



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS  
DR. IGNACIO CHÁVEZ

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR N° 80

**ERIK ISAAC AGUILAR ÁNZAR**  
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA FAMILIAR**

SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA Y SU RELACIÓN  
CON LA DINÁMICA FAMILIAR

DIRECTOR:

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS  
MAESTRIA EN EDUCACIÓN MÉDICA Y ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS

CO-ASESOR:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO  
ANALISTA COORDINADOR "A"  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN

Morelia, Michoacán. Marzo 2010.

---

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

ERIK ISAAC AGUILAR ÁNZAR.

MÉDICO RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80, IMSS.

ASESOR:

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA.

ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Y MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS.

CO-ASESOR:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO.

ANALISTA COORDINADOR "A".

CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN.

---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Dr. Luis Estrada Salazar.

Coordinador Delegacional de Educación en Salud.

Dr. Benigno Figueroa Núñez.

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud.

Dra. Oliva Mejía Rodríguez.

Coordinadora Clínica de Educación Investigación en Salud.

Dra. Leticia Duarte Pedraza.

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar.

---



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO.

DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ".

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS.

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ".

---

---

AGRADECIMIENTOS.

A MIS ASESORES:

Dra. Leticia Duarte Pedraza.

Dr. Rafael Villa Barajas.

Matemático. Carlos Gómez Alonso.

Residente de Medicina Familiar: Rosa María Núñez Tapia.

Técnico Bibliotecario. Marisa Navarrete Orozco.

Por su apoyo, tiempo y profesionalismo para poder desarrollar mí trabajo de investigación.

---

---

## DEDICATORIA

A mí hija Adelita y mí madre Adela (finadas), que fueron el motivo de seguir adelante.

A mí esposa Beatriz Faviola, por su apoyo incondicional, comprensión, amor, sacrificio y ser la luz de mí vida.

A mí padre Isaac, por enseñarme a ser un hombre de bien, libre, de servir al prójimo, de amar a mi familia, de conseguir el pan con trabajo honesto.

A mis hermanos Édgar, Yuritzi y Ángeles, por su apoyo moral.

A mis familiares por su apoyo incondicional y su amor.

A mis amigos, compañeros y pacientes que contribuyeron con su apoyo.

---

## ÍNDICE

NÚMERO	CONTENIDO	PÁGINAS
I	Resumen.....	2
II	Abstract.....	3
III	Abreviaturas y glosario.....	4
IV	Relación de cuadros y figuras.....	8
V	Introducción.....	9
VI	Antecedentes.....	11
VII	Planteamiento del problema.....	21
VIII	Justificación.....	22
IX	Objetivos.....	23
X	Material y métodos.....	24
XI	Resultados.....	30
XII	Discusión.....	44
XIII	Conclusiones.....	47
XIV	Sugerencias.....	48
XV	Referencias bibliográficas.....	49
XVI	Anexos.....	52

## I. RESUMEN.

Satisfacción sexual femenina y su relación con la dinámica familiar.

### ANTECEDENTES.

La disfunción sexual femenina es un problema multifactorial, con componentes biológicos y sociales, con escasa investigación en el área de la función familiar, con una frecuencia importante en la población femenina.

### OBJETIVOS.

Identificar y conocer la relación entre disfunción sexual femenina en áreas de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y función familiar en el área de cohesión y adaptabilidad; su relación con patología cérvico-vaginal como las características sexuales en los grupos de edad reproductiva, y educación en la población adscrita a la UMF No. 80 de Morelia, Michoacán.

### MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional, descriptivo y transversal, se aplicó el "Índice de Función Sexual Femenina" (FSFI), donde se evalúan seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), FACES III se evalúan (Cohesión y Adaptabilidad) y toma de exudado cérvico-vaginal. Se utilizó estadística descriptiva, los resultados se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar. Para variables discretas: frecuencias y porcentajes, para análisis de variables categóricas. La fiabilidad del instrumento con alfa de Cronbach tanto en la totalidad del instrumento, como en cada uno de los dominios estudiados y se reconfirmó mediante el método de mitades (Spearman Brown).

### RESULTADOS.

Participaron 32 mujeres en edad fértil. La edad fue de  $29\pm 9$ , casadas 75%(25), unión libre 25%(7), el nivel de escolaridad fue de: primaria 15.6%(5). Secundaria 46.9%(15) y preparatoria 37.5%(12), se encontró en el nivel de primaria con falla en todos los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor (disfunción sexual), y una relación directa con la presencia de patología infecciosa cérvico-vaginal (cándida), pero sin afectar la función familiar.

### PALABRAS CLAVES.

Índice de función sexual femenina, función familiar, patología cérvico-vaginal.

## II. ABSTRACT.

Female sexual satisfaction and its relation to family dynamics.

### BACKGROUND.

Female sexual dysfunction is a multifactorial problem, with biological and social components, with little research in the area of family function, with a significant frequency in the female population.

### OBJECTIVES.

Identify and understand the relationship between female sexual dysfunction in areas of desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and family function in the area of cohesion and adaptability, its relation to vaginal and cervical pathology sexual characteristics in the reproductive age groups and education in the population assigned to the FMU No. 80, Morelia, Michoacan.

### MATERIAL AND METHODS.

Observational, descriptive and transversal applied the "Female Sexual Function Index (FSFI), which evaluates six domains (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain), FACES III assesses (Cohesion and Adaptability) and making cervical scrapes. Descriptive statistics were used, the results were expressed as mean  $\pm$  standard deviation. For discrete variables: frequencies and percentages for categorical variables analysis. The reliability of the instrument with Cronbach alpha of both the whole instrument, as in each of the domains studied and was reconfirmed by the method of halves (Spearman Brown).

### RESULTS.

Participants 32 women of childbearing age. The age was  $29 \pm 9$  years, married 75% (25), common-25% (7), level of education was: primary 15.6% (5). Secondary 46.9% (15) and high 37.5% (12), was found at the primary level of failure in all domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, pain (sexual dysfunction), and a direct relationship with the presence of infectious disease-based cervical (yeast), but without affecting the family function.

### KEYWORDS.

Female sexual function index, family function, cervicovaginal pathology.

### III. Abreviaturas y glosario.

ANOVA	Análisis de varianza.
APA	Asociación Americana de Psiquiatría.
CIE-10	Catálogo Internacional de enfermedades.
D	Dispareunia.
DS	Disfunción sexual.
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
FACES III	Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar.
FC	Frecuencia Cardíaca.
FR	Frecuencia Respiratoria.
FSFI	Índice de Función Sexual Femenina.
N	Población Finita.
n	Tamaño de Muestra.
OMS	Organización Mundial De La Salud.
PA	Presión Arterial.
SPSS	Software estadístico para Ciencias Sociales.
UMF	Unidad de Medicina Familiar.
RSH	Respuesta sexual humana.
VB	Vaginosis Bacteriana.
V	Vaginismo.

Conceptos básicos de sexo, sexualidad y salud sexual.

## SEXO.

El término “sexo”. Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

## SEXUALIDAD.

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

## SALUD SEXUAL.

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Aversión. (Del lat. Aversio,-onis).1.Rechazo o repugnancia a alguien o algo.

Coito. (Del lat. Desidium).1.Cópula sexual.

Deseo. (Del lat. desidium). 1. Movimiento afectivo hacia algo que se apetece. 2. Acción y efecto de desear. 3. Objeto de deseo. 4. Impulso, excitación venérea.

Describir. (Del lat. desidium).1. Delinear, dibujar, figurar algo, representándolo de modo que de cabal idea de ello. 2. Representar a alguien o algo por medio del lenguaje, refiriendo o explicando sus distintas partes, cualidades o circunstancias. 3. Definir imperfectamente algo, no por sus predicados esenciales, sino dando una idea general de sus partes o propiedades.

Disfunción. (Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde. 2. Alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica.

Dolor. (Del lat. dolor, -oris).1. Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. 2. Sentimiento de pena y congoja.

Estrés. (Del ingl. Stress). 1. Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Excitación. (Del lat. excitatio,-onis).1. Acción y efecto de excitar.

Excitar. (Del lat. excitare).1.Provocar o estimular un sentimiento o pasión. 2. Provocar entusiasmo, enojo o alegría. 3. Producir nerviosismo o impaciencia.4. Despertar deseo sexual.

Lubricación. 1. Acción y efecto de lubricar.

Lubricar. (Del lat. lubricare).1. Hacer resbaladizo algo.

Observacional. 1. Fundado en la observación.

Observar. (Del lat. observare).1. Examinar atentamente. 2. Guardar y cumplir exactamente lo que se manda y ordena. 3. Advertir, reparar. 4. Mirar con atención y recato, atisbar.

Orgasmo. (Del gr.).1. Culminación del placer sexual .2. Exaltación de la vitalidad de un órgano.3. Punto álgido de la excitación sexual (clímax).

Patología. (De pato-y-logia).1. Parte de la medicina que estudia las enfermedades.

Satisfacción. (Del lat. satisfactio,-onis). 1. Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse.2. Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.3. Presunción, vanagloria.4. Confianza o seguridad del ánimo.5. Cumplimiento del deseo o del gusto.

Sexual. (Del lat. sexuales).1. Pertenciente o relativo al sexo.

Sexo. (Del lat. sexus).1. Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas.2. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Órganos sexuales.

Transversal. 1. Que se halla o extiende atravesado de un lado a otro. 2. Que se aparta o desvía de la dirección principal o recta.3.que se cruza en dirección perpendicular con aquello que se trata.

