



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

POSGRADO

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE
INVESTIGACION**

Tema: “EVALUACION DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL
FEMENINA Y SU ROL EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR “

Requisito Previo Para Optar Por El Título De Especialista En Medicina
Familiar Y Comunitaria

Autor: Médico, Pamela Estefanía Carate Guagchinga

Directora: Médica, Norma del Carmen Castro Acosta. Esp. Ginecología y

Obstetricia

Ambato – Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación precedido por la Lcda. Miriam Ivonne Fernández Nieto e integrado por los señores: Dra. Esp. Rosa Serafina Velasteguí Paredes, Dr. Esp. Marcos Edisson Bustillos Solórzano.

Designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el trabajo de titulación con el tema “Evaluación del índice de función sexual femenina y su rol en la funcionalidad familiar”, colaborado y presentado por la Médica Pamela Estefanía Carate Guagchinga, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Lcda. Miriam Ivonne Fernández Nieto

Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Esp. Rosa Serafina Velasteguí Paredes

Miembro del Tribunal de Defensa

Dr. Esp. Marcos Edisson Bustillos Solórzano

Miembro del Tribunal de Defensa

Marzo 2022

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentada con el tema: **“EVALUACION DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y SU ROL EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**, le corresponde a la: Médico Pamela Estefanía Carate Guagchinga, Autora bajo la Dirección de la Dra. Esp. Norma del Carmen Castro Acosta. Directora del Trabajo de Titulación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Pamela Estefanía Carate Guagchinga

CI: 0503639874

AUTORA

Dra. Esp. Norma del Carmen Castro Acosta

CI: 1802284560

DIRECTORA

Marzo 2022

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la difusión de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Pamela Estefanía Carate Guagchinga

CI: 0503639874

AUTORA

Marzo 2022

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

INFORMACIÓN GENERAL

Tema: “EVALUACION DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y SU ROL
EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR “

AUTOR: Médica, Pamela Estefanía Carate Guagchinga
Grado académico: Médico General
Correo electrónico: pcarate9874@uta.edu.ec

DIRECTORA: Dra. Esp. Norma del Carmen Castro Acosta
Grado académico: Especialista en Ginecología y Obstetricia
Correo electrónico: ndc.castro@uta.edu.ec

**LINEA DE INVESTIGACIÓN: Salud sexual y reproductiva, Intervenciones para
promover la salud y las conductas saludables**

Marzo 2022

AGRADECIMIENTO

A Dios por su amor incondicional y darme la sabiduría para cumplir mis metas porque Dios es bueno en todo el tiempo, gracias por sus bendiciones.

A la Universidad Técnica de Ambato; a la Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina a la cual pertenece la Unidad de Posgrados de Medicina Familiar y Comunitaria; por permitir mi formación académica.

Infinitas gracias a la Dra. Esp. Norma Castro y el Dr. Esp. Marcos Bustillos por su apoyo en este trabajo de titulación, a los docentes, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, mediante asesorías y dudas presentadas en este largo camino, quienes con sus profundos conocimientos, dedicación, profesionalismo y calidad humana supieron guiarme para culminar con éxito mi posgrado.

Marzo 2022

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y darme la vida cada día para disfrutar cada éxito que él ha propuesto en mi camino.

A mi bendición más grande que me pudo dar Dios y quien me da las fuerzas suficientes para alcanzar mis metas, mi tesoro Luis Maximiliano.

A mi esposo por su comprensión y apoyo durante estos años de posgrado

A mis padres y mi hermano por su amor, su constante apoyo y su bendición diaria para cumplir mis metas y aun seguir disfrutando de su compañía en cada logro alcanzado.

Marzo 2022

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
DEDICATORIA.....	xi
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1	¡Error! Marcador no definido.
EL PROBLEMA.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.2.1. Contextualización.....	2
1.2.2. Análisis Critico.....	3
1.2.3. Prognosis	3
1.2.4. Formulación del problema.....	4
1.2.5. Interrogantes (subproblemas).....	4
1.2.6. Delimitación del Objeto de investigación	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Específicos.....	6
CAPÍTULO 2	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes Investigativos.....	7
2.2. Fundamentación Filosófica	9
2.3. Fundamentación Legal	10
2.4. Fundamentación Teórica.....	11
2.4.1. Función sexual femenina.....	11

2.4.2. Familia.....	19
2.4.3. Tratamiento de la Disfunción Sexual:	21
2.4.4. Evaluación de la función sexual femenina	22
2.4.5. Evaluación de la Funcionalidad Familiar	24
2.4.6. La Disfunción Sexual Femenina desde la Atención Integral en Salud	25
2.5. Categorías fundamentales	26
2.6. Hipótesis.....	26
2.7. Señalamiento de variables.....	27
2.7.1. Variable Independiente.....	27
2.7.2. Variable dependiente	27
CAPÍTULO 3	28
METODOLOGÍA	28
3.1. Enfoque de la investigación	28
3.2. Modalidad básica de la investigación	28
3.3. Tipo de investigación	28
3.4. Población y muestra	29
3.4.1. Población	29
3.4.2. Muestra.....	29
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	30
3.5.1. Criterios de Inclusión	30
3.5.2. Criterios de Exclusión	30
3.5.3. Criterios Éticos	30
3.6. Operacionalización de variables	30
3.7. Recolección de información.....	35
CAPÍTULO 4	37
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	37
4.1. Análisis e interpretación.....	37
4.1.1. Características de la población	37
4.1.2. Índice de función sexual femenina	37
4.2. Funcionalidad familiar	41
4.3. Correlación entre la función sexual femenina y la funcionalidad familiar	44
4.4. Verificación de la hipótesis.....	44
CAPÍTULO 5	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones	46

5.2. Recomendaciones.....	47
CAPÍTULO 6	48
PROPUESTA.....	48
6.1. Datos informativos	48
6.2. Antecedentes de la propuesta	48
6.3. Justificación	48
6.4. Objetivos	49
6.4.1. Objetivo General	49
6.4.2. Objetivos Específicos	49
6.5. Análisis de factibilidad.....	49
6.6. Fundamentación	49
6.7. Modelo operativo	51
6.8. Administración.....	54
6.9. Previsión de la evaluación.....	55
MATERIALES DE REFERENCIA.....	56
ANEXOS	60
CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	61
ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	62
EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR EL FF-SIL.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable independiente: Función Sexual Femenina	31
Tabla 2. Variable dependiente: Funcionalidad familiar	33
Tabla 3. Datos sociodemográficos.....	36
Tabla 4. Índice de función sexual femenina	37
Tabla 5. Prevalencia de alteración de los diferentes dominios de la Función Sexual Femenina	38
Tabla 6. Rangos de edad relacionados con el Índice de Función Sexual Femenina	39
Tabla 7. Estado civil relacionado con el índice de funcionalidad sexual	39
Tabla 8. Parámetros para la evaluación de la Funcionalidad Familiar	41
Tabla 9. Relación entre el rango de edad y la Funcionalidad familiar	42
Tabla 10. Relación de estado civil y Funcionalidad familiar	42

Tabla 11. Correlación entre la función sexual femenina y la funcionalidad familiar.	43
Tabla 12. Plan operativo	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Modelo de 4 etapas de cambios fisiológicos en el acto sexual	15
Gráfico 2. Modelo de etapas de cambios fisiológicos en el acto sexual incluye el deseo	16
Gráfico 3. Modelo respuesta sexual femenina.....	17
Gráfico 4. Categorías fundamentales.....	26
Gráfico 5. Índice de función sexual femenina	37
Gráfico 6. Funcionalidad Familiar	40
Gráfico 7. Administración de la propuesta	53

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

**POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA
COHERTE**

**TEMA: “EVALUACION DEL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA Y SU
INFLUENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR “**

Autora: Dra. Pamela Carate

Tutora: Dra. Esp. Norma Castro

RESUMEN EJECUTIVO

La función sexual femenina es un proceso de construcción psicosocial, en donde se incluye varios factores entre ellos, una buena relación familiar, razón por la cual es necesario indagar el proceso fisiológico y que a su vez puede ser patológico. El objetivo de la presente investigación es determinar la relación existente entre el índice de función sexual femenina y la funcionalidad familiar. La metodología: estudio no experimental, de diseño transversal, correlacional y de enfoque cuantitativo, se realizará con una población de 130 mujeres en edad fértil de 20 a 45 años de edad, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, para relacionar las variables se aplicó el test de Índice de Función Sexual Femenina IFSF es una batería que evalúa deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, menor a 24 puntos se considera una disfunción sexual femenina, para estudiar la funcionalidad familiar se aplicara el test de funcionalidad familiar FF-SIL mediante la cual nos podrá dar resultados como familia funcional o disfuncional. Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS a través de la Prueba del χ^2 de Pearson, en donde se podrá identificar la relación existente entre las dos variables. Se obtiene como resultados un nivel de significancia del 0,05 y se concluye que no existe relación un rol que influya entre la función sexual femenina y la funcionalidad familiar, este estudio se realizó con el interés de mejorar el salud sexual, física y emocional de las pacientes, mejorando su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: función sexual femenina, funcionalidad familiar, evaluación, influencia.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR YCOMUNITARIA TERCERA

COHERTE

**THEME:"EVALUATION OF THE FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX AND
ITS INFLUENCE ON FAMILY FUNCTIONALITY"**

Author: Dra. Pamela Carate

Tutor: Dra. Esp. Norma Castro

ABSTRACT

The female sexual function is a process of psychosocial construction, where several factors are included, among them, a good family relationship, which is why it is necessary to investigate the physiological process and which in turn can be pathological. The objective of this research is to determine the relationship between the female sexual function index and family functionality. The methodology: a non-experimental study, with a crosssectional, correlational and quantitative approach design, will be carried out with a population of 130 women of childbearing age from 20 to 45 years of age, taking into account the inclusion and exclusion criteria, to relate the variables. the Female Sexual Function Index test was applied IFSF is a battery that evaluates desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain, less than 24 points is considered a female sexual dysfunction, to study family functionality the functionality test will be applied FF-SIL family through which you can give us results as a functional or dysfunctional family. For data analysis, the SPSS program will be used through Pearson's chi² test, where the relationship between the two variables can be identified. A significance level of 0.05 is obtained as results and it is concluded that there is no relationship between female sexual function and family functionality, this study with an interest in improving the sexual, physical and emotional health of patients, improving their quality of life.

KEY WORDS: female sexual function, family functionality, evaluation, influence

INTRODUCCIÓN

La sexualidad y salud sexual se considera una parte integral y de identidad, en cada mujer que ayuda al bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual que promueve el desarrollo personal y social de cada persona. Se trata de un tema de gran importancia el cual tiene como finalidad evaluar la función sexual femenina, partiendo del ciclo de la respuesta sexual la cual se compone de las siguientes fases: deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, mediante el instrumento de medición del Índice de Función Sexual Femenina, el cual será utilizada en esta investigación (1).

La sexualidad femenina debería ser estudiada e investigada en mayor profundidad para conocer así, la prevalencia de trastornos o disfunciones sexuales, determinar ayudas y soluciones terapéuticas, al igual que posibles formas de disfrutar más las experiencias sexuales (2).

Así también se busca asociar factores de riesgo que influyen en la salud sexual femenina, siendo un tema principal de estudio la funcionalidad familiar el mismo que es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad, esto se ve reflejado en el Test de Funcionalidad Familiar FFSIL. La funcionalidad familiar es un componente vital en cada ser humano que en la actualidad es eje primordial para el bienestar físico y psicosocial de cada persona (3).

Por esta razón el presente estudio es de gran importancia, en la cual se busca determinar si la funcionalidad familiar influye o no en tener una función sexual femenina normal; con un fin de identificar esta problemática y promover estrategias de prevención que logren disminuir las diferentes alteraciones en la función sexual femenina.

La Atención Primaria en Salud (APS) se caracteriza por su enfoque preventivo, educativo y de promoción sanitaria, el cual es de vital importancia en la salud sexual, así como también en la funcionalidad familiar con el fin de mejorar la salud mental y física de las personas, y a su vez priorizarla para obtener una población asistida y cuidada (4).

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1. Tema

“Evaluación del índice de función sexual femenina y su rol en la funcionalidad familiar”

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencia la personalidad, la comunicación y el afecto (5). La cual se expresa mediante fantasías, pensamientos, creencias, deseos, conductas, papeles, prácticas y relaciones interpersonales; la cual es influenciada por la interacción de factores psicológicos, sociales, biológicos, económicos, culturales, éticos, espirituales y religiosos (5).

La Asociación Americana de Psiquiatría en el año de 1994 define la existencia de cuatro áreas con respecto a los trastornos sexuales como lo son: el deseo, excitación, el orgasmo; los que en conjunto con la satisfacción y la lubricación logran una evaluación de la función sexual femenina (6).

En Estados Unidos bajo un estudio que analiza la función sexual femenina se determinó que existe una afectación de trastornos en la disfunción sexual a mujeres de edad media en un 50%. En un estudio realizado en Chile se determinó que el 26% de las mujeres de mediana edad presentaron alteraciones en el deseo y excitación dando como resultado una disfunción sexual; definiendo que a mayor edad menor funcionalidad sexual en la mujer (7).

En el desarrollo de un estudio transversal en Ecuador en la ciudad de Cuenca, se detectó una prevalencia de un 60,4% de disfunción sexual femenina en la edad de 20 a 40 años, provocando alteraciones en la excitación, deseo y satisfacción sexual. Demostrándose así que las dificultades sexuales se instalan a una edad temprana (8).

