disminución del IFSF, como lo menciono Blümel et al., (2004) las mujeres disminuyen lubricación y esto puede causar dolor, sin embargo, también se pueden destacar diversos factores como son la alimentación, estilos de vida y hasta creencias frente a la religión y la sexualidad.

### **Recomendaciones**

El estudio expuso la necesidad de realizar abordajes acordes a la demanda de las mujeres y parejas durante el desarrollo sexual posterior al parto, a continuación se mencionan dos ítems sobre las cuales se debe profundizar:

#### **Fortalecer La Investigación En El País Frente A La Disfunción Sexual:**

- Fortalecer la investigación en el país frente a la disfunción sexual que se presenta en las mujeres posterior a la paridad.
- Realizar estudios que evalúen el tiempo del inicio de la relación sexual coital después del parto y la percepción de la mujer durante esta.
- Investigar acerca de las dificultades que encuentra la pareja después del parto para reiniciar las relaciones sexuales.
- Evaluar el papel que tiene el contexto cultural y social en la toma de decisiones respecto al inicio de las relaciones sexuales después de terminada la gestación.

#### **Generar Estrategias Que Intervengan Efectivamente E Impacten La Calidad De La Salud Sexual Y Reproductiva De La Población Femenina En El País**

- Implementar programas de psicoeducación en el desarrollo sexual de la mujer y su pareja después de la paridad.
- Incluir durante las consultas médicas o asistencia a los programas de promoción y prevención, en el país, la evaluación del desarrollo sexual de la mujer posterior a la paridad.
- Ofertar la orientación medica en el inicio de las relaciones sexuales durante la gestación y en el post parto, debido a que la actividad sexual depende en gran medida de la intervención del profesional de la salud y este puede hacerlo sin esperar a que sea solicitada, ya que el tema no es fácil de abordar por la pareja.

## **Anexo A Índice de función sexual femenina**

### **Instrucciones:**

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

### **Definiciones:**

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

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina. Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

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

### **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?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o nada
3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Muy alto Alto Moderado Bajo
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Muy alta confianza Alta confianza Moderada confianza Baja confianza Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Extremadamente difícil o imposible Muy difícil Difícil Poco difícil No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre la mantengo La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad) A veces la mantengo (alrededor de la mitad) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Extremadamente difícil o imposible Muy difícil Difícil Poco difícil No me es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Extremadamente difícil o imposible Muy difícil Difícil Poco difícil No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Muy satisfecha Moderadamente satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Moderadamente insatisfecha Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	No tengo actividad sexual Muy satisfecha Moderadamente satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Moderadamente insatisfecha Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/> —	Muy satisfecha Moderadamente satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Moderadamente insatisfecha Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha	<input type="radio"/> —	Muy satisfecha

está con su vida sexual en general?	— — — —	Moderadamente satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Moderadamente insatisfecha Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor durante la penetración vaginal?	— — — — —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor después de la penetración vaginal?	— — — — —	No tengo actividad sexual Siempre o casi siempre La mayoría de las veces (más que la mitad) A veces (alrededor de la mitad) Pocas veces (menos que la mitad) Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal	— — — — —	No tengo actividad sexual Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o nada

**Elaborada por:** Rosen Raymond, et al. THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI): A MULTIDIMENSIONAL SELF-REPORT INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT OF FEMALE SEXUAL FUNCTION. 2000

**Validada al español por:** Blümel M Juan Enrique, et al. ÍNDICE DE FUNCIÓNSEXUA FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. 2004.

“Fue solicitado el permiso para el uso de la escala, al Doctor Blümel M Juan Enrique, de lo cual se espera respuesta”.

**Anexo B Puntaje del índice de función sexual femenina**

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

**Elaborada por:** Rosen Raymond, et al. THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI): A MULTIDIMENSIONAL SELF-REPORT INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT OF FEMALE SEXUAL FUNCTION. 2000

**Validada al español por:** Blümel M Juan Enrique, et al. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. 2004 “Fue solicitado el permiso para el uso de la escala, al Doctor Blümel M Juan Enrique, quien autorizo”.