## IV. Relación de Cuadros y figuras.

Cuadro I	Puntaje de Alfa de Cronbach y Spearman Brown por cada uno de los dominios del instrumento IFSF.....	Pagina 31
Cuadro II	Puntaje de Alfa de Cronbach y Spearman Brown por cada uno de los dominios del instrumento FACES III.....	32
Cuadro III	ANOVA por escolaridad en sus dominios de IFSF Y FACES III.....	35
Cuadro IV	t-Student de los instrumentos IFSF Y FACES III.....	37
Cuadro V	Chi Cuadrada de exudado cérvico vaginal en relación de los dominios de los instrumentos.....	42
Cuadro VI	Relación del exudado cérvico vaginal con la escolaridad.....	43
Figura 1	Porcentaje por escolaridad de las derechohabientes.....	30
Figura 2	Puntaje de escolaridad de acuerdo a los dominios del instrumento IFSF.....	33
Figura 3	Relación del FACES III de acuerdo al estado civil de las participantes.....	39
Figura 4	Diagrama de dispersión de puntos de acuerdo al estado civil.	40
Figura 5	Diagrama de puntos para escolaridad.....	41

## V. INTRODUCCIÓN.

La familia funciona como un sistema dinámico, en que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir expectativas y objetivos comunes, es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la sexualidad en la pareja y funcionalidad familiar.

Si dispusiéramos de una mejor preparación para el matrimonio y una mayor conciencia de las expectativas y necesidades de pareja, tal vez habría menos conflictos ó estos serían menos graves y se evitarían muchos fracasos, pues en muchos casos el problema se arraiga en la fantasía y la irrealidad que rodean a la búsqueda y elección de una pareja ideal en vez de una real.

En nuestros días, agitados, llenos de prisa y en los que falta tiempo para todo, es común que la relación coital se convierta en una especie de ritual que se practica algunas veces por semana, por quincena o incluso por mes. Se presenta como un desahogo físico, generalmente al final del día, cuando la fatiga y tensión nos invitan sobre todo al sueño reparador y a estar listos para iniciar una nueva jornada, no hay nada más nocivo y decepcionante en la vida de una pareja que esta actitud mecánica y apresurada.

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y se conjugan aspectos biológicos, entre los cuales se incluye la respuesta genital, la ciclicidad hormonal y la procreación, con factores psicológicos sean estos anímicos, emocionales, afectivos, a los cuales se suma el tema socio-cultural, que son las ideas y actitudes regidas por valores éticos, morales y que moldeadas por nuestra familia, regulan nuestra conducta sexual.

La sexualidad femenina es compleja e integra en un todo, lo físico, corporal, emocional y afectivo, cuando una mujer comparte su cuerpo con un hombre, generalmente lo hace por que está ligada afectivamente con él y no solamente por obtener placer físico.

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

La conducta sexual y las actitudes hacia ésta, están determinadas culturalmente y la tradición ha fomentado y conformado patrón más rígido para las mujeres que para los hombres.

## VI. ANTECEDENTES.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra mientras exista nuestra especie. Es la unidad social básica y como tal, es en ella que se originan diversas situaciones, acuerdos, desacuerdos y problemas con sus ajustes para conservar el equilibrio. Se concibe como un microcosmos que se puede estudiar en situaciones críticas tales como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para Comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos.<sup>1</sup>

La familia como sistema se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria. En dicha composición tenemos al subsistema conyugal, paterno-filial y subsistema fraternal. Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas y se refiere a la Composición: nuclear, extensa o compuesta, el Desarrollo tradicional o moderno, la Demografía: urbana, suburbana o rural, la Ocupación: campesino, empleado o profesionista.

Por su Integración: integrada, semi-integrada o desintegrada, pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es mas que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.<sup>2</sup>

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar y la función familiar, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en

México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado. Se establece que en las familias funcionales se mantiene una comunicación adecuada.<sup>3</sup>

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. Los fundamentos, el desarrollo y la evolución, la fiabilidad y la validez de FACES III en los países de habla inglesa han sido extensamente expuestos, analizados y discutidos. No se encontraron antecedentes publicados de FACES III en el idioma español usado en México ni en otros países latinoamericanos.<sup>4</sup>

En recientes publicaciones se mencionan en proceso de validación otros instrumentos europeos llamados FACES IV y el instrumento ENRICH, que tienen como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia, principalmente cohesión, flexibilidad y comunicación. La dimensión cohesión es definida como los lazos familiares que los miembros de la familia tienen entre sí.

Se consideran cuatro niveles de cohesión; desligado, separado, conectado y fusionado. Según Olson (2006) los sistemas que están en niveles balanceados de cohesión (separado y conectado) tendrán un óptimo funcionamiento familiar. Sin embargo, los extremos o niveles no balanceados tendrán en general relaciones problemáticas. La dimensión flexibilidad es definida como la capacidad de cambio en el liderazgo familiar, los roles y las reglas del sistema. Se consideran cuatro niveles de adaptabilidad: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La hipótesis que maneja Olson (2006), es que los niveles balanceados de flexibilidad (estructurado y flexible) son más funcionales que los extremos (rígidos o caóticos). Esto se debería a que las familias necesitan tanto de la estabilidad como de la capacidad de cambio para poder ser funcionales.

La tercera dimensión, la comunicación, se considera como una dimensión facilitadora. Se define como destrezas de comunicación utilizadas en la pareja o el sistema familiar. Es considerada fundamental para facilitar el movimiento en las otras dos dimensiones: cohesión y flexibilidad. La hipótesis principal del Modelo Circunflejo es que las parejas y familias balanceadas funcionarán en general de manera mas adecuada que las parejas y familias no balanceadas. A lo largo de los años se han ido realizando distintas versiones de este instrumento superando cada versión las limitaciones de las anteriores.<sup>5</sup>

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas así como fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.<sup>6</sup>

La salud sexual puede establecerse de manera individual, como social, y se mencionan comportamientos concretos que caracterizan a la persona sexualmente sana. Estos se presentan en la lista denominada "Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano de acuerdo al comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano que emite el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS).

Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.

- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, auto exámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Y de acuerdo a la Declaración de los derechos sexuales de la Asociación mundial de Sexología donde se mencionan:

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.
- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.
- El derecho a la atención de la salud sexual.<sup>7</sup>

La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende, está determinada por costumbres, tradiciones y valores y ella, a su vez, repercute en estos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.<sup>8</sup>

Las disfunciones sexuales son un grupo de condiciones que afectan la calidad de vida sexual y por ende la salud sexual y la salud general del individuo, de la pareja y de la comunidad que tienen como elemento común la afectación de alguno o varios de los procesos típicos de la respuesta fisiológica erótica, también llamada respuesta sexual humana.

Para que una condición de mal funcionamiento sea considerada una disfunción se requiere además de que esta ocurra, que lo haga de manera persistente o recurrente. Cuando en una ocasión aislada se presenta un problema de funcionamiento sexual este no es considerado una disfunción hasta que este aparece de manera repetida o con patrones de aparición y desaparición.

Las disfunciones sexuales se refieren específicamente y exclusivamente a la dimensión erótica de la sexualidad. Existen otras condiciones clínicas que producen problemática sexual y que afectan la calidad de vida pero que no lo hacen a través de la afectación a la potencialidad erótica del individuo, convencionalmente, esas otras situaciones clínicas no reciben el nombre de disfunciones sexuales. Este nombre, como se anota, está reservado para los procesos que afectan la calidad de la vida erótica.

Adicionalmente, las disfunciones sexuales no son enfermedades propiamente dichas. Más bien, se caracterizan por tener una variedad de causas muy amplia, y por ser una variedad de problemas algunos con similitudes y características compartidas, y otros con muy diversa naturaleza, por este motivo, las disfunciones sexuales se caracterizan mejor si son entendidas como síndromes clínicos y no como enfermedades.

Las disfunciones sexuales se caracterizan por ser problemas recurrentes y persistentes (deben presentarse por lo menos durante 3 meses continuos para considerarla disfunción), ser problemas de naturaleza erótica y son problemas que se presentan como síndromes clínicos. Son indeseables para las mujeres y ocasionan incomodidad personal (del inglés personal discomfort). Los terapeutas más distinguidos del mundo Masters y Johnson, Helen Kaplan, Hartman y Fithian, y Mc Carthy, y Cols. Clasifican las disfunciones sexuales: frigidez, vaginismo que entran en la dispareunia y actualmente se usa la terminología de Kaplan 1. Estado refractario femenino también llamado disfunción sexual general, 2. Disfunción orgásmica y 3. Vaginismo, como disfunción sexual en la mujer.

La dispareunia se define como el dolor persistente o recurrente antes, durante o posterior a la penetración vaginal o el intento de ella. Esta es un problema sexual que puede presentarse por diferentes causas, por lo mismo sabemos que se presenta entre el 3% y el 43% de las mujeres. Es importante comentar que las variaciones de porcentaje se deben a los diversos estudios y metodologías utilizadas. La mayor parte de estudios encuentran que la prevalencia es de alrededor de 20% de las mujeres.

Esta disfunción frecuentemente se presenta asociada a los problemas de excitación sexual porque las deficiencias en la lubricación vaginal se pueden traducir fácilmente en dolor ante el intento o la realización de la penetración.

La dispareunia se asocia con diversos problemas, la mayor parte de ellos son ginecológicos, algunos provocados por infecciones, otros por alteraciones hormonales y por conflictos psicológicos (vergüenza, homosexualidad, culpabilidad, y temor, apatía a su pareja.<sup>9</sup>

Un problema nuevo que emerge en la actualidad es que las mujeres están cambiando aceleradamente, y la gran mayoría de varones no sólo ha quedado en una misma etapa sino que ni siquiera logra darse cuenta del desarrollo y crecimiento de las mujeres.