Según el estudio de Vega et al. (9) menciona que la alteración de la funcionalidad sexual femenina puede verse afectada si la fémina no cuenta con una pareja y trabajo estable; ya que al no contar con estos factores sociales pueden provocar disfuncionalidad

sexual. Por otra parte, también describe que la mujer al utilizar métodos anticonceptivos puede verse afectada hormonalmente y provocar una disminución en su excitación, orgasmo y lubricación en mujeres en una etapa de adultez media. Otro autor como Hoz (10) concluye en su estudio que la relación conyugal disfuncional es un factor que afectan a la función sexual normal de la mujer, esto debido a que las mujeres se encuentran más conectadas a sus emociones, por lo que una baja calidad de vida emocional puede dificultar una buena funcionalidad sexual (9).

1.2.2. Análisis Crítico

El estilo de vida de la mujer es el principal factor para generar empatía individual y con su entorno, uno de estos estilos de vida es la función sexual femenina la misma que abarcan varias fases según el modelo de Kaplan por ejemplo el deseo, excitación, orgasmo y resolución, cada uno de ellos están involucrados en un proceso psicosocial y fisiológico muy indispensable para mantener la salud sexual.

Por esta razón en la presente investigación se busca determinar si existe una relación directa entre el índice de función sexual femenina y la funcionalidad familiar. En la actualidad las relaciones sexuales han cambiado de manera sustancial ya que han trascendido a mucho más que reproducción y genitalidad. Las parejas se preocupan por que exista un placer mutuo y una estabilidad emocional. La mujer al estar más conectada con sus emociones posee una configuración mental y física diferente del hombre lo que conlleva a un análisis de su entorno inmediato como lo es el círculo familiar. Por lo que se considera de importancia el análisis del vínculo familiar y la funcionalidad sexual en la mujer.

1.2.3. Prognosis

La salud sexual es parte esencial de un ser humano, el bienestar individual y social, influye tanto en hombres y mujeres; en la actualidad existen pocos estudios sobre la función sexual femenina y que hoy en día repercute en el diario vivir, por lo cual es muy importante que la comunidad tenga acceso a la información sobre salud sexual.

La promoción de la salud sexual y reproductiva ha comenzado a ser considerado como parte esencial en el bienestar de los individuos y las comunidades. La comprensión de las funciones y comportamientos sexuales han tomado gran importancia en los últimos 30 años, en la cual se han desarrollado herramientas innovadoras, por ejemplo: tratamientos farmacológicos, no farmacológicos, comprensión terapéuticas y redes de

apoyo; con un fin, de equilibrar el entorno psicosexual de la mujer, mejorando la calidad de vida (11).

En la práctica clínica, los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la prevención a través de una información adecuada, así como una detección temprana de los problemas clínicos de la sexualidad que influyen en: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción; además, otras condiciones que pueden afectar el bienestar sexual de las personas, como la violencia sexual o la infección de virus, bacterias y parásitos, afectando a todos los componentes de la sexualidad y el bienestar general del individuo, familia y comunidad (12).

1.2.4. Formulación del problema

¿Cómo influye el índice de función sexual femenina en la funcionalidad familiar?

1.2.5. Interrogantes (subproblemas)

- ¿Cuál es el índice de función sexual femenina?
- ¿Se ha realizado una evaluación de la funcionalidad familiar en la población de estudio?
- ¿Se ha relacionado el índice de función sexual femenina con la funcionalidad familiar?

1.2.6. Delimitación del Objeto de investigación

1.2.6.1. Delimitación de contenido

- Campo: Medicina Familiar – Atención Primaria en Salud.
- Área: Salud familiar
- Aspecto: Función sexual femenina y funcionalidad familiar

1.2.6.2. Delimitación espacial y temporal.

- Tiempo: Enero a diciembre del 2020
- Lugar: Centro de Salud de Aláquez
- Personas: Mujeres en edad fértil de 20 a 45 años

1.2.6.3. Líneas de Investigación para la Atención Primaria:

- Salud sexual y reproductiva
- Intervenciones para promover la salud y las conductas saludables

1.3. Justificación

La sexualidad se muestra como un reflejo de bienestar físico y psicosocial, por lo tanto, es importante el análisis y su correlación entre el índice de función sexual femenina y la funcionalidad familiar, la cual también será evaluada.

Al no existir estudios similares la investigación es más interesante, por ende, las principales beneficiarias serán las mujeres en edad fértil. Esta investigación permitirá que la mujer elimine barreras que le impide disfrutar de una buena salud sexual mediante estrategias como la promoción de salud con la finalidad de despejar dudas y aportar conocimiento sobre el tema a través de charlas y talleres.

Además, debido a los tabúes y creencias culturales que en épocas anteriores se remontaban sobre la sexualidad y que existe aún en la actualidad, el temor y vergüenza a la libre expresión de su sexualidad, han provocado una falta de acercamiento al propio cuerpo femenino y una actitud obediente frente a los estereotipos creados por figuras masculinas. En donde se esclarecen los mitos como; que no se puede llamar a la vagina por su nombre, que la mujer no puede disfrutar de su sexualidad sino es solo para la procreación y que las prendas de vestir dicen mucho de una mujer. Además de, aclarar tabúes como que el amor femenino debe ser romántico, que las mujeres no compran condones y que las mujeres deben tener menos parejas sexuales que los hombres (13). Sin embargo, algunas personas prefieren usar la expresión comportamiento reproductivo en lugar de comportamiento sexual, por el estigma asociado a la palabra sexo, cuando se debería entender que el comportamiento sexual es una forma de intimidad física que puede o no estar dirigida a la reproducción, que engloba una trascendencia espiritual, la misma que encamina a una satisfacción sexual.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la evaluación del índice de función sexual femenina y su rol en la funcionalidad familiar en mujeres en edad fértil de 20 a 45 años de edad que acuden al centro de salud Aláquez.

1.4.2. Específicos

- Identificar el índice de función sexual femenina.
- Evaluar la funcionalidad familiar en la población de estudio.
- Relacionar el índice de función sexual femenina con la funcionalidad familiar.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Zhang C et al. (2017) en su estudio “A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors”, se realizó una encuesta de la población femenina general en China, con una muestra valida de 25 446 mujeres entre 20 y 74 años, en las que se determinó la tasa de prevalencia de la disfunción sexual, medida por el Índice de Función Sexual Femenina. De acuerdo a los resultados se concluye una prevalencia de disfunción sexual del 29.7%; afectando específicamente al dominio de lubricación (14).

Orderique y Ocaña (15) en su estudio descriptivo se evalúa el índice de función sexual femenina en mujeres adultas del hospital María Auxiliadora, Lima, la muestra estuvo compuesta por 300 mujeres atendidas en consultorios externos de ginecología y obstetricia, en las que se aplicó un cuestionario de 19 ítems denominado test de índice de función sexual femenina. Los resultados obtenidos fueron que las mujeres de 19 a 29 años poseen una menor disfunción sexual en un 14,4% y las mujeres entre 40 a 60 años mostraron mayor frecuencia de disfunción sexual en un 55,7%; por ende, se concluye que a mayor edad mayor prevalencia de disfunción sexual (15).

Díaz y Vélez (2017), en su estudio de casos y controles, realizado a mujeres entre los 18 a 59 años, atendidas en el área de consulta externa de un Hospital nivel III Chiclayo, propuso identificar los factores asociados a disfunción sexual mediante la utilización del Índice de Función Sexual Femenina comparándolo con factores predisponentes como síndrome metabólico, ansiedad y depresión; menopausia, alcohol, situación de salud, estado civil, grado de instrucción, ocupación y número de embarazos. Mediante los resultados obtenidos se pudo concluir que la disfunción sexual femenina está asociada con el estado civil viuda, riesgo de ansiedad, percepción del estado de salud como enfermedad y el hábito de fumar; y como factor protector el estado civil casada. (16).

McCabe M et al. (2016) en su estudio “Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine” en el que se presenta una revisión de investigaciones previas sobre factores de riesgo de disfunción sexual en mujeres y hombre. Se encontró que la depresión y la ansiedad fueron factores de riesgo psicológicos para la disfunción

sexual en mujeres y hombres; mientras que la disfunción fue más común en mujeres solteras y en mujeres con dificultades maritales (17)

En el estudio de Soto (18) menciona la relación de la funcionalidad sexual en base a factores que pueden alterar como el índice de masa corporal, autoestima y autoimagen. Se planteó como metodología un estudio tipo descriptivo-correlacional, en el cual se utilizó una muestra de 300 encuestadas, se aplicó el instrumento de índice de masa corporal y autoimagen, y una escala de autoestima a través del Alpha de Cronbach en conjunto con el índice de función sexual femenina. Mediante los resultados obtenidos se concluyó que la mayoría de las participantes mostraron un índice de masa corporal elevado y la mayoría de las participantes refirió tener una autoestima elevada (18). Además, no se encontró relación entre el índice de autoimagen y el de masa corporal con la función sexual. Sin embargo, se encontró relación y significancia entre la autoestima y la función sexual (18).

Vizcaíno y Montero (2017), en un estudio descriptivo se analiza los factores psicosociales y su relación con la disfunción sexual femenina en un grupo de mujeres consideradas sanas que comprenden una edad de 19 a 64 años, que acuden al Centro de Salud Mental (CENSAM) en un período de entre los años de 2001 a 2014 (19). Mediante este estudio se obtuvo como resultados que, si hay relación entre la disfunción sexual femenina y los factores psicosociales, predominando los problemas entorno a la falta de privacidad, de información sexual, problemas laborales y de pareja. Por otra parte, el grupo de mujeres encuestadas refirieron que el dominio más alterado en una disfunción sexual femenina es el dolor.

Algo semejante ocurre en el estudio de Bustos y Pérez (2018), analizan la relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en la población rural de la comuna de Teno Región del Maule, en el cual participaron mujeres que acuden al control ginecológico o de planificación familiar en el centro de Salud (6). Dentro de los factores psicosociales describen; estratificación socioeconómica, el autoestima y la funcionalidad familiar, para recolectar la información aplicaron las Escalas de Graffar, Rosenberg, Smilkstein y el Índice de Función Sexual Femenina, en donde la escala de Graffar mide la estratificación socioeconómica, mientras que la de Rosenberg mide la autoestima y es una de las más utilizadas para medir los valores de respeto y aceptación, finalmente la escala de Simlkstein mide la percepción de la funcionalidad familiar y el Índice de Función Sexual Femenina que evalúa la función o disfunción sexual femenina.

Como resultado se observó que en la mayoría de la población existe disfunción sexual, en donde se ve alterado el deseo, la excitación, problemas de lubricación y orgasmo, provocando insatisfacción sexual y dispareunia, esta alteración está asociada a factores psicosociales, pero en menor frecuencia como el nivel de autoestima y la funcionalidad familiar (6). Concluyendo que la disfunción sexual si se relaciona con el nivel de estratificación económica, pero tiene muy poca relación con la autoestima y la funcionalidad familiar.

Mediante el estudio descriptivo de Ortega et al. (20) en su estudio se relacionó la disfunción sexual con la instrucción de la población femenina, el consumo de alcohol y tabaco, en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que prevalece disfunción sexual en las pacientes que refirieron dolor durante la relación sexual; generando alteraciones en el deseo y excitación por falta de lubricación y anorgasmia fomentando la insatisfacción sexual. Además, los factores de riesgo que se asoció una disfunción sexual fueron mujeres con instrucción primaria, el consumo de cigarrillo y alcohol (20).

Finalmente, a través de la investigación de Arellano (8) presentó mediante un test de cribado la existencia de la prevalencia entre los factores asociados a los pacientes de 20 a 49 años y la disfunción sexual femenina en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud, con un total de 271 pacientes. Como resultados se obtuvo que el 24,7% de las mujeres presentan disfunción sexual y una diferencia significativa en el grupo de 40-49 años; los dominios afectados de la evaluación de la función sexual femenina fueron excitación (67,8%), orgasmo (68,8%), satisfacción (31%), y lubricación (91,7%). Por otro lado, los factores que se asociaron a una disfunción sexual fueron el no tener pareja y el tener una familia funcional como factor protector. Concluyendo que es necesario el estudio de la sexualidad femenina debido a que se encuentran muchos factores asociados a la disfunción sexual. (8).

2.2. Fundamentación Filosófica

Según Platón menciona que “Todo lo que nace proviene necesariamente de una causa; pues sin causa nada puede tener origen” (21).

El prototipo de la investigación es crítico como un dilema para la investigación social que se basa en cambios sociodemográficos, y por ende depende la función sexual, pretendiendo una buena atención de salud, asumiendo como necesidad urgente una

valoración integral y su bienestar en la salud sexual femenina, con mayor porcentaje de certeza posible (22).

Aristóteles menciona que “la inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica” (23).

“Mantiene que el conocimiento va más allá de la información buscando convertir sujetos y objetos, considerando a la ciencia como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento” (24).

2.3. Fundamentación Legal

CAPÍTULO IV DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Artículo 12.- Derechos de las mujeres. - Las mujeres tienen derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y libertades contemplados en los instrumentos internacionales ratificados por el Estado, en la Constitución de la República y en la normativa vigente, que comprende, entre otros, los siguientes derechos (25):

A recibir información clara, accesible, completa, veraz, oportuna, en castellano o en su idioma propio, adecuada a la edad y contexto socio cultural, en relación a sus derechos incluyendo su salud sexual y salud reproductiva, a los mecanismos de protección, lo referente al lugar de prestación de los servicios de atención, emergencia, apoyo y recuperación integral y demás procedimientos contemplados en la presente Ley y normas concordantes (26).

Al analizar el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable mediante la Ley 25.673/2003, el art. 2 expresa lo siguiente:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- c) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- d) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (26).