**Anexo C Ficha de identificación Personal**

<b>FICHA DE IDENTIFICACION POBLACIONAL</b>	
Fecha:	_____
N° Consecutivo:	_____
Iniciales de nombres y apellidos:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
Edad:	_____
Lugar de nacimiento:	_____
Ciudad de procedencia:	_____
Localidad:	_____
Número Telefónico:	_____
Celular:	_____
Sexo:	_____
Genero:	_____
Orientación:	_____
Estado civil: Casada:	_____
Soltera:	_____
Unión Libre:	_____
Separada:	_____
Origen racial o étnico:	_____
Religión:	_____
Nivel Educativo: Primaria:	_____
Bachillerato:	_____
Técnica:	_____
Tecnológico:	_____
Universitario:	_____
Especialista:	_____
Maestría:	_____
Doctorado:	_____
Ocupación:	_____
Profesión:	_____
Edad Inicio de relaciones sexuales:	_____
Menarquia:	_____
Ciclos Menstruales:	_____
Historia Ginecológica: G	_____
P	_____
A	_____
C	_____
M	_____
E	_____
V	_____
Número de Hijos:	_____
Edad del Ultimo Hijo:	_____
Población especial:	_____
Nivel socioeconómico:	_____
Estrato:	_____
Régimen de afiliación:	_____
Tipo de afiliación: Cotizante:	_____
Beneficiario:	_____

**Anexo D Consentimiento informado**

De acuerdo con la Resolución N° 008430 de 1993 de la República de Colombia, Ministerio de Salud se ha tenido en cuenta los aspectos que regulan la investigación en salud.

Me han solicitado participar voluntariamente en el estudio “*Nivel de correlación entre la paridad ginecológica y la función sexual en mujeres de una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá D.C.*”, que actualmente desarrolla un grupo de Investigación de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad El Bosque.

Me informan que no se aplicará ninguna intervención que modifique las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, cualquier pregunta o inquietud será respondida por los responsables del proyecto, yo podré retirarme en cualquier momento del estudio sin coartar mi decisión, los resultados del estudio pueden ser publicados respetando el derecho a la intimidad; hago constar que se me ha informado de forma completa y clara los objetivos y la justificación de la investigación.

Autorizo mi participación en la investigación con pleno conocimiento del estudio

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Cabe resaltar que prevalecerá el respeto de la dignidad de la población estudiada y se protegerán sus derechos.

Responsables: Yeimy Valbuena Mojica – Catalina Buitrago Almanza *Estudiantes de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva Universidad El Bosque. Teléfono de contacto 3173313771 - 3213084418 correo electrónico:*

[investigacionfsfi@gmail.com](mailto:investigacionfsfi@gmail.com)

### Referencias Bibliográficas

- AAC. «Journal of urology Uro.» Journal of urology Urol, 2000.
- Acuña A, Guerrero P, Aponte H. Lecciones de Sexología Clínica. Bolívar: Linotipia; 2007.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Author, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Amezua, E. Sexología: Cuestiones de fondo y forma. Revista Española de Sexología. 1992 50(49).
- Amezua E. Teoría de los sexos: la letra pequeña de la sexología. Revista española de sexología 1999, 96(95): 99-100.
- Arias-Galicia, L.F. “La escala de satisfacción marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos”. Revista Interamericana de Psicología. 2003: Vol. 37, N°1, pp 67-92
- Artiles V. Gutiérrez D. y Sanfélix G. [2004]. función sexual Femenina y Factores relacionados. *Elseiver revista de atención primaria en salud* [Internet]. Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-funcion-sexual-femenina-factores-relacionados-13093371>
- Avery M, Duckett L, Roth C. The experience of sexuality during reastfeeding among primiparous women. Journal of Midwifery & Women’s Health · Vol. 45, No. 3, May/June 2000

- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107(2): 186–95.
- Barrett G, Peacock J, Victor C, Manyonda I. Cesarean Section and Postnatal Sexual Health; *MRCOG, BIRTH* 32:4, 2005.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 51-64. Recuperado de, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/009262300278641>
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327–1333. <http://doi.org/10.1503/cmaj.1020174>
- Bello FA, Olayemi O, Aimakhu C, Adekunle A. Effect of Pregnancy and Childbirth on Sexuality of Women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics and Gynecology* 2011; 1: 1-6.
- Berman, L, y J Berman. Solo para mujeres. Planeta, 2002.
- Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period, University Women's Hospital, Switzerland, *Journal of Sex Education and Therapy*, USA, 2000
- Blümel, J.; Binfa, L.; Cataldo, P.; Carrasco, A.; Izaguirre, H.; Sarrá, S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2004; 69(2): 118-125.
- Blümel J, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Espinoza M et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009; 16(6): 1139-1148.
- Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand P, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg R. Effect of Parity on Sexual Function An Identical Twin Study. *Obstet Gynecol* 2006; 107:765–70.