En Indoamérica, revolución sexual y revolución de la conciencia parece que connotan significaciones contrarias para mujeres y hombres, hecho preocupante dado que la heterosexualidad es una de las orientaciones más generalizadas.

Es aquí, en esta vivencia tan precisa de la heterosexualidad donde se ponen de manifiesto las reales diferencias hombre-mujer, cuyas formas de responder evidencian los guiones asignados y asumidos tradicionalmente en los cuales parece que la ternura se halla errática y el compromiso amoroso oculto e inasible. Afortunadamente los pecados sexuales van desapareciendo de nuestro ámbito gracias a los aportes de la sexología, el feminismo y el humanismo, abriéndose a una tendencia cada vez más fuerte hacia la libre expresión del erotismo, la revisión de valores insanos y la mujer poseedora de derechos sexuales.<sup>10</sup>

La vaginosis bacteriana (VB), la tricomoniasis y la candidiasis son posiblemente los padecimientos ginecológicos más frecuentes, esta se caracteriza por la sustitución de los lactobacilos por *Gardnerella vaginalis*, asociación que se debe con frecuencia a anaerobios, como *Bacteroides* spp y *Mobiluncus* spp.

Este padecimiento se manifiesta por flujo, comezón, mal olor, pH elevado, olor de aminas en la prueba de KOH. Cerca de 50% de las pacientes con VB pueden permanecer temporalmente asintomáticas.

Aunque los estudios de VB datan de hace 40 años su conocimiento sigue siendo confuso, debido a que han existido cambios de nomenclatura del principal microorganismo causante, la *G vaginalis*, a que los criterios clínicos de la enfermedad no son muy específicos y porque este padecimiento continúa siendo subdiagnosticado.

La frecuencia de VB en la población mundial varía entre 16 y 26%. La vaginitis por *Cándida spp*, caracterizada por ardor, comezón, flujo, inflamación de la vagina, es frecuente en la mujer. El principal agente etiológico de la candidiasis vaginal y de otras infecciones ginecológicas como la peritonitis pélvica es *C.álbicans*. En población mexicana 60% de 234 pacientes tuvieron cultivos positivos para *C.álbicans* y 40% para *Cándida spp*.<sup>11</sup>

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros. En el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional.<sup>12</sup>

Uno de los factores de mayor importancia es el del tiempo que se destine a la relación sexual, en nuestros días, agitados, llenos de prisa y en los que falta tiempo para todo, es común que la relación coital se convierta en una especie de ritual que se practica algunas veces por semana, por quincena o incluso por mes, se presenta como un desahogo físico, generalmente al final del día, cuando la fatiga y tensión nos invitan sobre todo al sueño reparador y a estar listos para iniciar una nueva jornada, no hay nada más nocivo y decepcionante en la vida de una pareja que esta actitud mecánica y apresurada.<sup>13</sup>

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y se conjugan aspectos biológicos, entre los cuales se incluye la respuesta genital, la ciclicidad hormonal y la procreación, con factores psicológicos sean estos anímicos, emocionales, afectivos, a los cuales se suma el tema socio-cultural, que son las ideas y actitudes regidas por valores éticos, morales y que moldeadas por nuestra familia, regulan nuestra conducta sexual.

La sexualidad femenina es compleja e íntegra en un todo, lo físico, corporal, emocional y afectivo. Cuando una mujer comparte su cuerpo con un hombre, generalmente lo hace por que está ligada a afectivamente con él y no solamente

por obtener placer físico. En un estudio reciente esta descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, y afecta principalmente el deseo y la excitación.<sup>14</sup>

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana.<sup>15, 16</sup>

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual; con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual.<sup>17</sup>

La sexualidad conceptualmente compromete procesos psicológicos y orgánicos; sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción.<sup>18</sup>

Rosen y cols, desarrolló un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad, lo denominó "Índice de Función Sexual Femenina" y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina.<sup>19</sup>

En cuanto a la vivencia de la relación sexual coital, la mujer se estimula poco visualmente (a diferencia del hombre) y predominantemente en forma auditiva y quinestésica, ella se excita muy lentamente y en un marco de cariño, delicadeza,

---

suavidad, caricias y palabras cariñosas, si bien existen zonas erógenas cuya estimulación provoca altas dosis de placer, el apuro, la exigencia masculina de una penetración rápida sin preparación previa, provoca insatisfacción, el estilo de vida moderno acelerado y competitivo, dietas poco sanas, exceso de roles, alta auto exigencia, situaciones de stress, depresiones, adicciones, son los mayores enemigos de una sexualidad femenina sana y gratificante.<sup>20</sup>

## VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la sexualidad en la pareja, a veces motivados por la insatisfacción femenina relacionada a múltiples factores y efectos en la funcionalidad familiar, sin tener en cuenta que puede ser la causa una disfunción familiar, y con poca investigación en nuestro medio social y médico. De ahí la importancia de identificar y conocer la relación entre disfunción sexual femenina y la funcionalidad familiar.

### PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el grado de satisfacción sexual femenina, su relación con la patología cérvico-vaginal y la función familiar en usuarias de la UMF 80?

## VIII. JUSTIFICACIÓN.

No hace muchos años, se consideraba que el hecho de una pareja se uniera en matrimonio constituía un vínculo indisoluble y perdurable, hoy día tanto la ley como las religiones así lo consideran, pero la observación de la realidad nos indica que cada día aumentan más los divorcios.

Muy probablemente secundarios a disfuncionalidad familiar e insatisfacción sexual. Este fenómeno no es exclusivo de los países ricos, puesto que también se manifiestan en países como en México.

La sexualidad de pareja se deteriora por la vida moderna, que engloba múltiples detalles, que originan la disfunción sexual de la pareja, y la poca o nula satisfacción femenina en su vida conyugal íntima, derivándose efectos sobre la función familiar. Ya sea en forma particular o institucional, la inquietud responsable de otorgar y preservar una relación de pareja y una relación sexual satisfactoria con la incertidumbre de la funcionalidad familiar.

## IX. OBJETIVOS.

### GENERAL:

- Conocer la relación entre índice de función sexual femenina, patología cérvico-vaginal y la funcionalidad familiar de la UMF No.80.

### ESPECÍFICOS:

- Identificar el índice de función sexual femenina (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor).
- Identificar disfuncionalidad familiar.
- Conocer la edad, estado civil, escolaridad.
- Identificar y conocer si existe patología infecciosa cérvico-vaginal.

## X. MATERIAL Y MÉTODOS.

### TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, prospectivo, descriptivo, transversal y tipo encuesta.

### POBLACION DE ESTUDIO:

Derechohabientes del género femenino de 20 a 39 años de edad de la consulta externa de la UMF. No. 80 del IMSS en Morelia, Michoacán. Mujeres dentro de ese rango de edad adscritas. En base al censo de Febrero 2009.

### TAMAÑO DE MUESTRA:

La población de mujeres de 20 a 39 años, aun adscritas a la UMF No.80 en 2009 fue de 25367, en base al censo de febrero 2009 y la fórmula para determinación de tamaño de muestra en población finita:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Donde:

$n$  Es el tamaño de la muestra a obtener.

$N$  Población finita ó número de casos.

$e$  Error de estimación que está en condiciones de aceptar.

Tomando esta cantidad como  $N = 25367$ .

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 20 % (0.20).

Sustituyendo en la fórmula (\*) queda:

$$n = \frac{25367}{1 + 25367(0.20)^2}$$

$$n = \frac{25367}{1 + 25367(0.04)}$$

$$n = \frac{25367}{1 + 1014.68}$$

$$n = \frac{25367}{1015.68}$$

$$n = 24.97$$

Por lo tanto se requieren de 25 pacientes aproximadamente.

#### TIPO DE MUESTREO:

No hubo muestreo aleatorio simple, por conveniencia se entrevistó aquellas derechohabientes que decidieron participar libremente, en la consulta externa y aulas de la UMF No. 80, respetando los criterios de selección, así como la confidencialidad de la información.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN.

##### INCLUSION:

- 1.- Mujeres entre 20 y 39 años con vida sexual activa.
- 2.- Derechohabientes de la UMF No.80 IMSS, Morelia Michoacán.
- 3.- Que se encuentren casadas o en unión libre.

##### NO INCLUSION:

- 1.- Mujeres sin vida sexual.
- 2.- Mujeres entre 20 a 39 años no derechohabientes, menores de 20 o mayores de 39 años.
- 3.- Mujeres solteras y embarazadas.
- 4.- Que padezcan patologías crónicas degenerativas.
- 5.- Mujeres que estén en tratamiento Psiquiátrico.
- 6.- Que no deseen participar.

##### ELIMINACION:

- 1.- Encuestas incompletas.

#### DESCRIPCION DE VARIABLES:

Independiente:

Funcionalidad familiar.

Dependientes:

Respuesta sexual humana del género femenino.

#### INTERDEPENDIENTES:

Edad, escolaridad, estado civil, patología cérvico-vaginal.

## METODOLOGIA.

El estudio se realizó en la UMF No 80, el investigador incluyó las pacientes de ambos turnos, acudió a la sala de espera de la consulta externa con la finalidad de realizar invitación a aquella mujer de 20 a 39 años, con vida sexual activa, en donde se abordó a las que reunían los criterios de selección, a participar de manera voluntaria, dando amplia orientación y firmaron la carta de consentimiento informado ( anexo1.) a las que aceptaron se les otorgó una cita a un consultorio ex profeso, o en las aulas de la UMF No 8,0 en donde se llenó el cuestionario de índice de función sexual femenina (anexo 2), se les dieron instrucciones: estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas, por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible, se les solicitó un exudado vaginal y se anexó con el instrumento (IFSF), para evaluar si hay una relación con alguna patología cérvico-vaginal, sus respuestas fueron mantenidas completamente confidenciales.