Art. 4.5. P.L.R.2°. debate C. Sal. Menciona que la Salud Sexual y el estado general tanto físico, mental y psicológico generara experiencias, relaciones y vínculos que permiten el desarrollo del ser humano. La Salud Reproductiva es un estado de bienestar mental y físico que es correspondiente a la función procreadora del ser humano.

Todos los hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la toma libre de decisiones responsables y libres acerca de su vida sexual; el derecho a conocer su cuerpo, a decidir fundamentalmente sobre él, conocer y poder identificar las etapas de desarrollo psicológico y físico con el fin de desterrar conceptos y mitos errados, desentrañar tabúes y actitudes que se comenten como negativas acerca de él, de acuerdo a la potencialidad en donde se encuentre el individuo durante su ciclo vital consolidando a plenitud su desarrollo afectivo y humano (27).

Art. Inm.9 P.L.R. C. Sal. Además de ser una función biológica, la sexualidad en mujeres y hombres es un espacio de conocimiento, placer, recreación, construcción de identidad, y conocimiento. La salud tanto reproductiva como sexual, son aspectos de importancia en la salud, de manera que es concebida de manera integral tanto en el caso de hombres como de mujeres (27).

La salud reproductiva y sexual, están interrelacionada, de manera que la segunda incluye la primera, más sin embargo, el disfrutar de la salud no es necesariamente implicado en la concepción de hijos o hijas, puesto que tanto los hombres como las mujeres tienen la posibilidad de elegir la sexualidad y asociarla si desean a la reproducción, esta al ser parte de un lenguaje de amor entre la pareja, puede lograrse bajo expresiones distintas y convertirse en una fuente de desarrollo de placer e integral.

2.4. Fundamentación Teórica

2.4.1. Función sexual femenina

2.4.1.1. Historia

Es muy importante mencionar antecedentes históricos de quien hizo posible entender la anatomía-fisiológica sexual, entonces, en el renacimiento Leonardo da Vinci realizó un estudio de la anatomía del cuerpo humano, en el cual analiza que la sexualidad va indisolublemente unida a varios factores de la personalidad, a la propia carga biológica

y al sentido general de identidad. En ellos se incluye la percepción de ser hombre o mujer, es también el reflejo de las experiencias sexuales obtenidas a lo largo de la vida (28).

En la misma línea de estudio, la Educación Sexual en los adolescentes es una fase asociada al bienestar psicológico y la salud física, por esta razón debe considerarse las diferentes alteraciones que influyen en el comportamiento, la conducta, la autoestima y autorrealización. (29); factores que al ser reforzados mediante diferentes actividades beneficia en las habilidades sociales, la capacidad intelectual, la comunicación y expresión emocional (28).

Por otra parte, en el siglo XXI la expectativa de vida en la mujer es de 82.2 años, a lo largo de la historia, a la mujer se lo ha marcado como rol de madre, donde la sexualidad cobraba su principal importancia en la reproducción y la satisfacción de la pareja. El placer femenino no fue materia de relevancia por muchos años, porque no existía el espacio para el cuestionamiento de ello, por lo tanto, la sexualidad de la mujer es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo el conocimiento e identificación de sí misma, la manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto (6).

2.4.1.2. Definición de la función sexual femenina

Existen varios conceptos de diferentes autores acerca de función sexual femenina:

En 1960 Master y Johnson fueron los primeros en estudiar la fisiología del acto sexual con una “respuesta sexual femenina en cuatro fases: excitación, plateu o meseta, orgasmo y resolución”; Helen Kaplan en 1979 definió a la “respuesta sexual femenina en 3 fases: deseo sexual, excitación y orgasmo”. (20).

Mientras Vaca menciona que la sexualidad es un aspecto primordial para la calidad de vida de una mujer puesto que su nivel de bienestar físico, psicológico y social son reflejados en ella; de allí que la respuesta sexual femenina esperada sea un pilar del cual conviene dilucidar cada uno de los aspectos que conforman la respuesta sexual femenina: El deseo es de orden psicológico ya que no se produce un cambio físico concreto en la excitación; en la excitación comienza la lubricación, la vagina se expande, los labios vaginales se hinchan, el útero se desplaza hacia arriba, los pezones se ponen erectos, las mamas aumentan de tamaño, aparece rubor, aumenta el ritmo cardíaco y la tensión muscular; en la meseta, hay una continuidad de la lubricación, la vagina se expande aún más, el clítoris se retira bajo el capuchón clitorídeo; en el orgasmo aparece

la plataforma orgásmica, se inician contracciones rítmicas involuntarias del, útero, esfínter rectal y posibles espasmos, de presentarse un trastorno o alteración en una de éstas fases, se verá comprometida la satisfacción sexual, y surgirá dolor durante y/o después del coito (7).

Dentro de la función sexual femenina hay otro termino antónimo al mencionado la Disfunción Sexual, según el “Dictionnaire de la Sexualité Humaine” dirigido por Philippe Brenot (2004), se entiende por disfunción sexual a toda perturbación del desempeño sexual en cualquiera de sus fases: excitación, fase de meseta, orgasmo y resolución. Se excluye de la disfunción sexual, los trastornos de identidad y del comportamiento sexual (30).

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de Enfermedades CIE-10 en 1992 definió “disfunción sexual como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea” (12).

La función sexual resulta de la interacción de varios factores en el individuo, como, biológicos, anatómicos, psicológicos y fisiológicos; y a estos se agrega la interrelación con la pareja donde se juega un papel importante entre los patrones culturales, vivencias que se han dado en el pasado, sentimiento que se mantenga en la pareja, el estado marital de la misma y el autoestima, en donde mediante ella se permite a la pareja mantener una comunicación de intimidad y disfrute ante las sensaciones de placer (31).

La función sexual puede variar y cambiar de mujer a mujer, esto debido a que va entrelazado con factores culturales y psicosociales, a estos se agregan la interrelación de la mujer con la percepción que tendrá durante el periodo de crecimiento, en donde la cultura y la sociedad está inmersa en el desarrollo de la existencia, la sexualidad, los hábitos alimenticios; lo que ha motivado a muchos investigadores a estudiar este comportamiento (31).

2.4.1.3. Generalidades sobre la función sexual femenina

Tanto hombres como mujeres al iniciar su actividad sexual crean sensaciones como el intercambio de emociones, excitación sexual, placer físico y experimentación de afecto, romance o intimidad. Las mujeres han informado que, durante la actividad sexual, el intercambio de emociones, aumenta su bienestar físico y psicológico al sentirse deseadas y poder complacer a su pareja.

La respuesta sexual incluye lo siguiente:

- Motivación
- Excitación
- Congestión genital
- Orgasmo
- Resolución

La fisiología que se da en torno a la respuesta sexual femenina no es de total comprensión, sino involucra al sistema nervioso central y factores hormonales.

2.4.1.4. Mecanismos fisiológicos o neuropsicológicos

La respuesta sexual consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, al de la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. En el análisis de la respuesta sexual humana se suelen diferenciar una serie de componentes: deseo, excitación y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), los cuales interactúan y se refuerzan o inhiben recíprocamente (32).

Esta distinción tiene utilidad clínica: muchos procesos patológicos y/o sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos afectan primariamente a alguno de estos componentes, así entenderemos que:

- El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual. Se podría decir que el deseo consta de: raíces biológicas, que se basan en parte en hormonas, como los andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, basadas en la parte de la intimidad, el placer y cuestiones referentes a la relación; y cuestiones cognitivas que son el riesgo y el deseo (32).
- La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales, consta de mecanismos centrales: la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales: la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y mecanismos genitales: la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina (32).

- El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital, que consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los «puntos gatillo», como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas de del placer corticales (32).

El Consensus International Development Conference on Female Sexual Dysfunctions en el año 2000 indicó que existen 6 dominios para evaluar: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción (32).

En el siglo pasado, en 1966, Masters y Johnson propusieron un modelo lineal de la respuesta sexual, que se basa en observaciones de las respuestas fisiológicas experimentadas por las personas en un ambiente controlado. Este modelo describió la respuesta sexual en 4 etapas (Figura 1): una etapa inicial enmarcada por la excitación, la meseta, orgasmo y la resolución (32).

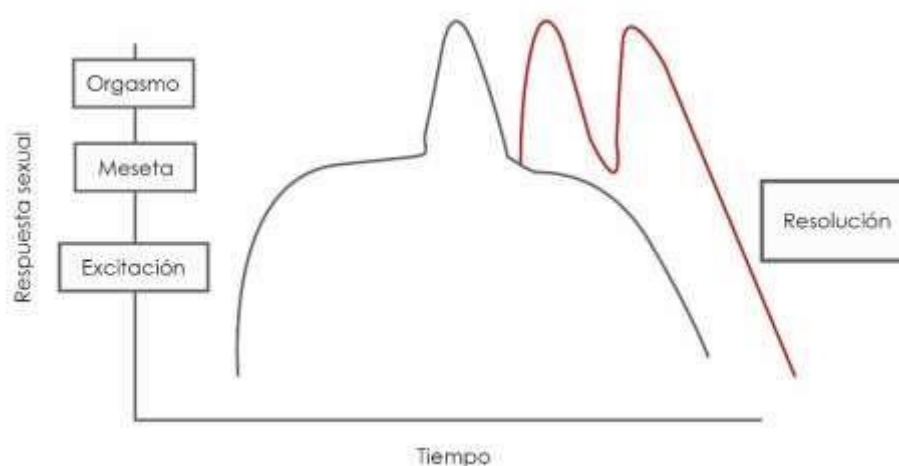


Gráfico 1. Modelo de 4 etapas de cambios fisiológicos en el acto sexual
Fuente: (32)

Posteriormente, Kaplan y Leif modificaron este modelo e incluyeron el concepto del deseo, interactuando con aspectos psicológicos, emocionales y cognitivos de la

respuesta sexual, dicho modelo englobó 3 fases en donde se incluían las anteriores: el deseo, la excitación y el orgasmo (Figura 2) (32).

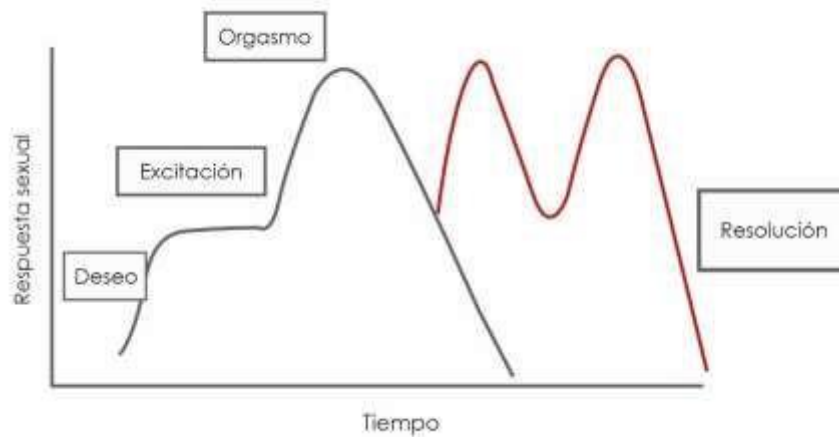


Gráfico 2. Modelo de etapas de cambios fisiológicos en el acto sexual incluye el deseo **Fuente:**

(32)

Por su parte, Basson planteó un modelo circular que se basó en la intimidad, intentando explicar de esta manera la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de la mujer, enfocándose en observaciones que muestran a menudo que no sigue una trayectoria lineal. Dicho modelo subraya la compleja interacción de la intimidad emocional, los estímulos sexuales, los factores psicológicos y el placer o satisfacción que se experimenta en una relación, factores que determinan la respuesta sexual (Figura 3) (32).

Además, propuso la definición de neutralidad sexual, en el que las mujeres parten de un estado de neutralidad donde no están motivadas por deseo espontáneo, mientras que la excitación surge en el contexto de lo que pueda ser “ganancias” en una relación amorosa (intimidad emocional, compromiso, afecto, amor, entre otros) lo que se denominó deseo responsivo (32).

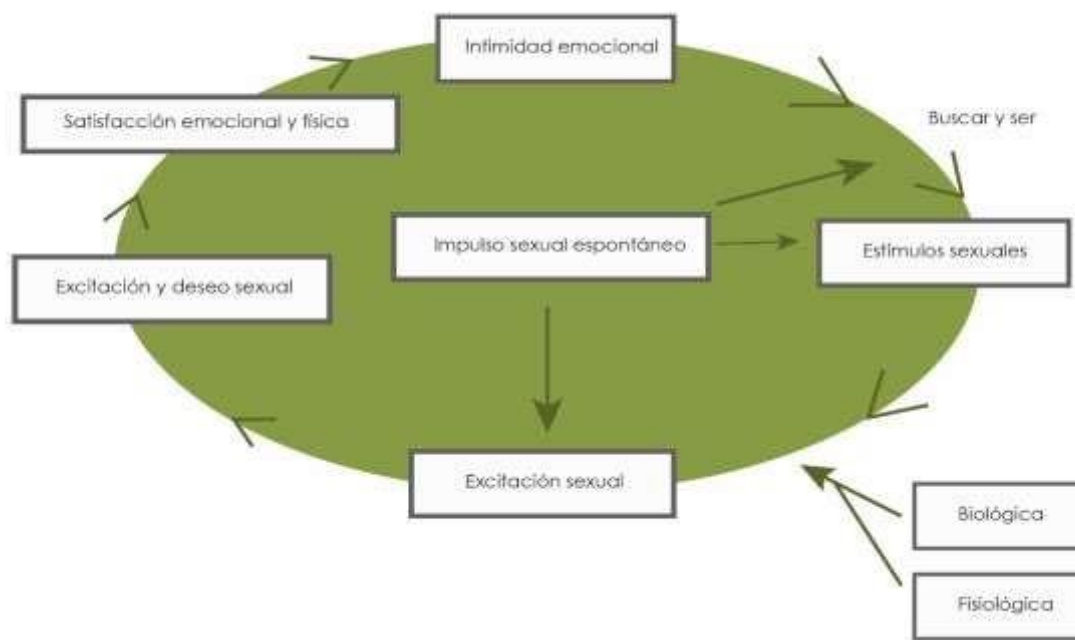


Gráfico 3. Modelo respuesta sexual femenina

Fuente: (32)

En este sentido, Montiel expone brevemente cada fase de la respuesta sexual de la siguiente manera (33):

Fase de excitación: supone el inicio de las respuestas en el organismo ante la estimulación sexual, que puede ser de carácter físico o psicológico. Los cambios experimentados en esta fase ocurren tanto en los órganos genitales (lubricación de vagina, erección del pene) como de forma sistémica (incremento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca) (33).