- Casas, I., Guirao, L., García, L. SyDSF-AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria. *Semergen*. 2007: 33(1): 9-13
- Cathryn M, Glazener A. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition University of Aberdeen. Health Services Research Unit, Foresterhill, Aberdeen *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, March 1997, Vol. 104, pp. 330-335.
- Cardona D., Ariza-G., Gaona R., Medina P. [2015]. *Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia*. *AMC*, 19( 6 ): 568-576. Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552015000600003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003&lng=es).
- Chaparro G, Morin, Pérez V, Ruth, & Sáez C, Katia. (2013). Función sexual femenina durante el período posparto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 181-186. Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300005&lng=es&tlng=es).
- Colson M, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. France Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France; ADIRS, Lille, France; Eli Lilly and Company—Lilly France—Medical Division, Suresnes, France; §IPSOS Health Institute—Medical Division, Paris, France, 2005
- Culley, C. Carson. North Carolina *Contemp. Urology*, 2002.

- Espitia-De La Hoz, F. J. (2016). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Revista Ciencias Biomédicas*, 7(1). Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1398>
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud. (2015). *Profamilia*. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
- Fitzhenry, D., Sandberg, L. Female Sexual Dysfunction. *Nature Reviews Drug Discovery*. February 2005, 4, 99-100
- Fiscalía general de la nación. (2017). *Valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja: Prevención secundaria. Colombia*, Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de <http://www.medicinalegal.gov.co/web/guest/cifras-estadisticas/boletines-epidemiologicas>
- García, S.; Aponte, H.; Socorro, P. Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta a los servicios de urología, ginecología y personal femenino del hospital de San José, en Bogotá, Colombia. *Revista Urología Colombiana*. 2005. Vol XIV (3), pp. 75-80
- Graziottin, A., Basson, R. Sexual Dysfunction un women with premature menopause. *Menopause*, 2004, 11 (6): 766-777
- Hyde J, Delamater J. *Sexualidad humana*. México D.F: Mc Graw Hill; 2006
- Kaplan, H.S. *The new sex therapy*. New York: Brunner Mazel, 1974.
- Kaplan, H.S. *The Illustrated manual of sex therapy*. New York: Quadrangle, 1975.
- Lafaurie, M. (2011) *Género, sexo y sexualidad: categorías permeadas por la cultura. Género, equidad y salud de las mujeres*. Universida el Bosque. Bogotá

- Lafaurie, M. Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vía de desarrollo. *Med Vis* 2009, 22: 191-200.
- Laumann, Paik, Rosen R. «Sexual Dysfunction in The United states.» *Journal of American Medical Association*, 1999.
- Lawrence, M, MD Leeman, G Rebecca, y MD Rogers. *Sex After Childbirth*. «Menopause.» *Menopause* Enero-Febrero, nº 13 (2006).
- Leal, I. , Lourenço, S. , Oliveira, R. , Carvalheira, A. and Maroco, J. (2012) The impact of childbirth on female sexuality, *Psychology, Community & Health*, recuperado de, <https://pdfs.semanticscholar.org/3c2e/65f9f70f0bcd0b6aa601b6d27e6c7344dad0.pdf>
- Leeman L. Rogers R. *Sex After Childbirth Postpartum Sexual Function*. *Obstet Gynecol* 2012; 119:647–55.
- Lopez De la LLave, A. (2010) *Sexualidad Humana y Salud*. En *Salud Sexual*, (pp. 26). Fundación UNED. Madrid.
- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown & Co 1966: 189-91.
- Masters, W., & Johnson, V. *Respuesta Sexual Humana*. Buenos Aires: Editorial Intermédica. 1967
- Masters, W., & Johnson, V. *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Editorial Intermédica. 1970
- Márquez Carrasco, A. M., & Rico Neto, M. (2016). *Enfermería Docente*. Recuperado de [http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/127/pdf\\_354](http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/127/pdf_354)
- Meston, C., Derogatis, L. “Validated Instruments for Assessing female sexual function”. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002: 28(s): 155-164