Posteriormente contestarán el cuestionario de FACES III (anexo 3).

A las mujeres que a través de los instrumentos reflejen disfunción familiar y/o sexual fueron derivadas para atención integral con su médico familiar y al servicio de psicología de la unidad en su caso necesario.

## ANALISIS ESTADISTICO.

Para las variables continuas se utilizó estadística descriptiva, los resultados se expresan como media  $\pm$  desviación.

Para las variables discretas: frecuencias y porcentajes y para asociación de variables categóricas, el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado.

La fiabilidad de los instrumentos se midió de manera global con Alfa de Cronbach y por método de mitades Spearman Brown, tanto en la totalidad de los instrumentos, como en cada uno de los dominios que se estudiaron.

Se utilizó para el procesamiento de datos el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 15.0 para Windows.

Las cifras estadísticamente significativas son cuando  $P\_valor < 0.05$ .

## EQUIPO Y RECURSOS.

- Investigador.
- Herramienta dos set de aplicación por participante tomado en fotocopias y copia de resultado de exudado cérvico-vaginal de laboratorio con número de folio.
- PC personal para recolección de datos y análisis.
- Aplicación estadística en SPSS 15 Windows.
- Áreas de la UMF No. 80 IMSS Morelia, Michoacán.

## CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la asociación médica mundial de Helsinki (1964) con los modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983, Hong Kong (1989, Somerset West (1996) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación Biomédica en Sujetos Humanos de la OMS.

Por lo que apegado a los documentos previos se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos de esta investigación y durante el transcurso de esta, se contemplaron las normas del reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud.- Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, capítulo I, artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100,102.

Por lo que los participantes no sufrieron daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación, y en caso de ser publicados los resultados se mantendrá el anonimato.

En todo momento se cuidó la relación participante/investigador, con respeto y cordialidad.

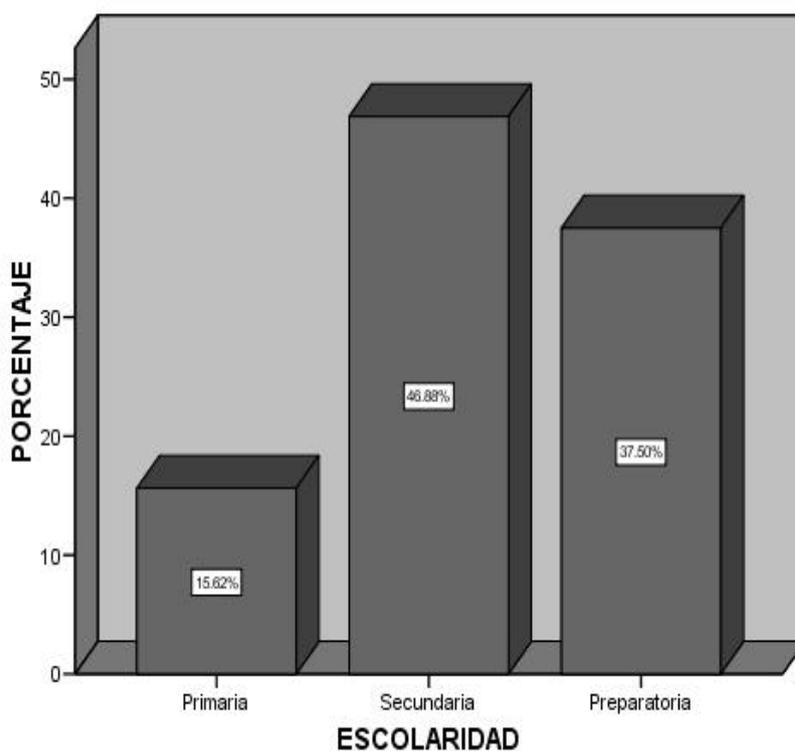
Se evitó la influencia del investigador en las respuestas de cada participante en el estudio para no sesgar los resultados.

## XI. RESULTADOS.

### Características generales.

Participaron 32 mujeres. En total el 100% de la muestra niega patología alguna. Todas son usuarias de un método de planificación familiar. La edad en años cumplidos fue de  $29.84 \pm 6$ , con una moda de 30 años. Por su escolaridad; cursaron preparatoria 12(37.5%) secundaria 15 (46.9%), y primaria completa 5(15.6%), se muestra en la figura 1.

### ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES



Fuente: primaria.

Figura 1. Porcentaje por escolaridad de las derechohabientes.

El IFSF, aportó un valor de fiabilidad global mediante el Alfa de Cronbach, de 0.882 y se reconfirmó mediante el método de mitades Spearman-Brow, con un valor de 0.802, como se puede observar entre estos dos valores hay una confiabilidad buena, sólo que hay que advertir que únicamente en el dominio de lubricación estos valores no fueron tan buenos, ya que el Alfa de Cronbach, aquí dio un valor no esperado, 0.470 cuando todo el resto de los dominios dio por arriba de 0.8. (Cuadro I)

Cuadro I. Puntaje del Alfa de Cronbach y Spearman Brown por cada uno de los dominios del instrumento.

Fiabilidad del instrumento IFSF.

Dominio.	Preguntas.	N.	Alfa de Cronbach.	S-B mitades.
Deseo.	1 – 2	2	0.911	-----
Excitación.	3 – 6	4	0.970	0.979
Lubricación.	7 – 10	4	0.470	0.364
Orgasmo.	11 – 13	3	0.928	0.948
Satisfacción.	14 – 16	3	0.993	0.991
Dolor.	17 – 19	3	0.857	0.921
General.	1 – 19	19	0.882	0.802

Por lo que se considera confiabilidad buena, se muestra que es un instrumento útil y confiable, sólo que hay que advertir que únicamente en el dominio de lubricación estos valores no fueron tan buenos, ya que el Alfa de Cronbach, aquí dio un valor no esperado, 0.470 cuando todo el resto de los dominios dio por arriba de 0.8.

En lo que respecta en el segundo instrumento FACES III, el valor global fue de 0.977 y la reconfirmación de 0.994, aquí el dominio que resultó con un valor de fiabilidad bajo fue la adaptabilidad 0.523 y la reconfirmación 0.683, la cohesión alcanzó un valor bueno de fiabilidad. Por tanto ambos instrumentos son de utilidad. (Cuadro II).

Cuadro II. Puntaje del Alfa de Cronbach y Spearman Brown por cada uno de los dominios del instrumento.

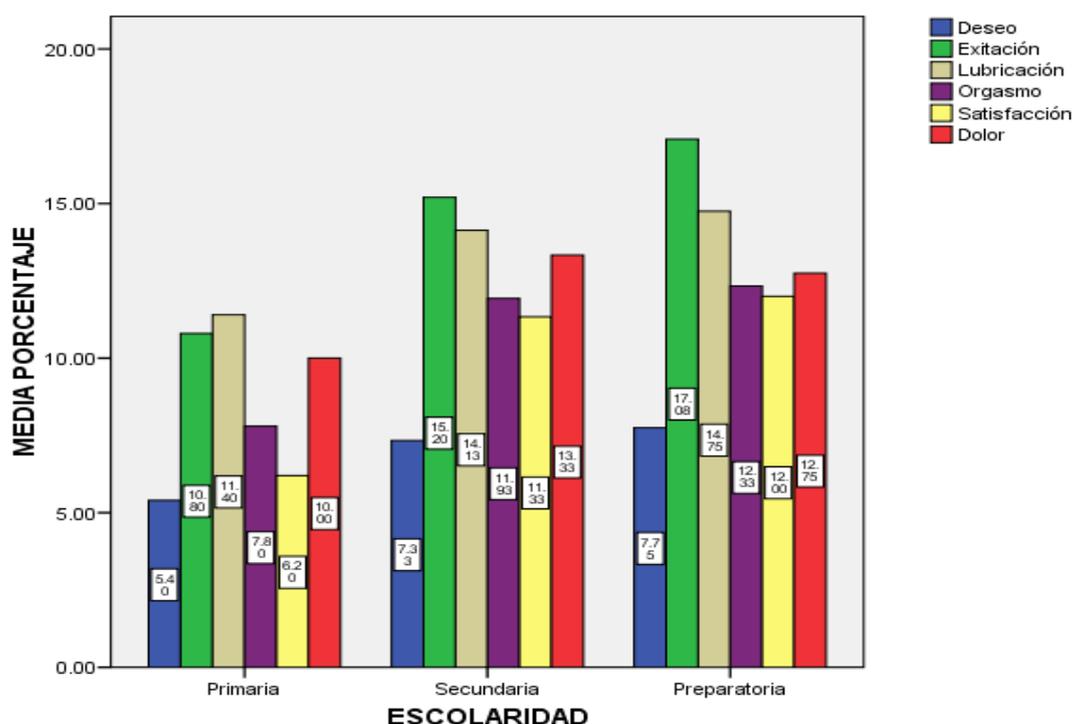
Fiabilidad del instrumento FACES III.

Dominio.	Preguntas.	N	Alfa de Cronbach.	S-B mitades.
Cohesión.	1,3,5,7,9,11,13,15,17,19.	10	0.909	0.914
Adaptabilidad.	2,4,6,8,10,12,14,16,18,20.	10	0.523	0.683
General.	1 – 20	20	0.977	0.994

Aquí el dominio que resultó con un valor de fiabilidad bajo fue la adaptabilidad 0.523y la reconfirmación 0.683, la cohesión alcanzó un valor bueno de fiabilidad. Por tanto ambos instrumentos dieron buena confianza.

El análisis por grado escolar y los dominios del instrumento que explora la satisfacción sexual se muestra en la figura 2.