Fase de meseta: esta fase se caracteriza por el estímulo persistente que ha sido captado en la fase de excitación, con aumento de la tensión sexual. Aparece el vaso congestión y miotonía (33).

Fase orgásmica: en esta fase la estimulación sexual alcanza su máxima intensidad, lo que conlleva a tensión neuromuscular involuntaria y repentina. En el caso de los hombres, se refleja con la eyaculación masculina, mientras que en las mujeres se caracteriza por contracciones rítmicas reflejas de la musculatura vaginal (33).

Fase de resolución: en esta etapa, los cambios experimentados de forma fisiológica son revertidos al estado de reposo (33).

2.4.1.5. Clasificación de la función sexual

Han surgido sistemas de clasificación, en 1970 por Master y Johnson que incluía un listado de problemas, siguiendo con el sistema de clasificación de Kaplan (1974-1979) que intentó organizarla basada en el ciclo sexual y la aparición del problema. Sin embargo, la clasificación que ha recibido una gran aceptación es la propuesta por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4 (DSM-IV) (34).

La clasificación del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4 (DSM-IV) incluye con algunas modificaciones, las patologías que pueden presentarse en las fases en la respuesta sexual propuestas por Master y Johnson, englobando cuatro grupos de trastornos:

- Patología Primaria o secundaria (adquirida): esta clasificación se refiere al tiempo desde que está presente la Disfunción Sexual (34).
- Patología orgánica o funcional: al igual que en otras patologías pueden ser causadas por enfermedades de base que necesiten tratamiento médico, mientras que otras pueden ser causadas por factores psicológicos (34).
- Generalizada o situacional: esta clasificación hace referencia a las condiciones en donde se origina, así, si la patología ocurre sin distinguir pareja o situación se denomina generalizada, por otro lado, si la Disfunción Sexual se delimita a ciertas parejas o situaciones es considerada situacional (34).
- Total, o parcial: total cuando la afectación es completa y parcial para referirnos a un grado de afectación (34).

Por otra parte, tomando en cuenta la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) divide a las alteraciones sexuales en: trastorno del deseo, trastorno de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual; pero esta clasificación no solo determina procesos psicológicos sino también orgánicos (8).

2.4.1.6. Factores que influyen en el índice sexual femenina que pueden llevar a la disfunción sexual.

Hay muchos factores de riesgo que intervienen en la salud sexual, nos enfocamos principalmente en el ámbito de la funcionalidad familiar, por lo tanto, se dice que:

En Estados Unidos estos trastornos en la función sexual afectan al 50% de las mujeres en edad media especialmente en el dominio de la excitación, lubricación y satisfacción. En Chile el 26% de las mujeres presentan alteraciones en su función sexual, comprometiendo principalmente el deseo y excitación y aumentando con la edad y nivel educacional bajo. Un estudio realizado por Nazareth et al., 2003, asoció la ocupación de la mujer con disfunción sexual; el desempleo en las mujeres de mayor edad fue considerado como un predictor demográfico para presentar problemas de disfunción sexual. También en este mismo se estudió la relación de pareja que es otro factor influyente en la función sexual. El no tener pareja estable disminuye la excitación, lubricación, orgasmo y aumenta la dispareunia. De acuerdo a este estudio se determinó que el perfil de disfunción sexual femenina se ve afectada por muchos factores, por ejemplo, mujer mayor de 44 años sin pareja estable, con práctica de alguna religión, desempleada y con baja autopercepción de calidad de vida (2).

Existen diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, farmacológicos, ambientales y de salud, que intervienen o pueden alterar la función sexual ocasionando alguna manifestación en la relación sexual de pareja, en ocasiones estas alteraciones de la sexualidad ocasionan problemas serios en la relación matrimonial y familiar. Las disfunciones sexuales suelen ser la manifestación de «problemas biológicos tales como patologías anatomofisiológicas, inmunodepresión, enfermedades hereditarias que afecten la salud sexual de la mujer, y a su vez los conflictos psíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores». Influyendo también el estrés o trastornos emocionales y violencia de género (2).

2.4.2. Familia

Según la Organización Mundial de la Salud “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (12).

La estabilidad de relaciones sexuales como una de las funciones básicas de la familia, cuya finalidad es perpetuar la especie y proveer los nuevos miembros de la sociedad. Bottomore (1989) propone una definición de familia, donde resalta principalmente esta característica, entendiéndola como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la crianza de los hijos (35).

La familia es considerada, ante todo, no como una institución que se relaciona con otras, sino como una dimensión fundamental de la existencia, una dimensión de la persona, su modo de ser: en donde abarca actitudes, creencias, valores y principios los mismos que se reflejan en la comunicación diaria Buttiglione (1994).

El aporte del enfoque sistémico en el estudio de la familia ha sido entenderla como una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. Ello supone un avance para el estudio de la dinámica familiar, ya que de ella extraemos las características estructurales, funcionales e intergeneracionales de larga duración en el grupo familiar (35).

Es importante caracterizar a las familias de los pacientes que presentan alguna alteración en la función sexual femenina con el objetivo de analizar en forma integral a través de la tipología familiar. (36).

2.4.2.1. Tipología de Familia

Según Echeverri (1998), existen estudios que indican que la familia ha sufrido cambios y que es posible observar que hay más aceptación hacia tipos de familia diferentes al nuclear, que bien pueden tener como origen las rupturas conyugales o las separaciones, pero que son otras maneras de construir el vínculo familiar. Dicho de otra manera, no se acaba el complejo mundo de los afectos familiares por una ruptura entre las parejas que han conformado familias nucleares (36).

Entonces dentro de la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes (36):

- Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi integrada o desintegrada.
- Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.
- Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.
- Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

2.4.3. Tratamiento de la Disfunción Sexual:

Diversos estudios han propuesto diferentes tratamientos como, por ejemplo: Basson (1980), integró nuevos conceptos sobre el ciclo de la respuesta sexual femenina propuesto inicialmente por Masters y Johnson (1970), revolucionando así el paradigma del mismo. Este nuevo modelo se basa en la reformulación de cómo la pareja obtiene motivación sexual durante el acto íntimo, además de otros factores biopsicosociales (36).

Se ha descubierto que muchas mujeres que fueron diagnosticadas con disfunción sexual y recibieron terapia de pareja y terapia sexual combinadas, experimentaron cambios positivos luego del tratamiento, así también con terapia conyugal, la cual se centra en las emociones, con el objetivo de identificar y modificar los patrones habituales que originan el círculo de conflicto. Se procede a una segunda etapa de tratamiento, si la primera no ha sido suficiente para tratar la conflictiva de la pareja; entonces se abordará el modelo psicodinámico breve que trabaja el triángulo de las emociones y del conflicto, para lograr cambios más profundos. Sin embargo, se puede concluir que un excelente pronóstico terapéutico se lleva a cabo gracias a una excelente comunicación de pareja, resultado de un amor estable y maduro (36).

Mientras que Janssen refiere que en lo que respecta a las disfunciones de carácter sexual, se puede hacer una intervención farmacológica en casi todas las fases de la respuesta sexual, una de las excepciones es la etapa de deseo, ya que no existe evidencia de que algún fármaco que incremente el deseo sexual. En poblaciones masculinas se han observado muy buenos resultados tratando la falta de excitación o su disminución con inhibidores de la fosfodiesterasa como el sildenafil, tadalafil y vardenafil, los mismos que ayudan al paciente a lograr una erección adecuada y mantenida; sin embargo, la eficacia de estos fármacos en mujeres aún no está probada (36).

A diferencia que Kaplan para el abordaje de las disfunciones orden sexual, desarrolló la técnica de “focalización sensorial”, compuesta por una serie de procesos para incentivar a la pareja a centrarse en las sensaciones corporales en lugar del coito como tal. El objetivo principal de esta técnica es disminuir la ansiedad que la persona pueda presentar, y disfrutar del cosquilleo o tacto que la pareja le proporcione en lugar de enfocarse siempre en un objetivo más difícil de alcanzar (36).

Janssen señala que el tratamiento con progesterona en mujeres postmenopáusicas provee mejores resultados en el incremento del deseo sexual y la excitación que el uso

del placebo. Además, el estrógeno junto con la metiltestosterona reportó una mejoría significativa en el deseo sexual y la frecuencia coital. El autor menciona también la tibolona, un esteroide sintético con propiedades estrogénicas, progestagénicas y androgénicas específicas produce un aumento en la vasocongestión vaginal, deseo sexual y excitación. En cuanto a la testosterona transdérmica, produce una mejora significativa en la frecuencia de la actividad sexual y del orgasmo en mujeres ooforectomizadas e hysterectomizadas; pese a todos estos avances en TRH es importante recalcar que la función sexual no sólo depende de los niveles estrogénicos, ya que éstos se limitan a la parte biológica, sino que son un complemento de los aspectos psicológicos, sociales, ambientales y culturales; propios de cada mujer (36).

Por último, Fagan propone que, en la evaluación y tratamiento de los trastornos sexuales, sean considerados la personalidad, la inteligencia y los propios comportamientos sexuales; ya que los ambientes en los cuales el individuo interactúa pueden imponer los límites de sus rasgos, y generar modificaciones o respuestas inadecuadas, incluyendo así los trastornos sexuales; es por eso que el clínico deberá prestar atención a esos rasgos, para detectar los recursos a emplear y vulnerabilidades a compensar, al formular la causa del trastorno y desarrollar un plan de tratamiento (36).

2.4.4. Evaluación de la función sexual femenina

Existen varios métodos fisiológicos para tratar de evaluar la función sexual femenina como el Fotopletismógrafo vaginal, la ultrasonografía doppler o la resonancia magnética para evaluar el flujo sanguíneo vaginal, no están estandarizados, son de difícil aplicación clínica o epidemiológica y en algunos casos estas mediciones no son predictivos de las medidas subjetivas de función sexual femenina (placer, satisfacción, deseo, entre otras), por lo que se han diseñado cuestionarios sencillos, no invasivos, económicos y estandarizados que se recomiendan en la actualidad, uno de ellos es el índice de función sexual femenina (IFSF) que fue desarrollado y validado en el año 2000 a través de Rosen y Cols, se destaca por su amplio uso a nivel mundial, su fácil aplicación y su experiencia en estudios clínicos, eligiéndose como herramienta para esta investigación (37).

La versión final del cuestionario cuenta con una estructura de 6 factores con un total de 19 ítems, siendo estas las dimensiones o dominios del cuestionario:

- Deseo (ítem 1-2).

- Excitación (ítem 3-6).
- Lubricación (ítem 7-10)
- Orgasmo (ítem 11-13).
- Satisfacción (ítem 14-16).
- Dolor (ítem 17-19).

Para consolidar este cuestionario se lo aplico a 128 mujeres con trastorno de excitación sexual femenina y 131 mujeres incluidas en un grupo control. La confiabilidad se identificó por medio del análisis alfa de Cronbach obteniéndose un coeficiente para el total de los ítems igual a 0,97, mientras que la consistencia temporal se probó mediante el coeficiente de Pearson, en un espacio de 2 a 4 semanas, evidenciando un coeficiente r igual a 0,88. A su vez, la validez discriminante se observó al obtener diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación total del índice y sus dimensiones entre los pacientes con disfunción sexual y los controles, principalmente en los dominios de lubricación y excitación, proponiendo así un instrumento confiable y válido para evaluar la función sexual femenina (37).

Luego, en el año 2005, por medio de un estudio de validación en múltiples muestras de mujeres con distintos trastornos de función sexual, se identificó como punto de corte óptimo la puntuación menor o igual a 26,55 para cribar a mujeres con mayor probabilidad de padecer disfunción sexual femenina, con una sensibilidad de 70,7% y una especificidad de 88,1% (38). Este instrumento fue adaptado, traducido y validado a la lengua castellana por medio de Blümel y cols., en una muestra de 383 mujeres aparentemente sanas en un centro de Salud en Chile, demostrando una ser un instrumento de fácil aplicación, con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,88 y que permite evaluar la función sexual femenina en países de esta región (37).

Analizando los resultados de estas investigaciones, el resultado puede clasificarse en cada dominio, mediante la siguiente puntuación (37):

- Deseo: puntuación igual a 3,3 o menos (rango de puntaje de 1 a 5).
- Excitación: con una puntuación de 3,4 o menos (rango de puntaje de 0 a 5).
- Lubricación: puntuación igual a 3,4 o menos (rango de puntaje 0 a 5).
- Orgasmo: puntuación igual a 3,4 o menos (rango de puntaje de 0 a 5). □
- Satisfacción: puntuación igual a 3,8 o menos (rango de puntaje de 0 o 1 a 5) □
- Dolor: puntuación igual a 3,8 o menos (rango de puntaje 0 a 5).