- Meston, C. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003; 29(1): 39-46
- Montero J. Salud Reproductiva. Derechos Sexuales y Reproductivos. Máster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. *UJIsonomía*, 2009:2.
- Moyano, N., & Sierra, J. (2015). Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (3), 277-286. Recuperado de, <http://www.redalyc.org/html/2819/281946988009/index.html>
- Muñoz D, Andrea Del Pilar, & Camacho L, Anthony P. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 168-180. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002>
- Odar E, Wandabwa J, Kiondo P. Sexual practices of women within six months of hildbirth in Mulago hospital, Uganda; Mulago hospital, P. O. Box 7051, Kampala, Uganda 2 Makerere Medical School, P. O. Box 7072 Kampala, Uganda, 2003
- Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth; *Scand J Caring Sci*; 2005; 19; 381–387
- Organización Mundial de la Salud. «Informe mundial sobre la violencia y la salud.» Resumen, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 2002, 62.

- Organización Mundial de la salud. «Instrucción y asistencia en cuestiones de Sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud.» Serie de informes técnicos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975, 36.
- Organización de Naciones Unidas. (1995). Cuarta Conferencia mundial sobre la Mujer, Beijing, China.
- Oelrich, P. Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura. Valdivia, Chile. 2006.
- Pérez C, Vargas I, Cisneros M, Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. *Rev Mex Urol* 2008; 68(2):98-102
- Paterson, L.Q.P., Davis, S.N.P., Khalifé, S., Amsel, R. and Binik, Y.M. (2009) Persistent genital and pelvic pain after childbirth. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 215-221. Recuperad de [https://www.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)32221-9/pdf](https://www.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)32221-9/pdf)
- Racz, U. «Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors.» *European urology*, 2005: 366-376.
- Rejane, N., Matos, N., Rosa, D. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(4): [08 pantallas]
- Read, S., King, M., Watson, J. (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence characteristics and detection by general practitioner. *Journal of Public Health Medicine*, 19 (4), 387-391.
- Rosen, R.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; Meston, C.; Shabsigh, R.; Ferguson, D.; D'Agostino, R.; The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report

- instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26: 191-208
- Rowland M, Foxcroft L, Hopman W, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Cam Fam Physician* 2005; 51:1366-1372.
- Sánchez, F.; Pérez, M.; Borrás, J.; Gómez, O.; Aznar, J.; Caballero, A.; 2004. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria*. 34 (6): 286-94.
- Sierra, J., Zubeidat, I., Carretero, H., Reina, S. “Estudio psicométrico preliminar del Test del deseo sexual inhibido en una muestra española no clínica” *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003, Vol. 3, N° 3, pp 489-504, ISN 1576-7329
- Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura de género. *Estudios feministas, florianópolis* 12(2): 77-105.
- Susan, R., Davis, A., Esme, Nijland. «Pharmacological Therapy for Female Sexual Dysfunction, Has Progress Been Made?» *Drugs* , 2008: 68.
- Tellez A. Mujer/es, sexo, social y genero/s. Master igualdad de género en el ámbito público y privado. UJI-sonomia. 2008.
- Teira, B. G. (2010). *Actualización en medicina de familia*. Obtenido de Sociedad española de medicina de familia y comunitaria: Recuperado el 05 de mayo de 2018, de [http://amf-semfyc.com/upload\\_articles\\_pdf/La\\_respuesta\\_sexual\\_humana.pdf](http://amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/La_respuesta_sexual_humana.pdf)
- Universidad de la sabana, Boletín de prensa: *estilo de vida de los jóvenes en Colombia*. Abril 2014. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de: <https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-340716.html>
- Valls-Llobet C., Banqué M., Fuentes M., Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39(1), abril 2008:9-22

Vera Gamboa, Ligia. «Historia de la Sexualidad.» Revista Biomed. Historia de la medicina 9, n° 2, abril-Junio (1998): 116-121.

Valenzuela P, Romina, Contreras G, Yolanda, & Manriquez S, Karen. (2014). Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(2), 92-101. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200005>.

Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, adaptation, and preliminary validation of the female sexual function index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav*. 2017;1-14. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>

World Association for Sexual Health. Salud para el Milenio: declaración y documento técnico.

Biblioteca                      Sede                      OPS,                      2009.                      En

[http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/49\\_file1.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/49_file1.pdf)