Relación de dominios que exploran la satisfacción sexual y escolaridad de las participantes.



Fuente: primaria

Figura 2. Escolaridad y los dominios de IFSS.

El puntaje de los diferentes dominios del IFSS se analizaron por la variable escolaridad, para ello se utilizó análisis de varianza de una vía (ANOVA), para comparar la distribución en los diferentes años de escolaridad de la presente muestra, observando que únicamente el dominio del deseo resultó ser muy homogéneo entre los diferentes grados académicos ( $F=2.834, gl=2, Sig=0.075$ ), el valor promedio más bajo fue de 5.4 para aquellos que cursaron la primaria, y de 7.75 el valor más alto para los que cursan preparatoria a pesar de esta diferencia no se encuentran cifras significativas estadísticamente hablando. En otras palabras, son parte de una variabilidad natural, cosa que no sucedió con el resto de los dominios.

Escolaridad por dominios de los instrumentos.

El siguiente dominio excitación nuevamente las personas que tienen nivel de preparatoria, obtienen mayor puntaje promedio 17.08, que las que tienen primaria 10.80, y el nivel secundaria con un puntaje intermedio 15.20, entre los anteriormente mencionados, como se puede observar la diferencia de estos promedios no es una variabilidad natural, ( $F=5.872, gl=2, Sig=0.007$ ).

En la lubricación persiste la tendencia de asociación en función del grado escolar, esto es que los de preparatoria presenta 14.75, en relación a los de primaria 11.40, nuevamente encontramos variabilidad no tan natural ( $F=4.498, gl=2, Sig=0.020$ ), a mayor grado escolar mayor puntaje de lubricación.

En la presentación de orgasmo continua elevado el grado de escolaridad, donde se presenta mayor puntaje promedio en preparatoria 12.33, en relación al puntaje promedio menor que fue primaria y presento 7.80, persiste la variabilidad no natural ( $F=5.045, gl=2, Sig=0.013$ ), a más grado escolar mayor puntaje promedio.

En la satisfacción, sigue constante la tendencia al más alto grado escolar, los de preparatoria presenta 12.00, en relación a los de primaria 6.2, continúan hallazgo relevante ( $F=4.661, gl=2, Sig=0.018$ ).

Al dolor se encontró relación con el grado escolar nuevamente, entre mayor puntaje promedio preparatoria presenta 12.75 a puntaje menor promedio, 10.00. (Cuadro III).

Cuadro III. ANOVA por escolaridad en sus dominios de IFSF Y FACES III.

DOMINIO	PRIMARIA N=5 X±E.E	SECUNDARIA N=15 X±E.E	PREPARATORIA N=12 X±E.E	F	SIG.
IFSF.					
DESEO.	5.4±0.92	7.33±0.54	7.75±0.42	2.834	0.075
EXCITACIÓN.	10.80±1.39	15.20±0.96	17.08±0.90	5.872	0.007
LUBRICACION.	11.40±1.20	14.13±0.56	14.75±0.50	4.498	0.020
ORGASMO.	7.80±1.15	11.93±0.70	12.33±0.85	5.045	0.013
SATISFACCION.	6.20±1.82	11.33±0.93	12.00±1.04	4.661	0.018
DOLOR.	10.00±1.26	13.33±0.49	12.75±0.71	4.031	0.029
FACES III.					
COHESION.	28.00±5.07	33.33±2.157	34.25±8.14	0.944	0.401
ADAPTABILIDAD	18.80±1.65	18.07±1.07	19.67±1.19	0.509	0.606

t - Student de los instrumentos.

En el dominio del deseo el mayor puntaje promedio fue para el grupo en edad reproductiva y el menor puntaje para el grupo con riesgo reproductivo, el hallazgo es una cifra estadísticamente significativa ( $T=2.669$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.012$ ).

En el dominio de excitación el mayor puntaje promedio fue para el grupo en edad reproductiva y el menor puntaje para el grupo con riesgo reproductivo, también con un resultado relevante ( $T=2.552$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.016$ ).

En el dominio de lubricación presenta puntaje promedio mayor en edad reproductiva y puntaje promedio menor en edad reproductiva con riesgo, presentando un importante dato estadístico ( $T=2.470$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.019$ ).

En el dominio de orgasmo presenta un mayor puntaje promedio en el grupo de edad reproductiva y menor puntaje promedio en el grupo de edad reproductiva en riesgo, con un resultado significativo ( $T=3.078$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.004$ ).

En el dominio de satisfacción se presenta un mayor puntaje promedio en el grupo de edad reproductiva y menor puntaje promedio en el grupo de edad reproductiva en riesgo, destacando ( $T=2.887$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.007$ ).

En el dominio de dolor es relevante también que presenta mayor puntaje promedio en el grupo de edad reproductiva y menor puntaje promedio en edad reproductiva en riesgo, con significancia ( $T=2.518$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.017$ ).Cuadro IV

t- Student de los instrumentos.

Cuadro. IV

DOMINIO	MUJERES EDAD REPRODU CTIVA N=18 X±E.E	MUJERES EN RIESGO PRODUCTIVO N=14 X±E.E	t	Sig.
IFSF				
DESEO	1.86±0.43	1.76±0.47	2.669	0.012
EXCITACIÓN	3.62±0.85	3.65±0.95	2.552	0.096
LUBRICACION	1.98±0.46	2.41±0.64	2.470	0.019
ORGASMO	2.51±0.59	3.12±0.83	3.078	0.004
SATISFACCION	3.27±0.77	4.18±1.77	2.887	0.007
DOLOR	2.30±0.54	2.31±0.61	2.518	0.017
FACES III				
COHESION	6.87±1.62	10.50±2.80	1.313	0.199
ADAPTABILIDAD	4.08±0.96	4.01±1.07	0.785	0.438

En el estado civil se procedió a hacer un comparativo de estos dos grupos para todos los dominios, para ello se utilizó el estadístico de contraste T- Student, para muestras independientes, donde se observó lo siguiente: en el dominio del deseo se encuentra una variabilidad natural reflejada en el resultado, pero aun así inusual, ya que se presenta mayor puntaje promedio en el grupo de unión libre y menor puntaje en el grupo de casadas, ( $T=-1.232$ ,  $gl=30$ ,  $Sig.=.228$ ).

En el dominio de excitación presenta mayor puntaje promedio mayor en el grupo de unión libre nuevamente y menor puntaje en el grupo de casadas, persistiendo la tendencia a favor del primero ( $T = -1.728$ ,  $gl = 30$ ,  $Sig.=.094$ ).

En el dominio de lubricación presenta mayor puntaje promedio en el área de unión libre y menor puntaje promedio en el área de casadas, encontrándose la misma tendencia ( $T = -1.463$ ,  $gl = 14.260$ ,  $Sig.=.165$ ).

En el dominio de orgasmo el mayor puntaje promedio es en las derechohabientes en unión libre y el puntaje promedio menor es en el grupo de las derechohabientes casadas, corroborando el mismo resultado que los anteriores dominios ( $T = -1.515$ ,  $gl. = 30$ ,  $Sig.=.140$ ).

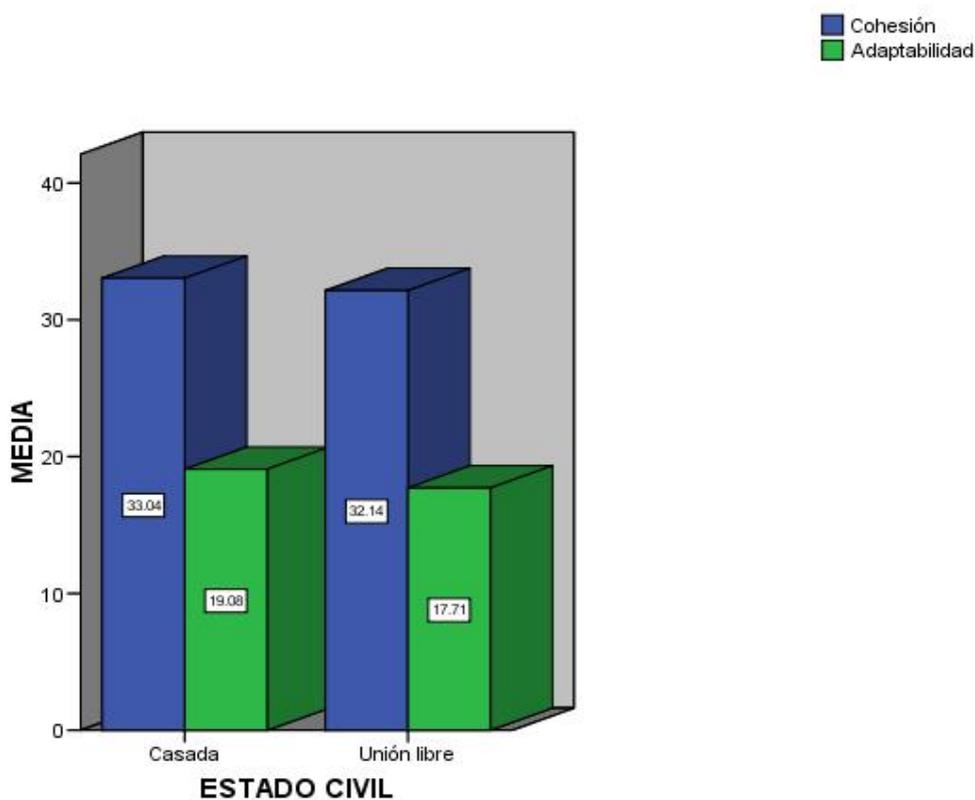
En el dominio de satisfacción hay nuevamente la presencia de puntaje promedio mayor en el grupo de mujeres en unión libre y puntaje promedio menor en el grupo de mujeres casadas, confirmándose el mismo resultado a favor de grupo en unión libre ( $T = -1.432$ ,  $gl. = 30$ ,  $Sig.=.163$ ).