2.4.5. Evaluación de la Funcionalidad Familiar

Para evaluar la funcionalidad familiar puede utilizar el FF-SIL, esta prueba evalúa el Funcionamiento Familiar (FF) a través de la medición de los procesos más importantes en la dinámica familiar. Para lograrlo, Dolores de la Cuesta Freijomil y colaboradores, escogieron siete pilares vitales en las interacciones familiares y formularon dos preguntas para medir cada uno de estos parámetros (38).

- **Cohesión.** - Se refiere al grado de unión física y emocional de los miembros de la familia en los distintos eventos de la vida. Preguntas 1 y 8.
- **Armonía.** - Se refiere al equilibrio emocional que viven cada uno de los subsistemas familiares y la familia como un todo. Preguntas 2 y 13.
- **Comunicación.** - Evalúa la manera cómo se expresan los pensamientos y sentimientos al interior de la familia. Preguntas 5 y 11.
- **Adaptabilidad.** - Mide la habilidad de la familia para reacomodarse ante eventos estresantes. Preguntas 6 y 10.
- **Afectividad.** - Mide la capacidad de la familia para demostrar sus afectos, sentimientos y emociones. Preguntas 4 y 14.
- **Roles.** - Evalúa el cumplimiento de las responsabilidades compartidas al interior de la familia. Preguntas 3 y 9.
- **Permeabilidad.** - Valora la capacidad de la familia para relacionarse con otros subsistemas sociales. Preguntas 7 y 12.

2.4.5.1. Puntuación:

Casi siempre = 5; muchas veces = 4; a veces = 3; pocas veces = 2; casi nunca = 1. Según los puntajes alcanzados, las familias podrán clasificarse como funcionales o disfuncionales.

- Familia Funcional: 57 a 70 puntos.
- Moderadamente Funcional: 43 a 56 puntos.
- Disfuncional: 28 a 42 puntos.
- Severamente disfuncional: 14 a 27 puntos.

Además, evaluando las parejas de preguntas correspondientes a cada parámetro de la funcionalidad familiar, este test nos permite identificar el área de mayor conflicto en la familia, lo cual guiará el diseño de estrategias de intervención terapéutica acordes a las necesidades específicas.

2.4.6. La Disfunción Sexual Femenina desde la Atención Integral en Salud

La atención integral en salud (AIS) está basada en el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, que promueve un abordaje holístico y preventivo en los pacientes, donde las necesidades sanitarias, económicas, sociales, culturales o afectivas se encuentren en equilibrio. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador define este modelo como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que forman parte de un sistema nacional de salud y tienen como objetivo “brindar asistencia sanitaria con un enfoque holístico en todos los niveles de atención” (39).

La AIS es el objetivo del primer nivel de atención en los sistemas de salud, donde el médico familiar realiza su práctica clínica diaria. No obstante, en este modelo se requiere la integración y consolidación en todos los niveles asistenciales para brindar un servicio de calidad. Las pacientes con alguna alteración en la función sexual femenina rara vez acuden al nivel primario, por el temor hacia la sociedad o la pareja (40).

Estas brechas sociales son superadas con la educación a la población y el mejoramiento de los servicios de salud, por esta razón uno de las principales actividades en este enfoque es la visita comunitaria donde se identifiquen poblaciones de riesgo, seguimiento de enfermedades, análisis familiar y evaluación clínica (40).

La Atención Primaria en Salud es el campo de trabajo de los médicos familiares y comunitarios, cuya especialidad médica se diferencia de las demás por sus lineamientos, teorías, principios y normativas, que permiten un abordaje holístico del paciente (40). Desde este abordaje, la salud no debe visualizarse simplemente como la ausencia de enfermedad, debido a que el ser humano se incluye dentro de un sistema, por ende, se ve influenciado por factores de su entorno, principalmente los factores psicológicos y sociales.

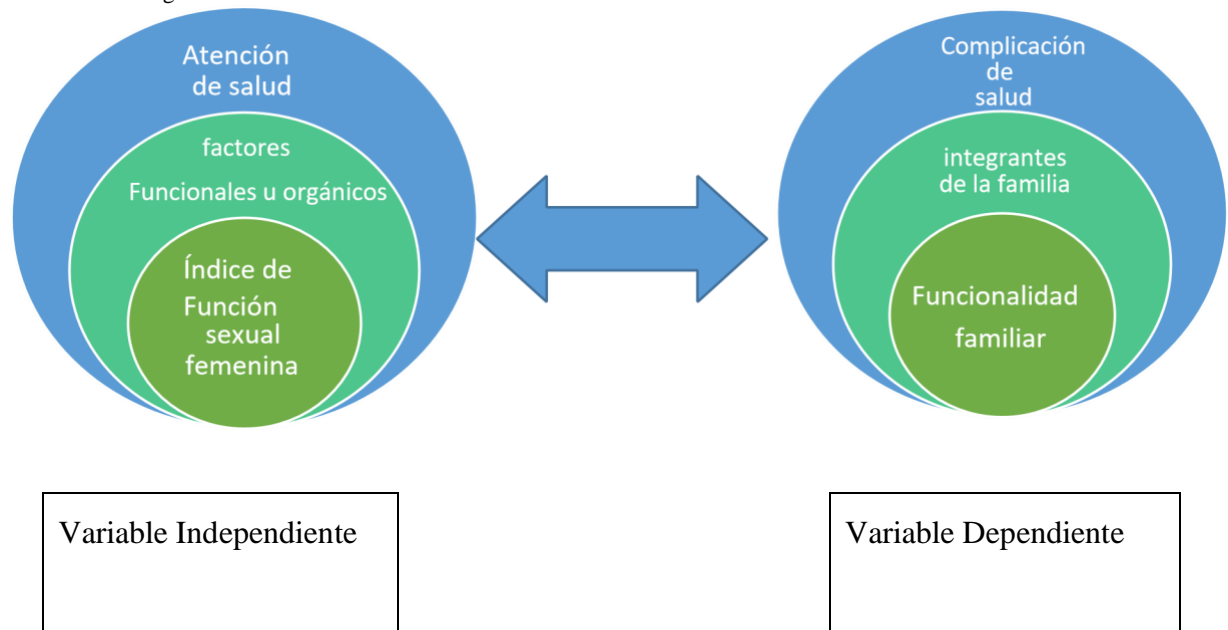
Este estudio abordándole desde el planteamiento biopsicosocial es importante, teniendo en cuenta que la función sexual depende de factores biológicos, psicológicos y sociales, que permiten a la mujer tener salud sexual, los mismos que son modificados por factores externos que pueden ocasionar enfermedad (40). Esta alteración puede ser prevenida o intervenida, por eso la necesidad que el médico familiar investigue sobre la relación de pareja y familiar de la mujer, así como también los factores sociodemográficos, que puedan estar incidiendo en la mujer que predispongan alguna alteración en la función sexual.

Además, se debe considerar al ser humano como un sistema dinámico, este posee un ciclo vital donde experimenta cambios y adquiere nuevas habilidades. Las teorías del ciclo vital más estudiadas son la del desarrollo psicosexual de Freud y la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, que son bases fundamentales en el estudio del paciente en un abordaje holístico ya que es necesario entender la fase por la que el individuo atraviesa.

Por esta razón, el médico en la Atención Primaria en Salud debe evaluar a la paciente de forma integral, conociendo que es parte de un supersistema conformado por el ontosistema (paciente con disfunción sexual), el mesosistema (la familia) y el macrosistema (sistema de salud), que es complejo, donde todas sus partes forman el todo y es necesario identificar los factores sociales, culturales, familiares y psicológicos que están incidiendo (40).

2.5. Categorías fundamentales

Gráfico 4. Categorías fundamentales



Fuente: Carate P. (2021)

2.6. Hipótesis

La evaluación del índice de función sexualidad femenina influye o cumple un rol en la funcionalidad familiar en mujeres de 20 a 45 años que acuden al Centro de Salud Aláquez.

2.7. Señalamiento de variables

2.7.1. Variable Independiente

Evaluación del índice de función sexual femenina

2.7.2. Variable dependiente

Funcionalidad familiar

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación

La presente investigación será diseñada bajo el planteamiento metodológico del enfoque cuantitativo, puesto que es el que mejor se adapta para el estudio de las variables el índice de función sexual femenina y su relación con la funcionalidad familiar.

Según Hernández y Torres enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (41).

3.2. Modalidad básica de la investigación

La modalidad de la investigación es de campo se llevará a cabo en el centro de salud Aláquez, cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el año 2020 y 2021, la información obtenida se realizó a través de una entrevista directa, en donde consiste aplicar una encuesta utilizando el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina, y test que evaluará la funcionalidad familiar como el FF-SIL. Para poder aplicar el cuestionario descrito se realizará bajo un consentimiento informado firmado que autorice que se le aplicará la encuesta.

3.3. Tipo de investigación

Dado que el objetivo del estudio será analizar la relación de Índice Sexual Femenina con la funcionalidad familiar, se recurrió a un diseño no experimental que se aplicara de manera transversal y correlacional.

De acuerdo a Hernández et al., (42) la investigación no experimental es porque no se van a manipular las variables, de diseño transversal porque se evalúa en único periodo de tiempo y correlacional debido a que se busca relacionar las variables es decir entre el índice de función sexual femenina con la funcionalidad familiar.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Partiendo de la información recolectada por el establecimiento del Centro de Salud Aláquez en el año 2020-2021, se asigna una la población de aproximadamente 196 mujeres en edad fértil de 20 a 45 años de edad.

3.4.2. Muestra

Se calcula una muestra con un total de 196 mujeres, a través de fórmulas que corresponden a una población finita, se consideró un nivel de confianza de un 95%, un margen de error máximo aceptable del 5%, de esta forma el tamaño muestral fue de 130 mujeres. Ajustando la muestra a las pérdidas esperadas de un 5%, la muestra quedó constituida por 130 mujeres a encuestar aproximadamente.

Se genera el cálculo de la muestra con la información brindada, para lo cual se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Muestra Número de encuestados

Z: Intervalo de confianza 95%= 1,96

p: Probabilidad de ocurrencia 50%=0,5

q: Probabilidad de no ocurrencia 50%=0,5

N: Población 196

e: Margen de error 5%=0,05

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 196}{196(0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{3,84 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 196}{196(0,0025) + (3,84) \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{188,16}{0,49 + 0,96}$$

$$n = \frac{188,16}{1,45}$$

$$n = 130,1$$

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres en edad fértil de 20 a 45 años
- Mujeres sexualmente activas, que se encuentren casadas o a su vez se encuentren formando un hogar con hijos o sin hijos, es decir en unión libre y solteras
- Mujeres que acuden al centro de salud Aláquez y residentes en la parroquia Aláquez.
- Firma del consentimiento informado.

3.5.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres en edad fértil con síntomas climatéricos, discapacidad intelectual, morbilidad psiquiátrica, período de gestación y periodo puerperio menores a 6 meses, que no hayan tenido ningún tipo de actividad sexual anteriormente.
- Mujeres que hayan sido histerectomizadas. □ Mujeres que consuman alcohol y/o drogas.
- Consumo de psicofármacos tales como: ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos.
- Mujeres que se negaron a firmar el consentimiento informado.
- Mujeres con vulnerabilidad, inmunodeprimidas
- Mujeres adolescentes

3.5.3. Criterios Éticos

Antes de ser incluidas en el estudio, se informará acerca del consentimiento informado. Se explicará los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellas aportarían y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo desearan, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito.

3.6. Operacionalización de variables

Tabla 1. Variable independiente: Función Sexual Femenina

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
<p>La función sexual es un aspecto central de la calidad de vida de una mujer, así como el reflejo de su nivel de bienestar físico., psicológico y social.</p>	<p>Deseo Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor</p>	<p>1ra. Escala de Likert: - Casi siempre o siempre - Muchas veces (más de la mitad de las veces) - Algunas veces (la mitad de las veces) - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) - Casi nunca o nunca</p> <p>2da. Escala de Likert: - Muy alto, Alto, Regular, Bajo, Muy bajo o nada</p> <p>3ra. Escala de Likert: - Sin actividad sexual - Casi siempre o siempre - Muchas veces (más de la mitad de las veces) - Algunas veces (la mitad de las veces) - Pocas veces (menos de la mitad de las</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3, 6, 7, 9, 11, 17, 18</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>Técnica: Psicometría Instrumento: Índice de Función Sexual Femenina IFSF</p>

		<p>veces), Casi nunca o nunca 4ta. Escala de Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin actividad sexual, Muy alto, Alto Moderado, Bajo, Muy bajo o nada <p>5ta. Escala de Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin actividad sexual, Muy alta confianza 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Alta confianza, Moderada confianza - Baja confianza, Muy baja o sin confianza 6ta. Escala de Likert: - Sin actividad sexual, Extremadamente difícil o imposible, Muy difícil, Difícil, - Levemente difícil, Sin dificultad 	8, 10, 12	
		<p>7ma. Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin actividad sexual, Muy satisfecha - Moderadamente satisfecha, Igualmente satisfecha e insatisfecha, Moderadamente insatisfecha, Muy insatisfecha 	13, 14	
		<p>8va. Escala de Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy satisfecha - Moderadamente satisfecha - Igualmente, satisfecha e insatisfecha - Moderadamente insatisfecha - Muy insatisfecha 	15, 16 19	

Fuente: Índice de Función Sexual Femenina

Autor: Rosen, R., y cols. (2004)

Tabla 2. Variable dependiente: Funcionalidad familiar

Definición	Dimensiones	Indicadores	Simbología	Ítems	Definición
Capacidad de adaptación de la familia en el núcleo familiar.	Funcional Disfuncional	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Roles Permeabilidad	1 y 8 2 y 13 5 y 11 6 y 10 4 y 14 3 y 9 7 y 12	Normal Moderado Severo	Técnica: Psicometría Instrumento: Test de Evaluación del Funcionamiento Familiar por el FF-SIL.