En último dominio se sostiene la misma tendencia mayor puntaje promedio en el grupo de pacientes femeninas en unión libre y presencia de puntaje promedio menor en el grupo de pacientes femeninas casadas, y estableciéndose en todos los dominios el mayor puntaje en el grupo de unión libre ( $T = -.480$ ,  $gl. = 30$ ,  $Sig.=.634$ ).

Una vez concluido las asociaciones del IFSF, procedimos a tomar el instrumento de dinámica familiar FACES III, y establecimos contraste de sus dominio cohesión y adaptabilidad, por grupo de edad mediante el estadístico de contraste paramétrico t-Student.

El estado civil como variable de agrupación se contrasto en las derechohabientes casadas contra las de unión libre, las casadas obtiene mayor puntaje promedio tanto en cohesión como adaptabilidad 33.04 y 19.08 respectivamente, contra el grupo de unión libre que obtiene 32.14 y 17.71, esto es parte de una variabilidad natural para cohesión ( $T = .236$ ,  $gl. = 30$ ,  $Sig.=.815$ ), y para la adaptabilidad ( $T = .788$ ,  $gl. = 30$ ,  $Sig.=.437$ ).

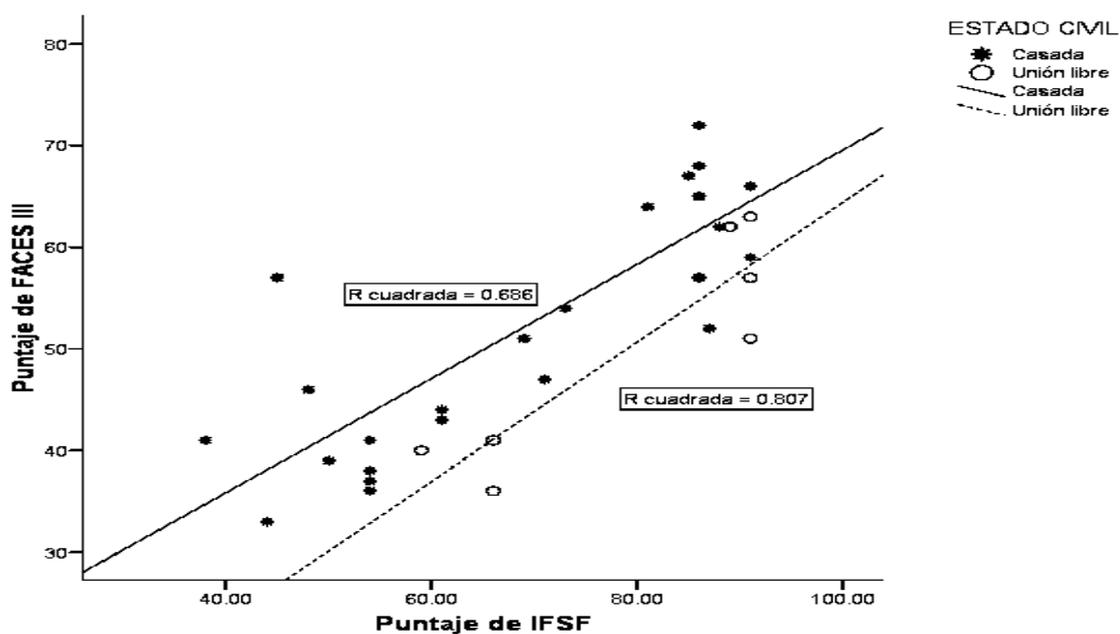
t - Student para estado civil.



Fuente: primaria.

Figura.3 Relación del FACES III de acuerdo al estado civil de las participantes.

## Relación de estado civil.

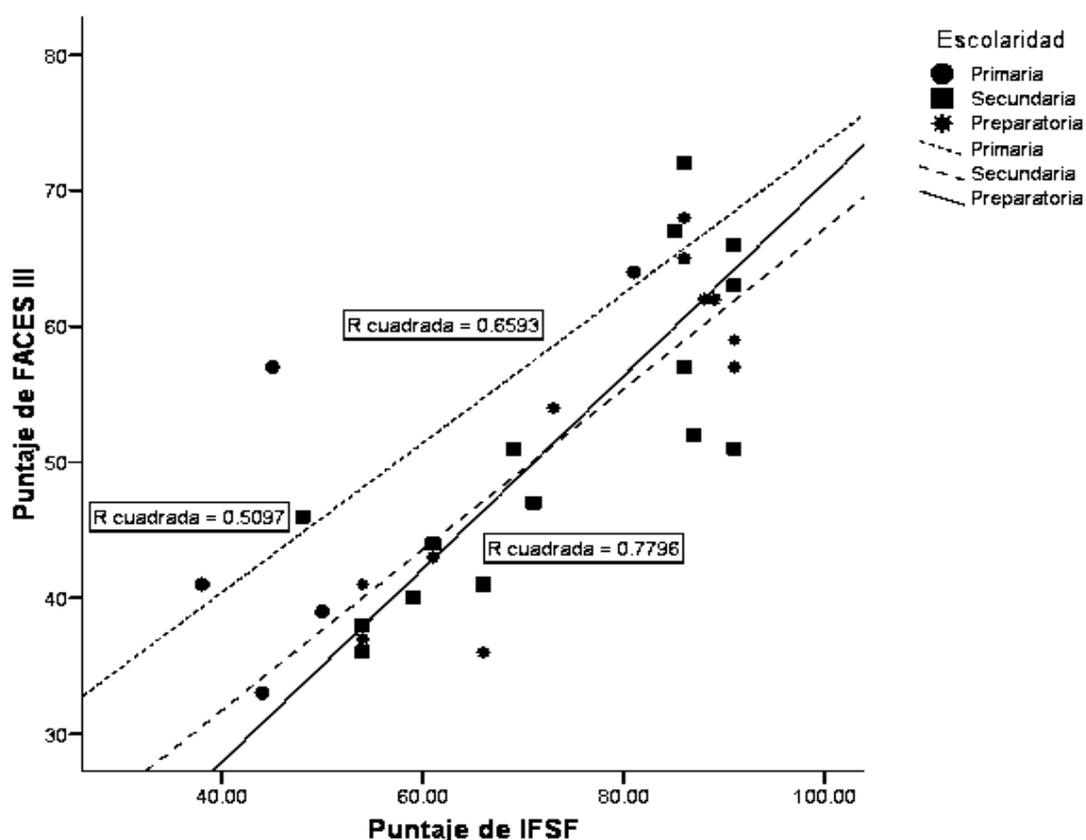


Fuente: primaria.

Figura.4 Diagrama de dispersión de puntos de acuerdo al estado civil.

Para observar la variabilidad en los diferentes niveles académicos se utilizó un análisis de varianza de una vía (ANOVA), para cada uno de los dominios. En la cohesión el mayor puntaje promedio fue para preparatoria con 34.25, seguido de secundaria 33.33, y primaria como menor puntaje promedio con 28.00, a pesar de la diferencia numérica, el comportamiento es muy homogéneo por el grado escolar. En la adaptabilidad el puntaje mayor promedio fue para el nivel de preparatoria con 19.67, en este la primaria sobresale en segundo lugar con 18.80, y al final el nivel de secundaria con 18.07; entonces nuevamente esto es parte de una variación natural, presentando fiabilidad para la cohesión ( $F=.944$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.401$ ) y para la adaptabilidad, ( $F=.509$ ,  $gl=2$ ,  $Sig=.606$ ). Otra variable de interés fue el estado civil, aquí las mujeres casadas obtienen en el coeficiente de correlación  $r = 0.828$ , en comparación con las que están en unión libre que tiene un coeficiente mayor,  $r = 0.898$ , esto determina que el porcentaje en este último grupo es de 80.07% de varianza compartida contra 68.6% de las casadas. A fin de cuentas el grupo de las mujeres casadas 25(78.1%) tiene un promedio de edad de  $31.48 \pm 1.13$  años, y  $24.00 \pm 0.90$  para las mujeres en unión libre.

## Relación de escolaridad.



Fuente: primaria.

Figura.5 Diagrama de puntos para escolaridad.

Para analizar la escolaridad en función de los dos instrumentos desde el punto de la correlación de Pearson, se elaboró un gráfico de dispersión de puntos para las tres categorías de la variable de escolaridad, en donde aquellos que tienen primaria 5(15.6%) su correlación entre el índice de función sexual femenina y la función familiar es de 0.714, Sig.=0.175, no significativa.

Las personas que han cursado secundaria 15 (46.9%), obtienen un coeficiente de 0.812, Sig.=0.000, entre la dinámica familiar y su índice de función sexual, y las de preparatoria 12(37.5%), finalmente con el coeficiente mayor 0.883, Sig. = 0.000. Los porcentajes en el coeficiente de determinación. Aquí el valor más alto lo tiene el grupo que curso preparatoria, pues su dinámica familiar y su índice de función sexual comparten 77.96%, las que tienen secundaria comparten 65.93%, y el grupo con el valor más pequeño 50.97% para las de primaria.

Además de las variables socio demográficas y de los instrumentos, se optó por una variable de laboratorio que fue el exudado cérvico-vaginal, esto con la finalidad de hacer un diagnóstico no solo clínico si no también más específico determinado por el laboratorio, se asoció con el estado civil, la edad reproductiva y la escolaridad, mediante el estadístico no paramétrico, Chi cuadrado, en donde el 8(33.3%) positivas contra 24(66.6%) negativas. Con la edad reproductiva no hubo relación (Chi cuadrado = 0.169, gl = 1, Sig. = 0.681), con el estado civil (Chi cuadrado = 0.61, gl = 1, Sig. = 0.805) tampoco, la única variable socio demográfica que resultó asociada fue la escolaridad, (Chi cuadrado = 6.400, gl = 2, Sig. = 0.041). Cuadro. V

Cuadro. V Chi Cuadrada de exudado cérvico-vaginal en relación de los dominios de los instrumentos.

DOMINIO	POSITIVAS N=8 X±E.E	NEGATIVAS N=24 X±E.E	t	Sig.
IFSF				
DESEO	5.37±0.32	7.791±0.385	-3.460	0.002
EXCITACIÓN	11.750±0.958	16.375±0.741	-3.293	0.003
LUBRICACION	11.625±0.625	14.708±0.410	-3.860	0.001
ORGASMO	8.125±0.639	12.541±0.551	-4.289	0.000
SATISFACCION	6.750±0.750	12.125±0.759	-3.854	0.001
DOLOR	9.625±1.362	13.583±1.954	-5.318	0.000
FACES III				
COHESION	23.13±1.481	36.08±7.330	-4.717	0.000
ADAPTABILIDAD	15.63±0.929	19.83±0.796	-2.833	0.008

En la cuadro de acuerdo a la escolaridad en relación al exudado cérvico-vaginal se encontró en el grupo de primaria el 3(9.4%), en el de secundaria el 1(3.1%) y en el de preparatoria el 4(12.5%). Cuadro VI

Cuadro. VI Relación del exudado cérvico-vaginal con la escolaridad.

ESCOLARIDAD	RESULTADO CERVICO VAGINAL		TOTAL
	POSITIVO (Cándida álbicans).	NEGATIVO	
PRIMARIA	3	2	5
SECUNDARIA	1	14	15
PREPARATORIA	4	8	12
TOTAL	8	24	32

EL (8)25%, FUERON POSITIVAS (GERMEN ETIOLOGICO: CANDIDA ALBICANS).

EL (24)75%, FUERON NEGATIVAS SIN PRECENCIA O CRECIMIENTO DE NINGUN GERMEN.

## XII. DISCUSION.

La familia se explora por distintas razones, es un compromiso del médico Especialista de primer nivel, vigilar de cerca cada etapa de su desarrollo. En el presente trabajo abarcamos básicamente las etapas de formación: comprendida desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo. Y etapa de extensión: desde el nacimiento del primer hijo hasta que uno de los hijos se independiza con base en la edad de las mujeres participantes. Exploramos la sexualidad femenina, ya es muy importante en la vida de la propia mujer como tal incluye el conocimiento e identificación de sí misma como integrante del género femenino; la manera de relacionarse con su pareja y como afecta la funcionalidad familiar de acuerdo a sus necesidades <sup>21</sup>.

Nuestros resultados muestran alteraciones en la satisfacción sexual femenina en un porcentaje bajo 15.5% comparado a otros estudios recientes donde las mujeres presentan insatisfacción en el 18.10%. Nuestros resultados coinciden con los autores donde se reporta una actividad sexual más satisfactoria a mayor preparación académica. Al analizarlo por dominios en el deseo, satisfacción y dolor son las áreas con menor puntaje. <sup>22</sup>

Con respecto a las infecciones cérvico-vaginales, en nuestra población de estudio se encontró un alto porcentaje de candidiasis asintomática y en este sentido de acuerdo a la literatura es considerada como una enfermedad de transmisión sexual cuyo reservorio es el ser humano y los casos deben notificarse para la Vigilancia Epidemiológica con las Claves CIE- 10 siguientes; B37.3 que corresponde a la afta vaginal, vulvovaginitis candidiásica a la vulvovaginitis moniliásica y la clave B37.4 que corresponde a la Balantiasis y Uretritis debida a cándida. En 2008 en Michoacán la incidencia fue de 110 a 258 casos por 100 000 habitantes. <sup>23</sup>

La asociación de dolor y cervicovaginitis tiene relación significativa en todos los dominios del instrumento. Encontramos un porcentaje de C.álbicans, en 25% lo que consideramos alto ya que la población de estudio es asintomática y comparado a lo reportado por Rocío Flores-Paz con un 7.8%, de C.álbicans, en mujeres sintomáticas. <sup>24</sup> La de infección genital por este agente es parecida a otras poblaciones estudiada por Cecilia Ortiz Rodríguez en mujeres de 20 a 35 años. <sup>25</sup>

La edad, estado civil, ocupación y escolaridad es parecida a la literatura consultada ya que aparentemente la respuesta sexual es estudiada más frecuentemente en mujeres durante la etapa reproductiva. En relación a los grupos que se analizaron etiquetándolos de acuerdo a la etapa reproductiva sin riesgo y con riesgo la satisfacción sexual es más evidente en el primero, y en las mujeres de más de 35 años disminuye la actividad sexual en frecuencia y principalmente en los dominios de deseo, orgasmo y satisfacción. Esto se ha reportado en trabajos donde relacionan la satisfacción sexual femenina con la etapa de peri menopausia, por los ajustes hormonales y anatómicos en la mujer.<sup>26</sup> Y conlleva a modificaciones en el subsistema conyugal. En nuestros resultados no se alteran los límites claros y la comunicación en la familia de acuerdo al instrumento FACES III, difiere de otros trabajos sobre ello, no exploramos el subsistema conyugal, en algunos estudios mencionan la disfunción sexual como una causa para provocar una disfunción conyugal<sup>27</sup>.

Nuestros resultados continúan siendo subjetivos, debido a la dificultad que existe al tratar el tema, teniendo en cuenta que hablar de sexualidad con seriedad y respeto con el fin de conocer las características biológicas, psicológicas, patológicas y sociales sigue siendo poco menos que imposible. Estamos insertos en una cultura donde la mujer a pesar de todo continúa con temores, miedos y sometimientos, esto dificulta el abordaje. Entendemos que como mujer es necesario aprender y discutir temas acerca de la menstruación, la masturbación, la función reproductiva, la relación sexual de pareja, la satisfacción sexual, la responsabilidad y riesgos de las mismas, la manera de prevenir enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Sin embargo no sé aun como abordarlo y determinar la confiabilidad de los datos. Es de suponer que los conocimientos sobre su sexualidad y el crecimiento responsable de un sujeto tienen que ver con el compromiso personal, y además es un derecho si se actúa con responsabilidad individual, de pareja y socialmente poder decidir su vida sexual, cuándo, cómo, por qué, y sobre todo, con quién tener relaciones sexuales, con base en la información, indagación y libertad.

De acuerdo al enfoque psicológico "La sexualidad, es una instancia aún desconocida, puede albergar respuestas a muchas de las incógnitas que tenemos como especie. La sexualidad femenina especialmente, porque no ha sido una práctica de libertad. El proceso de socialización marca con diferencias tan

grandes a hombres y mujeres que terminamos inentendibles en las experiencias sexo-afectivas. La sexualidad gratificante además de aportar calidad y alegría de vivir, fortalece la capacidad de tolerancia frente a las dificultades descubrir que el sentimiento amoroso unido a la emoción sexual constituyen la experiencia clave para muchas de nuestras incógnitas como especie.<sup>28</sup>

Es decir que la satisfacción sexual La conceptualización de las DSF se basan en modelos de la sexualidad humana de acuerdo a Masters y Johnson (1966) y sin embargo no radica únicamente en el placer carnal, la pregunta es si ¿aquellas personas que tienen orgasmo en cada relación sexual están plenamente satisfechas? Kaplan (1979), identifica las áreas de deseo – excitación – orgasmo, que está representado en las clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM IV e ICD 10) (APA, 1994; OMS, 1992 respectivamente).y posteriormente se agregan los aspectos psicológicos en los modelos de Álvarez-Gayou (1986) y de Eusebio Rubio (1994), que si bien son modelos que plantean propuesta interesantes dado que incluyen aspectos interpersonales, los describen parcialmente. Se considera un sujeto con necesidades sentidas de afecto, cuidado, sentimientos, valores, erotismo. En el presente trabajo no encontramos correlación en la disfunción sexual y la funcionalidad familiar, que era lo esperado, algunos trabajos mencionan como situaciones distintas en donde la disfunción sexual considerada como un trastorno en algún área de la sexualidad que afecta la ejecución de la persona en actos pensamientos o sentimientos sexuales, que no afectan la conducta de la persona en otras áreas de su personalidad o interacción cotidiana .<sup>29</sup>

### XIII. CONCLUSIONES.

En relación a disfunción sexual femenina en todos los dominios del instrumento encontramos 15.5 %(7) del total de las participantes.

La disfunción sexual se relaciona directamente al bajo nivel escolar e igual con mayor frecuencia en los casos que cursan con cervicitis por presencia de Cándida álbicans.

La candidiasis se encontró en 25%(8) de los casos, todas asintomáticas, 6 de ellas en mujeres de 31 a 39 años, casadas y dos en mujeres de 25 y 26 años, en unión libre.

En general a mayor nivel académico en las mujeres del presente trabajo muestran una mejor satisfacción en su actividad sexual.

Al explorar por dominios de acuerdo a nivel escolar y edad las que cursaron primaria tienen edad de  $30\pm 3$ , secundaria  $25\pm 14$  y preparatoria de  $30\pm 8$ , lo que aparentemente nos indica que la disfunción es independiente de la edad.

Los dominios que predominan en la disfunción sexual en mujeres con secundaria y preparatoria son deseo con un puntaje de bajo en el 43.8%(14) y en la satisfacción un 21.9%(7).

.