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar FF-SIL

Autor: Armas. (2007)

3.7. Recolección de información.

Dentro de las estrategias metodológicas para que se dé a cabo la investigación se solicitará la autorización del director del centro de salud para proceder a la aplicación de los cuestionarios a la población que sea designada. Acto seguido se procederá a recabar información de las pacientes que serán idóneas para aplicar los test respectivos.

A continuación, a las pacientes que sean idóneas se les explicará el objetivo, la importancia y el beneficio que tiene esta investigación para mejorar la salud sexual y así equilibrar el bienestar físico y biopsicosocial, luego se dará a conocer el consentimiento informado para que sea leído, comprendido, y firmado por las pacientes idóneas para la evaluación.

Después, de forma individual, se dará una introducción de los reactivos a ser aplicados, los instrumentos que se utilizarán son: “Índice de función sexual femenina” (Female Sexual Function Index o FSFI por sus siglas en inglés), siendo una escala que evalúa la función sexual femenina. Esta escala tiene un carácter multidimensional, siendo utilizado y extendido a nivel mundial con buenas propiedades psicométricas y validado al idioma español. Consta de 19 preguntas divididas en seis dimensiones las cuáles son: deseo (1 y 2), excitación (3 a 6), lubricación (7 a 10), orgasmo (11 a 13), satisfacción (14 a 16) y dolor (17 a 19). La escala tiene un diseño tipo Likert contiene cinco o seis opciones de respuesta, asignando un puntaje que va de 0 a 5. Para calcular el puntaje de cada dimensión estudiada, debe multiplicarse por un factor de homogenización. El puntaje total se obtiene de la suma de todas las dimensiones, en donde a mayor puntaje mejor sexualidad. Se ha establecido que una puntuación de 26,55 o menor establece la presencia de disfunción sexual femenina.

También se utilizará un test que evalúa la funcionalidad familiar o FF-SIL, consta de 7 parámetros; cohesión: ítems 1 y 8, armonía: 2 y 13, comunicación: 5 y 11, adaptabilidad: 6 y 10, afectividad: 4 y 14, roles: 3 y 9, permeabilidad: 7 y 12. El puntaje obtenido podrá clasificarse como funcionales de 57 a 70 puntos, moderadamente funcional: 43 a 56 puntos, disfuncional 28 a 42 puntos y severamente disfuncional 14 a 27 puntos. Todo con un fin de indagar el problema planteado, y analizar la hipótesis.

A continuación, se obtendrán las puntuaciones de cada uno de los test y se utilizará el programa IPSS para a través del Chi cuadrado realizar la comprobación de hipótesis.

Al finalizar los test las evaluadas serán notificadas para darles a conocer los resultados obtenidos en cada uno de los test, y una vez culminado el estudio, crear una estrategia dirigida a mejorar la funcionalidad familiar y lograr el bienestar sexual femenina

También se le comunicara al centro de salud sobre la investigación realizada y que resultados y beneficios aporto para la comunidad en el grupo de mujeres a estudiar.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación

4.1.1. Características de la población

Tabla 3. Datos sociodemográficos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30	44	34%
31-40	54	42%
41-45	32	24%
Total	130	100%

Autoidentificación Étnica	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	126	97%
Indígena	4	3%
Total	130	100%

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteras	31	24%
Unión libre	52	40%
Casadas	38	29%
Viudas	3	2%
Divorciadas	6	5%
Total	130	100%

Espacio geográfico	Frecuencia	Porcentaje
Rural	130	100%
Total	130	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Dentro de las características demográficas de las 130 participantes de la investigación se evidencia que el 34% (n: 44) se encuentra entre las edades de 20 a 30 años, el 42% (n: 54) entre los 31 a 40 años, el 24% (n: 32) se encuentra entre 41 a 45 años. Mientras que al analizar la autoidentificación étnica el 97% (n:126) se considera mestiza y el 3% (n:4) se considera de raza indígena. Las encuestadas entorno al estado civil mostraron un 24% (n:31) de mujeres solteras, el 40% (n:52) se encuentra en unión libre, el 29% (n:38) están casadas, el 2% (n:3) son viudas y el 5% (n:6) son divorciadas.

4.1.2. Índice de función sexual femenina

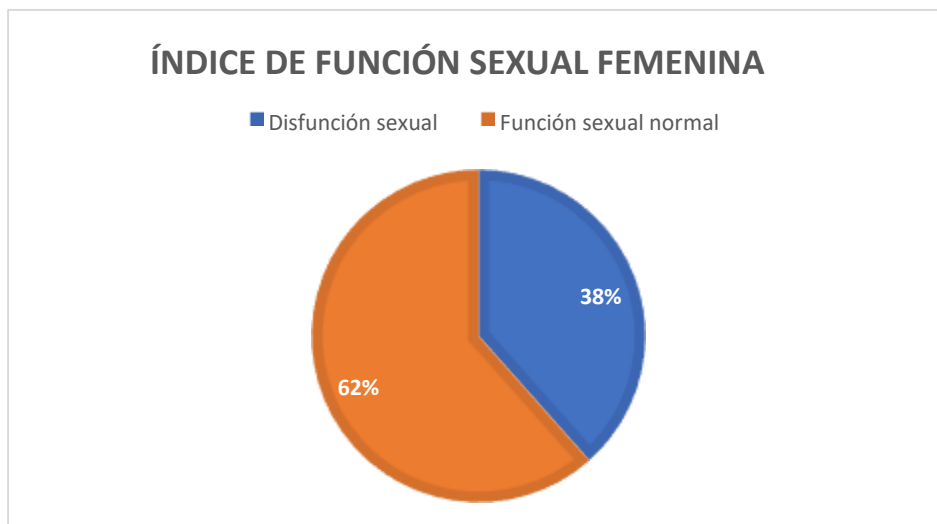
Tabla 4. Índice de función sexual femenina

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción sexual	50	38%
Función sexual normal	80	62%
Total	130	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Gráfico 5. Índice de función sexual femenina



Fuente: Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Los resultados obtenidos en el actual estudio demuestran que existe un porcentaje significativo de mujeres con disfunción sexual con un 38% (n=50), mientras que el 62% (n=80) de mujeres mantienen una función sexual normal.

Al comparar con varios autores, podemos determinar que en el estudio de Rodríguez et al. (43) un estudio descriptivo, mostró que de las mujeres encuestadas el 55% presentan disfunción sexual, mientras que el 45% poseen una funcionalidad sexual normal. Según Matute (44) la disfunción sexual femenina estuvo presente en el 60,4% (n:183) de su población de estudio y el 39,6% (n:120) mostró una función sexual normal.

Si comparamos nuestro estudio con estos resultados podemos llegar a concluir que más del 38% de la población posee una disfunción sexual, la misma que podría estar relacionada con la edad biológica y el conocimiento de su sexualidad.

Tabla 5. Prevalencia de alteración de los diferentes dominios de la Función Sexual Femenina

Dominio						
Deseo	Disfunción Sexual		Función Sexual Normal		Total	
	F	%	F	%	F	%
Alterado	32	64%	12	15%	44	33,8%
Normal	18	36%	68	85%	86	66,2%
Total	50	100%	80	100%	130	100%
Excitación						
Alterado	37	74%	9	11,3%	46	35,4%
Normal	13	26%	71	88,7%	84	64,6%
Total	50	100%	80	100,0%	130	100,0%
Lubricación						
Alterado	31	62%	6	7,5%	37	28,5%
Normal	19	38%	74	92,5%	93	71,5%
Total	50	100%	80	100,0%	130	100,0%
Orgasmo						
Alterado	35	70%	7	8,7%	42	32,3%
Normal	15	30%	73	91,3%	88	67,7%
Total	50	100%	80	100,0%	130	100,0%
Satisfacción						
Alterado	21	42%	5	6,3%	26	20%
Normal	29	58%	75	93,7%	104	80%
Total	50	100%	80	100,0%	130	100%
Dolor						
Alterado	17	34%	3	3,7%	20	15,4%
Normal	33	66%	77	96,3%	110	84,6%
Total	50	100%	80	100,0%	130	100,0%

Fuente: Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

La población en estudio mostró una prevalencia alta de disfunción sexual en los siguientes dominios como: el deseo en un 64%, excitación 74%, lubricación 62% y orgasmo el 70% del total de mujeres con disfunción sexual, cabe recalcar que más de dos formas clínicas de la función sexual estuvieron presentes en las mujeres.

Al comparar con el estudio de Bustos y Pérez (2018) un estudio descriptivo, demostró que en el grupo de mujeres con disfunción sexual; el deseo, la excitación, lubricación y el orgasmo estuvieron comprometidos, provocando insatisfacción sexual y dispareunia en la mujer (6).

Observando las mismas alteraciones en el estudio actual.

Tabla 6. Rangos de edad relacionados con el Índice de Función Sexual Femenina

Rango de Edad	Función sexual normal	Porcentaje	Disfunción sexual	Porcentaje	Total
20-30 años	17	13%	9	7%	20%
31-40 años	41	32%	12	9%	41%
41-45 años	22	17%	29	22%	39%
Total	80	62%	50	38%	100%

Fuente: Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

La distribución por edad en mujeres con disfunción sexual es de suma importancia, debido a que los cambios biológicos y demográficos a lo largo de su vida pueden alterar su función sexual. El intervalo de edad con mayor afectación en su función sexual encontrado en este estudio es entre los 41 a 45 años.

Con los resultados obtenidos se relaciona que la prevalencia de disfunción sexual es mayor a partir de los 41 años de edad como se demuestra en el estudio de Matute (44). Por ende, se concluye que a mayor edad mayor disfunción sexual.

Tabla 7. Estado civil relacionado con el índice de funcionalidad sexual

Estado Civil	Función sexual normal	Porcentaje	Disfunción sexual	Porcentaje	Total
Soltera	9	7%	22	17%	24%
Unión Libre 1	37	28%	15	12%	40%
Casada	34	26%	4	3%	29%
Viuda	0	0%	3	2%	2%
Divorciada	0	0%	6	5%	5%
Total	80	62%	50	38%	100%

Fuente: Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Los resultados existentes en relación a la disfunción sexual y las variables sociodemográficas como el estado civil, reportan que el 17% de la población de mujeres solteras prevalece la disfunción sexual. Corroborando con el estudio de McCabe M et al. (2016) describe que existe un porcentaje significativo de disfunción sexual en mujeres solteras y con problemas maritales.

4.2. Funcionalidad familiar

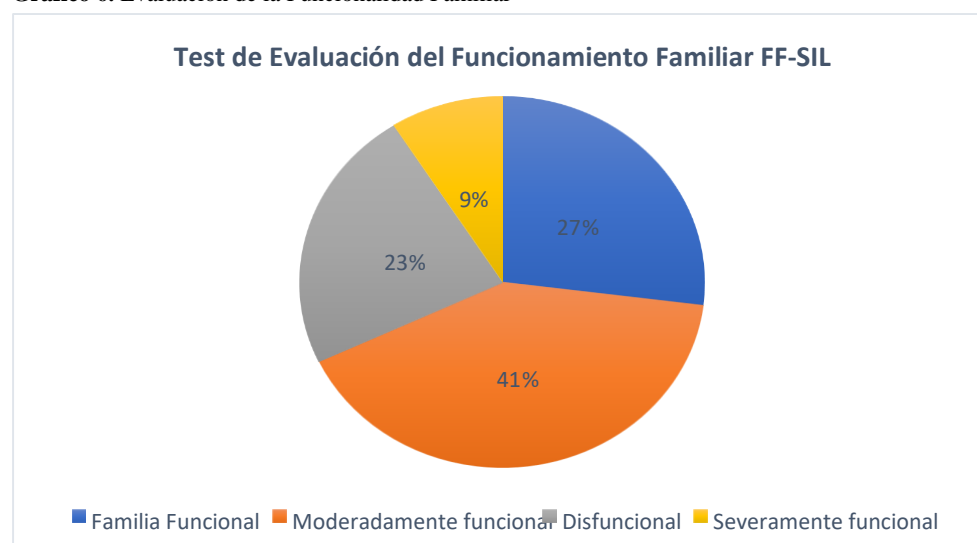
Tabla N° 8 Evaluación de la Funcionalidad Familiar

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Familia Funcional	35	27%
Moderadamente funcional	53	41%
Disfuncional	30	23%
Severamente funcional	12	9%
Total	130	100%

Fuente: Test de Evaluación del Funcionamiento Familiar FF-SIL

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Gráfico 6. Evaluación de la Funcionalidad Familiar



Fuente: Test de Evaluación del Funcionamiento Familiar FF-SIL

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Del total de la población de mujeres encuestadas se determinó que prevalece una familia moderadamente funcional con el 41% (n:53), es decir que en este grupo de mujeres existe una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías que define el funcionamiento familiar y que se obtiene mediante el Test con una puntuación de 56 a 43 puntos.

Seguido del 27% de mujeres con familia funcional caracterizada por un desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrenar los cambios.

El 23 % presentan una familia disfuncional en la cual existe una expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar. Se obtiene en Test con una puntuación de 42 a 28 puntos. Por último, observamos que el 9% del total de la población en estudio que mantienen una familia severamente disfuncional es decir se refleja como una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar, se obtiene en el Test con una puntuación de 27 a 14.

Tabla 9. Parámetros para la evaluación de la Funcionalidad Familiar

	Familia Funcional		Moderadamente Funcional		Disfuncional		Severamente Disfuncional		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cohesión	4	3%	3	3%	2	2%	0	0%	9	6.9%
Armonía	11	8%	5	4%	0	0%	0	0%	16	12.3%
Comunicación	9	7%	7	5%	5	4%	0	0%	21	16.1%
Adaptabilidad	3	3%	17	13%	10	8%	5	4%	35	26.9%
Efectividad	2	2%	5	4%	0	0%	0	0%	7	5.4%
Roles	4	3%	12	9%	8	6%	7	5%	31	23.8%
Permeabilidad	2	2%	4	3%	5	4%	0	0%	11	8.5%
Total	35	27%	53	40%	30	23%	12	10%	130	100%

Fuente: Cuestionario Índice de Funcionalidad Familiar

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Al analizar los dominios de evaluación de la funcionalidad familiar se identificó que dentro de las familias disfuncionales aún prevalece la adaptabilidad y roles en cada una de ellas mientras que los otros dominios están ausentes.

Según los resultados obtenidos al relacionar con el estudio de Chacón (45) reportan datos similares en familias disfuncionales prevaleciendo la adaptabilidad, roles y comunicación.

La familia es un sistema social que tiene reglas, sus componentes, roles, necesidades, etc. que fluctúan a largo de la vida y que depende de ello para lograr un confort en la pareja y un alto grado de desarrollo en la estructura familiar generando un mayor bienestar personal. Pese a existir familias disfuncionales se observa el acoplamiento de adaptabilidad la misma que se caracteriza por la habilidad de la familia para cambiar de estructura, poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera. Así también cada miembro de la familia cumple responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar determinando el rol de la familia.

Tabla 10. Relación entre el rango de edad y la Funcionalidad familiar

Rango de Edad	Familia Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-30 años	7	5%	27	20%	8	6%	4	3%	46	34%
31-40 años	10	8%	15	12%	16	12%	6	5%	47	37%
41-45 años	18	14%	11	8%	6	5%	2	2%	37	29%
Total	35	27%	53	40%	30	23%	12	10%	130	100%

Fuente: Cuestionario Índice de Funcionalidad Familiar

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Se relacionó la funcionalidad familiar con el rango de edad, nuestro estudio demuestra que entre las edades de 41 a 45 años (14%) mantienen una función familiar adecuada, en tanto que en menor porcentaje y entre las edades de 31 a 40 años (12%) prevalece la disfunción familiar.

Se consideró relevante correlacionar con el estudio de Bustos y Pérez (6) en el cual detalla que a mayor edad mejor es la funcionalidad familiar, esto debido a cambios en las diferentes etapas de la vida tanto físicos, sociales y demográficos que reafirman la funcionalidad familiar.

Tabla 11. Relación de estado civil y Funcionalidad familiar

Estado Civil	Familia Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Solteras	15	12%	6	4%	7	5%	6	5%	34	26%
Unión Libre	9	7%	25	19%	11	8%	2	2%	47	36%
Casadas	11	8%	18	13%	6	5%	4	3%	39	30%
Viudas	0	0%	2	1%	2	2%	0	0%	4	3%
Divorciadas	0	0%	2	1%	4	3%	0	0%	6	5%
Total	35	27%	53	40%	30	23%	12	10%	130	100%

Fuente: Cuestionario Índice de Funcionalidad Familiar

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

De forma específica y directa se analiza el estado civil y la funcionalidad familiar, en la cual se evidencia mayor prevalencia de disfunción familiar en la población de mujeres en unión libre y solteras.

La siguiente interpretación de resultados se hace referencia al estudio de Acosta et al. (46) el cual determinó que el estado civil en una mujer influye en mantener o no una adecuada funcionalidad familiar.

4.3. Correlación entre la función sexual femenina y la funcionalidad familiar

Tabla 12. Correlación entre la función sexual femenina y la funcionalidad familiar.

		FUNCIONALIDAD FAMILIAR									
		FAMILIA FUNCIONAL		MODERADAENTE FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		SEVERAMENTE DISFUNCIONAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FUNCION SEXUAL FEMENINA	FUNCION SEXUAL	10	28,6%	30	56,6%	28	93,3%	12	100,0%	80	62%
	DISFUNCION SEXUAL	25	71,4%	23	43,4%	2	6,7%	0	0,0%	50	39%
	TOTAL	35	1	53	1	30	1	12	1	130	100%

$\chi^2=36,93$; $gl=3$; χ^2 tabla=7,81

Fuente: Cuestionarios

Elaborado por: Carate, P. (2021)

Análisis e interpretación

Se comparó la funcionalidad familiar y la función sexual femenina. En 35 mujeres (27%) pese a mantener una funcionalidad familiar adecuada, el 71% de ellas presentan disfunción sexual; mientras tanto que en 95 mujeres (73%) identificadas con algún problema de su funcionalidad familiar mantienen una función sexual normal en un 93%.

Estos resultados contradictorios identificados demuestran que pese a tener problemas de disfunción sexual y/o mantener una funcionalidad familiar prefieren conservar una familia unida y procurar satisfacer las necesidades de su pareja antes que su bienestar propio, predominando el machismo, adicionalmente al ser la población de estudio del área rural mantienen costumbres propias, creencias, tabúes relacionados con la sexualidad que no les permite disfrutar de forma abierta de una sexualidad libre y sana.

4.4. Verificación de la hipótesis

Para la verificación de la hipótesis se aplicó el método estadístico de correlación de χ^2 de Pearson, donde el planteamiento de la hipótesis se presenta de la siguiente manera:

H₀: El índice de función sexual femenina influye o cumple un rol en la funcionalidad familiar en mujeres de 20 a 45 años que acuden al Centro de Salud Aláquez.

H₁: El índice de función sexual femenina no influye o no cumple un rol en la funcionalidad familiar en mujeres de 20 a 45 años que acuden al Centro de Salud Aláquez.

DEFINICIÓN	FUNCIONALIDAD SEXUAL FEMENINA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FSF FF
CORRELACIÓN FSF Y FF	x ² : 36,93	

El nivel de significancia de los resultados es del 0,05; los datos ingresados no poseen una relación entre si es decir que el índice de funcionalidad sexual femenina no influye en la funcionalidad familiar en mujeres de 20 a 45 años que acuden al Centro de Salud Aláquez del cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi, resultado que se genera en base al x²:36,93, que al ser comparado con el de la tabla es de x² tabla: 7,81. Donde al analizarlos estadísticamente se determina la siguiente resolución de la hipótesis.

$$x^2 \text{ calculado} > x^2 \text{ tabla}$$

$$36,93 > 7,81$$

Acepta la hipótesis alternativa

Por lo tanto, en este caso se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula, con la conclusión de que según los resultados de los cuestionarios y el chi² de Pearson no existe una relación entre el nivel de funcionalidad familiar y el índice de funcionalidad sexual femenina.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La prevalencia de disfunción sexual femenina valorada mediante el índice de función sexual se dio en un menor porcentaje en comparación con mujeres que presentaron una función sexual normal obteniendo el mayor porcentaje.
- Las formas clínicas o dominios de la función sexual femenina, que predominaron con un mayor porcentaje en mujeres con disfunción sexual fue el deseo y la excitación.
- Se evaluó estadísticamente la relación del índice de función sexual femenina con el grupo de edad, reflejando un mayor porcentaje de disfunción sexual en la edad de 41 a 45 años, así también se relacionó con el estado civil de las mujeres, reportando el mayor porcentaje de disfunción sexual en mujeres solteras.
- En cuanto al análisis estadístico de la funcionalidad familiar se obtuvo el mayor porcentaje de mujeres con una familia moderadamente funcional, a su vez se relacionó con el grupo de edad y el estado civil, teniendo así una prevalencia alta en mujeres de 20 a 30 años con disfunción familiar leve y que también prevalece en mujeres en unión libre.
- Se consideró estadísticamente los parámetros para la evaluación de funcionalidad familiar en donde la adaptabilidad y los roles de la familia son los q más prevalecen tanto en una familia disfuncional y funcional
- De acuerdo a la aplicación de los instrumentos validados y los resultados respectivos y al correlacionar las variables no existe influencia entre el índice de función sexual femenina y la funcionalidad familiar.
- Mediante los resultados se confirmó que pese a que existe una funcionalidad familiar adecuada tienen algún problema de disfunción sexual, esto se debe a que las mujeres prefieren conservar una familia unida, satisfacer las necesidades de su pareja antes que su bienestar propio, además influyen, las costumbres, tabúes creencias relacionadas con la sexualidad que aún se conserva en cada una de ellas provocando alteración en la función sexual.

5.2. Recomendaciones

- Promover a realizar más investigaciones futuras sobre la función sexual en la mujer, con un fin de lograr un análisis de los factores que pueden alterar a la misma y estudiarla en las diferentes culturas de una población.
- Incentivar la creación de programas de salud sexual y reproductiva, donde las mujeres logren identificar la presencia de alteraciones en la función sexual, con un propósito de realizar un manejo adecuado de la misma.
- Fortalecer la relación médico paciente en temas de sexualidad para lograr una mejor empatía con ello y de esta manera dar un manejo multidisciplinario en coordinación con Psicólogos, Psiquiatras, Internistas, Urólogos, Ginecólogos y Sexólogos, según requieran las pacientes.
- Las intervenciones oportunas del sistema de atención de salud mejoran el acceso y la calidad de los servicios clínicos preventivos, priorizando también la salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Realizar actividades de aprendizaje y promoción enfocados a una sexualidad libre y sana, adicionalmente métodos que le permita a la pareja obtener una respuesta sexual adecuada, en el Centro de Salud Aláquez tipo A.

Autor: Pamela Carate

C.I.: 0503639874

Dirección: Latacunga

Teléfono:0979327695

E-mail: pcarate9874@uta.edu.ec

Tutor: Dra. Esp. Norma Castro

6.2. Antecedentes de la propuesta

En el estudio se buscó relacionar si el índice de función sexual femenina influye en la funcionalidad familiar en un grupo etario de mujeres en edad fértil comprendida entre 20 a 45 años que acuden al Centro de Salud Aláquez, se concluyó que en 35 mujeres (27%) pese a mantener una funcionalidad familiar adecuada el 71% de ellas presentan disfunción sexual; mientras tanto que en 95 mujeres (73%) identificadas con algún problema de su funcionalidad familiar mantienen una función sexual normal en un 93%. Estos resultados se deben a que las mujeres prefieren conservar una familia unida, satisfacer las necesidades de su pareja antes que su bienestar propio, además influyen, las costumbres, tabúes creencias relacionadas con la sexualidad que aún se conserva en cada una de ellas provocando alteración en la función sexual femenina.

6.3. Justificación

En la presente investigación, se observó que el 38% del total de la población en estudio presentó disfunción sexual siendo un porcentaje considerable para solucionar los distintos problemas que no les permite crear una sexualidad libre y sana, por ende, es de gran importancia ejecutar estrategias de promoción de salud acerca de sexualidad con el objetivo de mejorar

nuestro autoconocimiento y la psicoeducación en las mujeres y la pareja acerca de los elementos que favorecen el bienestar y el crecimiento erótico y sexual

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Diseñar actividades de aprendizaje y promoción enfocados a una sexualidad libre y sana, adicionalmente métodos que le permita a la pareja obtener una respuesta sexual adecuada, en el Centro de Salud Aláquez tipo A

6.4.2. Objetivos Específicos

- Planificar asesorías personalizadas para el manejo de la salud sexual femenina
- Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.
- Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual para un manejo multidisciplinario.
- Planificar asesorías individualizadas y en pareja para garantizar una educación sexual integral.

6.5. Análisis de factibilidad

La realización de la propuesta es factible debido a que, para realizar actividades de aprendizaje y promoción enfocados a una sexualidad libre y sana, adicionalmente métodos que le permita a la pareja obtener una respuesta sexual adecuada, se cuenta con el apoyo de las autoridades del Centro de Salud Aláquez, personal de salud, el comité local de salud y los actores sociales de la población, con ello nos permitirá realizar las diferentes actividades ya sea en el Centro de Salud Aláquez o en los diferentes domicilios de la comunidad.

6.6. Fundamentación

Diagnóstico

El diagnóstico oportuno de disfunción sexual femenina por parte de los profesionales de salud logra prever repercusiones psicológicas y físicas con un correcto manejo. Por lo que se considera esta investigación de gran relevancia y la cual se puede identificar y manejar a través del cuestionario del Índice de Función Sexual femenina.

Sistemas de control

Mediante una correcta identificación de pacientes con disfunción sexual, el llenado correcto de la historia clínica y la creación de una matriz de evaluación semanal, quincenal o mensual de las pacientes diagnosticadas, se podrá evidenciar si la disfunción sexual tras una valoración a futuro, disminuyó y mejoro su calidad de vida. Además, se podrá evaluar el actuar del personal de salud mediante indicadores como, un diagnóstico oportuno, la aparición de enfermedades psicológicas, ginecológicas, seguimiento del paciente y la evaluación del desempeño de los trabajadores de la salud mediante el estudio de las historias clínicas, la valoración de las pacientes después del tratamiento adecuado.