Refieren dolor durante la actividad sexual en los tres niveles de escolaridad con un puntaje menor en las mujeres con nivel primaria y se eleva en secundaria y preparatoria.

La funcionalidad familiar aparentemente no tiene relación a la función sexual.

#### XIV. SUGERENCIAS.

Realizar un estudio que involucre a la pareja, abarcar aspectos generales de la experiencia sexual de la mujer y el hombre que nos permita diferenciar la respuesta sexual humana al analizarla por genero, en pareja y las variables interrelacionadas incluyan experiencias sexuales desde el inicio de la actividad sexual.

Favorecer la prevención secundaria en los casos de cérvico vaginitis por Cándida y ofrecer tratamiento y asistencia a las personas infectadas de acuerdo a las recomendaciones de políticas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual ONUSIDA/OMS.

## XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Carlos Enrique Cabrera-Pivaral, Imma Rodríguez Pérez, Guillermo González-Pérez, Patricia Ocampo Barrios, Carlos Amaya López. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental*. 2006; 29(4):40-46.
2. Satir Virginia, "Psicoterapia Familiar Conjunta". Edit. La prensa Médica Mexicana, México 1980. p. 211-215. Consultado 5/03/08 y disponible en línea en: [www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000197.pdf](http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000197.pdf)
3. Mendoza –Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8(1):27-32.
4. E.R. Ponce Rosas, F.J. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, A.E. Irigoyen Coria y S. Landgrave Ibáñez. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002, 30 (10): 624-630.
5. Virginia Nogales, Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales – IV (FACES IV), 1980, FACES II, 1982 Y FACES III, 1985 FACES IV. *Preense Médica Latinoamericana* 2007-ISSN 1688-4094 191. Consultado 12/10/09 y disponible es: [www.pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpsi/v1n2/v1n2a07.pdf](http://www.pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpsi/v1n2/v1n2a07.pdf)
6. Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Bosch. *Revista Epidemiology and risk factors of sexual dysfunction*. *J. Sexual Med*. 2004; 1:35-39.
7. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud, (OPS), Organización Mundial de la Salud OMS. En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), celebrada en Antigua, Guatemala, 19 al 22 de mayo 2000.
8. Álzate. *Sexualidad Humana*. Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1997; 2 (8):181-182.
9. James L, Mc Cary. *Sexualidad humana*. El manual m, S.A. moderno, ed. 3era, 1980; 17:208-213.
10. Londoño-E., María L. *Sexualidad femenina como práctica de libertad nueva sociedad*. 1999; 109:90-98.

11. Rocío Flores-Paz, Biól, Roberto Rivera-Sánchez, QFB, Elvia García-Jiménez, QBP, Myriam Arriaga-Alba, M en C, Dra en C. Etiología de la infección cérvico vaginal en pacientes del Hospital Juárez de México. salud pública de México. 2003; 45(5):695-701.
12. Javier N. Zapata-Gallardo, Marisol Figueroa-Gutiérrez, Neidy Méndez-Delgado, Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Medigraphics Artemisa. 2007; 64:295.
13. García-Moreno. Diagnostico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta el servicio de urología, ginecología y el personal femenino del hospital San José de Bogota. 2005. Consultado 23/05/09 y disponible en línea en: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/pdf/diciembre-2005.pdf#page=86>.
14. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev. Méd Chile 2002; 130(1): 1131-38.
15. Gramegna G. Sexualidad Humana. En: Heerlein A ed. Psiquiatría Clínica. Santiago de Chile: Ediciones World Psychiatric Association - Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 2000; 1:97-119
16. McCoy NL. Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. Maturitas 1998; 29:51-60.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994; 1:345-453.
18. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J y cols. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000; 163: 888-93.
19. 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.
20. Jaúme R La sexualidad de hoy. Psicología del amor. Secretos de la pareja. 1994: 5(51) 1201-1222.

21. Factores biológicos y psicológicos afectan la satisfacción sexual en las parejas. Rosemary Basson Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions JAMC. 2005; 10:172-185.
22. Acuña, Alonso; Ceballos, María del Pilar y Suarez Beltrán, Paola Andrea. Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual femenino *urol.colomb.2008; 7 (3):79-90.*
23. Molina-Sánchez, MR. Epidemiología. Morbilidad de la candidiasis urogenital en México periodo 2003 – 2008. Consultada en línea 12/12/09 y disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/epide](http://www.salud.gob.mx/unidades/epide)
24. Rocío Flores-Paz, Roberto Rivera-Sánchez, Elvia García-Jiménez, Myriam Arriaga-Alba. Etiología de la infección cérvico vaginal en pacientes del Hospital Juárez de México. *Salud Publica Mex* 2003;45 (5):S694-S697.
25. Cecilia Ortiz Rodríguez, Mirta Ley Ng, Carmen Llorente Aceb y , Caridad Almanza Martínez.. vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1998; 26(2): 74-81.
26. R. Thiel, M. Thiel M. Dambros, C. Riccetto, V. López, M.E. Rincón, P. Palma. Evaluación de la función sexual femenina antes y después de un procedimiento para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp* 2006; 30(3):18-39.
27. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vásquez L. Análisis de la función familiar en atención primaria. *Archivos de Medicina Familiar.* 2006; 8:27-32.
28. Londoño E, María L. Libertad. *nueva sociedad* nro. 1990; 109:90-98.
29. Psicopatología sexual: ¿de origen social o psicológico? Angie Vázquez Rosado. *Psicóloga Clínica, M.S Catedrática Asociada UIPR. 2004. Psicología Científica.* Com, consultado 13/09/09 y disponible en línea en: [www.psicología.com](http://www.psicología.com).

## XVI. ANEXOS.

1.- Carta de consentimiento informado.

2.- Ficha de identificación.

3.- Herramienta de aplicación Índice de Función Sexual Femenina.

4.- Tabulador de calificación del FSFI.

5.- Herramienta de aplicación de la funcionalidad familiar FACES III.

6.- Tabulador de calificación del FACES III.

Anexo: No. 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: Morelia Michoacán, Unidad Medicina Familiar Número 80.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Satisfacción sexual femenina y su relación con la función familiar en la UMF, # 80.

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: No.2009-1602-14.

El objetivo del estudio es: conocer la relación entre índice de función sexual femenina y la funcionalidad en la familia de derechohabientes de la UMF No.80.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario sobre mí sexualidad y función familiar. Sin influencia del investigador y de manera privada.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Erik Isaac Aguilar Ánzar 99176822

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 4432443779 celular.

Anexo No.2

Su edad es \_\_\_\_\_ años cumplidos.

Usted es:

Soltera.

Casada.

Unión libre.

Sus estudios máximos son:

Analfabeta.

Primaria.

Secundaria.

Preparatoria.

Licenciatura.

Postgrado.

Padece alguna enfermedad o ingiere algún medicamento?

\_\_\_\_\_

Cuales?

\_\_\_\_\_

Utiliza algún método anticonceptivo? Si \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_

Le agradecemos su participación en este estudio, con el cual podemos valorar la relación familiar con la vida sexual femenina, e identificar los factores que puedan afectar el funcionamiento familiar.

### Anexo No.3

## ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER.

Juan Enrique Blümel M.1, Lorena Binfa E.a, Paulina Cataldo A. Alejandra Carrasco V.a, Humberto Izaguirre L.1, Salvador Sarrá C.1 1Departamento de Medicina, Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile a Matrona, Escuela de Obstetricia, Universidad de Chile, Fundación PROSAM.

#### 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.

#### Marque sólo una alternativa por pregunta

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

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

- Siempre o casi siempre
- 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?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo

Muy bajo o nada

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

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

- No tengo actividad sexual
- 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?

- \_ No tengo actividad sexual
- \_ Muy alto
- \_ Alto
- \_ Moderado
- \_ Bajo
- \_ Muy bajo o nada

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

- 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?

- 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?

- 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?

- 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?

- 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?

- 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?

- 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 ó clímax?

- 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?

- 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?

- 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?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- \_ Muy satisfecha
- \_ Moderadamente satisfecha
- \_ Ni satisfecha ni insatisfecha
- \_ Moderadamente insatisfecha
- \_ Muy insatisfecha

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo.No.4.

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.

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

Anexo: No.5.

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Describa su familia:

Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí

2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia

Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

Nos sentimos muy unidos

En nuestra familia los hijos toman las decisiones

Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

En nuestra familia las reglas cambian

Con facilidad podemos planear actividades en familia

Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

Consultamos unos con otros para tomar decisiones

En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad

La unión familiar es muy importante

Es difícil decir quién hace las labores del hogar

## ANEXO: No.6.

Las categorías diagnósticas consideradas para el instrumento están basadas en las puntuaciones directas, se toman como criterio que “a menor puntuación es más favorable a que la familia este satisfecha” y “a mayor puntuación es menor favorable a la satisfacción en la familia”, resulta de sumar las puntuaciones alcanzadas en los 20 ítems que corresponden a cada nivel, cuyos puntajes oscilan entre 20 y 100 puntos. > DE 40 PUNTOS FAMILIA FUNCIONAL Y < DE 40 FAMILIA DISFUNCIONAL.

ADAPTABILIDAD REACTIVOS (2,4,6,8,10,12,14,16,18,20)	
TIPO DE FAMILIA	AMPLITUD DE RANGO
RIGIDA	10-19
ESTRUCTURADA	20-24
FLEXIBLE	25-28
CAOTICA	29-50

COHESION REACTIVOS (1,3,5,7,9,11,13,15,17,19)	
TIPO DE FAMILIA	AMPLITUD DE RANGO
NO RELACIONADA	10-34
SEMIRELACIONADA	35-40
RELACIONADA	41-45
AGLUTINADA	46-50