Protocolo de registro

Se implementará la creación de una matriz de registro en donde se pueda identificar al paciente entorno al diagnóstico, tratamiento, manejo (técnicas de intervención) y seguimiento de las mujeres con disfunción sexual a través de los siguientes ítems: Edad del paciente, nombre, número de cédula, residencia, factores que alteren la salud sexual, sintomatología, resultados tras la aplicación de las encuesta el Índice de Función Sexual Femenina, diagnóstico, adherencia al tratamiento, técnicas de intervención y referencia a ginecología o psiquiatría. Además, enfatizar en el llenado correcto del historial clínico de las pacientes.

Conocimiento profesional

El profesional del área de la salud que labora en el Centro de Salud Alaquez tipo A, ubicado en la parroquia Alaquez, ciudad de Latacunga, posee las herramientas adecuadas para captar y diagnosticar a las pacientes con disfuncionalidad sexual. El personal de salud debe actualizar sus conocimientos con evidencias, artículos y guías clínicas actualizadas que sean de interés; lo que permitirá generar un manejo eficiente y eficaz para la población, impartiendo actividades de aprendizaje y promoción enfocados a una sexualidad libre y sana

6.7. Modelo operativo

Tabla 7. Plan operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
DIAGNÓSTICO OPORTUNO	Brindar un diagnóstico oportuno de la disfuncionalidad familiar y sexual en la población femenina perteneciente al Centro de Salud Alaquez Tipo A, para mejorar el manejo integral a futuro.	<p>Prevención</p> <p>-Dar charlas informativas acerca de la importancia de una vida sexual activa y sus beneficios psicológicos y fisiológicos.</p> <p>Diagnóstico</p> <p>-Cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina.</p> <p>Tratamiento</p> <p>-Terapia psicológica.</p> <p>-Seguimiento por medicina familiar, ginecología y psicología. -Tratamiento farmacológico en caso que fuera necesario</p>	<p>El tiempo de aplicación de los cuestionarios se dará entre 15 a 20 minutos.</p> <p>El tiempo de duración de consulta Medicina Familiar, Ginecológica o Psicológica se generará entre 20 minutos a 1 hora.</p>	<p>Profesionales de la Salud: Médico rural, Médico general, Médico familiar, psicología y Médico en Ginecología (en casos de que fuera necesario referir)</p>	<p>-Diagnóstico oportuno. - Seguimiento correcto de la paciente. - Manejo multidisciplinario.</p>

<p>SISTEMA DE CONTROL DE TRABAJO</p>	<p>Se logra mediante una identificación correcta de mujeres con disfunción sexual, guiándonos mediante una matriz que nos permitirá dar seguimiento y manejo adecuado, además se valorará el actuar del personal de Salud.</p>	<p>Variables de control</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico oportuno. - Evaluación del desempeño de los trabajadores del Centro de Salud. -Valoración del paciente luego de terapia. - Tratamiento oportuno. - Seguimiento adecuado de las pacientes 	<p>En cada consulta, lo pertinente al trabajo de administración será entre 15 a 20 minutos.</p>	<p>Profesional de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desempeño del personal de salud adecuado. - Diagnóstico adecuado y un correcto manejo.
<p>PROTOCOLO DE REGISTRO DE INTEVENCIÓN</p>	<p>Implementar una matriz logre que dar identificar, manejo oportuno multidisciplinario</p>	<p>Protocolo conformado por los siguientes ítems.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad de la paciente. -Nombre de la paciente. -Número de cédula. -Factores que alteren la salud sexual -Residencia. -Sintomatología 	<p>Tiempo de duración de la consulta de 30 minutos a 1 hora.</p> <p>Tiempo de duración de la charla educativa de 30 a 45 minutos.</p>	<p>Profesional de Salud.</p>	<p>-Llenado correcto del historial clínico y la matriz propuesta.</p>

		<p>-Resultados tras la aplicación del cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina</p> <p>-Diagnóstico</p> <p>- Técnicas de intervención</p>			
<p>ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS</p>	<p>-Actualización de conocimiento de acuerdo a guías clínicas, evidencias y artículos de interés; lo cual permitirá brindar una atención eficiente y eficaz a la población.</p>	<p>-Estudio de guías clínicas actualizadas acerca de la función sexual femenina. - Lectura crítica de artículos de interés que hablen acerca de los beneficios de la vida sexual activa.</p>	<p>Charlas educativas para el personal de la Salud que dure dos horas a la semana.</p>	<p>Profesional de Salud.</p>	<p>Conocer adecuadamente información acerca de los beneficios de tener una vida sexual activa.</p>

Fuente: Carate, P. (2021)

Elaborado por: Carate, P. (2021)

6.8. Administración

Gráfico 7. Administración de la propuesta



Fuente: Carate, P. (2021)

Elaborado por: Carate, P. (2021)

6.9. Previsión de la evaluación

El plan de monitoreo y evaluación de la propuesta se realizará mediante el llenado correcto de la matriz establecida, para ello es importante el manejo adecuado del historial clínico de la paciente, así también la aplicación de estudios estadísticos los mismos que nos permitirá evaluar las limitaciones en el primer nivel de atención para un posterior manejo multidisciplinario.

MATERIALES DE REFERENCIA

1. Alonso M. Female orgasmic disorder. Assistance protocol. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(2). 2016;: p. 216-247.
2. Muñoz A, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3). 2016;: p. 168-180.
3. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 6(1). 2012;: p. 155-166.
4. Bernita E, Balseca C, Seminario S. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dominio de las Ciencias*, 3(2). 2017;: p. 921-935.
5. Organización Mundial de la Salud. *Salud Sexual*. [Online].; 2016. Available from: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
6. Bustos G, Pérez R. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatología y Reproducción Humana*, 32(1). 2018;: p. 9-18.
7. Vaca V. Calidad de vida y su incidencia en la función sexual femenina (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Psicología Clínica). 2017.
8. Arellano G. Cribado de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes de 20-49 años que acuden a la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN) período junio a agosto del 2016. 2017.
9. Vega G, Flores P, Ávila J, Becerril A, Vega A, Camacho N, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(2). 2014;: p. 81-85.
10. Hoz L. Incidencia a un año de deseo sexual hipoactivo en mujeres que planifican con implante . subdérmico de levonorgestrel. Estudio de cohorte. Armenia, Colombia, 2014-2019. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(1). 2021;: p. 33.
11. Salas M. *Terapia Sexual: hacia un modelo integrativo multidimensional*. 2016.
12. OMS. Organización Mundial de la salud; Familias y Sexualidad. [Online].; 2018 [cited 2020 . Septiembre 8. Available from: http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap_02.html.
13. Sánchez T. Sexualidad Femenina mitos y tabúes en el desarrollo sexual de las estudiantes de la . carrera de Psicología Educativa Orientación Vocacional y Familiar de la Unach. (Bachelor's thesis, Riobamba). 2020.
14. Zhang CJTLZLZTXJL. A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction . Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. [Online].; 2017 [cited 2017 November. Available from: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(17\)31393-0/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(17)31393-0/fulltext).

- 15 Orderique R. Evaluación del índice de función sexual femenina en mujeres adultas atendidas en el hospital María Auxiliadora, Lima, septiembre–octubre 2018. 2019.
- 16 Díaz C, Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4). 2017;; p. 386-395.
- 17 McCabe MP,IDSRLRBDFFELSWLyRT. «Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine». *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(2):(153-67.).
- 18 Soto F. Índice de masa corporal, autoimagen, autoestima y su relación con la función sexual en mujeres (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). 2017.
- 19 Alonso M, Vizcaíno Y. Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas. *Revista Sexología y Sociedad*, 23(2). 2017;; p. 182-194.
- 20 Ortega V, Peláez C, Peña A. Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. *Revista Médica HJCA*, 8(1). 2016;; p. 19-24.
- 21 Calderón P. Historia de las doctrinas filosóficas. Pearson Educación. 2004.
- 22 Felix J, Díaz J. Salud sexual y reproductiva con enfoque de género en jóvenes adolescentes del colegio Nacional Víctor Manuel Guzmán de la ciudad de Ibarra 2013 (Bachelor's thesis). 2013.
- 23 Fariñas G. La vuelta a la phronesis aristotélica en la teoría y la práctica de la empresa creadora de conocimiento de Ikujiro Nonaka. *Revista empresa y humanismo*. 2015;; p. 41-80.
- 24 Alan D, Cortez L. Procesos y fundamentos de la investigación científica. 2018.
- 25 Garbay S. Derechos sexuales y derechos reproductivos en la normativa constitucional e Internacional. 2006.
- 26 España M, Galarza A. Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres Comprehensive Organic Law for the Prevention and Eradication of Gender Violence against Women. [Online].; 2018 [cited 2020 Octubre 23. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ecu_leyintegralprevencionerradicacionviolenciagenero.pdf.
- 27 Constitución Pública del Ecuador. Marco legal sobre los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes. Derecho Ecuador. 2005 Noviembre.
- 28 De la Hoz L, Fernández E. La Anatomía Humana en el arte de Leonardo da Vinci. *Acta Médica del Centro*, 10(1). 2016;; p. 75-77.
- 29 Pérez V, Sigler M, Genovés J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Atencion Primaria*, 38(6). 2006;; p. 339-344.
- 30 Plumauzille C. Élaborer un savoir sur la sexualité: le Dictionnaire des sciences médicales (1812. 1822). *lio. Femmes, Genre, Histoire*, (31). 2010;; p. 111-132.

- 31 Moya , Bayona. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina.. .
Revista CES Salud Pública. 2014; 5(1).
- 32 Royo F. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad (Doctoral .
dissertation, Universidad de Valladolid). 2010.
- 33 Montiel G, Martínez P. Representaciones sociales sobre ser mujer y las prácticas sexuales a .
temprana edad en adolescentes femeninas de la Escuela Normal Superior de Sahagún-Córdoba.
2020.
- 34 Granero M. Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. Revista Costarricense de .
Psicología, 33(2). 2014;; p. 179-197.
- 35 Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Ajayu órgano de .
difusión científica del departamento de psicología ucbsp, 14(2). 2016;; p. 247-283.
- 36 Monroy L, Ramírez C. La familia como red de apoyo social en estudiantes universitarios que .
ingresan a primer semestre. Espiral, Revista de Docencia e investigación, 6(2). 2016;; p. 79-90.
- 37 Parra C. Estudio de los cambios en la función sexual de la mujer tras la histerectomía. [Online].; .
2016 [cited 2021 Enero 10. Available from:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8532/TESIS%20%20C1ngel%20Parra.pdf?sequence=1>.
- 38 González A. Percepción del funcionamiento familiar y su relación con la sintomatología .
climática en mujeres uruarias de un centro de salud de nivel primario. 2015.
- 39 Martínez A, Carreras J, De Haro A. Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida. .
Arán Ediciones. 2000.
- 40 Moyano A, Garmendia J, Palmero C, Vargas B, Pinto J, Alcina M, et al. Continuidad asistencial.
. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.
Revista Clínica Española, 207(10). 2007;; p. 510-520.
- 41 Hernández R, Torres C. Metodología de la investigación (Vol. 4). México^ eD. F DF: McGraw.
Hill Interamericana. 2018.
- 42 Hernández R, Fernández S, Baptista R. Metodología de la Investigación. 2014.
.
- 43 Rodríguez Y, Guerrero J, Collazo C, Bernal , Díaz H. Función sexual femenina en las estudiantes
. de psicología clínica de la universidad católica de cuenca, Ecuador. Revista Electrónica de
Psicología Iztacala. 2018; 20(3): p. 233-252.
- 44 Matute V. Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados, Hospital José . Carrasco
Arteaga. 2014.
- 45 Chacón S. Funcionalidad familiar y su relación con el bienestar personal en adolescentes de 13 a .
18 años, expuestos a violencia intrafamiliar, Pasco, 2020. 2020.
- 46 Acosta E, López C, Martínez M, Zapata R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento
. en pacientes con cáncer de mama. Horizonte sanitario, 16(2). 2017;; p. 139-148.

47 De la Hoz F. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje .
Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Archivos de Medicina (Col), 17(1). 2017;; p. 70-77.

ANEXOS

1.- Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

COORDINACIÓN DE POSGRADOS

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación, es dirigido por la Dra. Dr. Esp Castro Acosta Norma del Carmen y es realizada por Pamela Estefanía Carate Guagchinga, estudiante de Posgrado en Medicina Familiar Y Comunitaria de la Ciudad de Ambato.

El Objetivo de la presente investigación es determinar el índice de función sexual femenina y su relación en la funcionalidad familiar en mujeres en edad fértil de 20 a 45 años de edad que acuden al centro de salud Aláquez. Estimada Usuaría, antes de iniciar su participación, Ud. Debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

Información del estudio

Riesgos del estudio. - La integridad de su salud estará garantizada, porque no existe algún agente que pueda afectar su estado emocional o daño físico alguno.

Beneficios. - La información obtenida, después de su participación será utilizada en beneficio de la comunidad, puesto que con los resultados obtenidos del estudio podremos determinar el índice de función sexual femenina y su relación en la funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de la parroquia Aláquez.

Confidencialidad. - La información que se recogerá será de uso personal, garantizando su integridad, guardando total confidencialidad de los datos proporcionados.

Participación. - Su participación es totalmente voluntaria por lo que Ud. estará libre de decidir si participar en el estudio o no. Además, debo manifestar que Ud. es libre de retirarse del estudio en el momento que desee, sin ningún inconveniente.

Publicaciones. - Se aspira realizar publicaciones científicas, pero no se expondrá su identidad.

Responsabilidad del Investigador. La participación en este estudio, no genera responsabilidades por parte del investigador, referente a proporcionar atención médica especializada, tratamiento farmacológico, o compensaciones económicas, o de otra naturaleza al participante.

Responsabilidades del participante. - La participación en este estudio no genera responsabilidad alguna, por parte del participante, una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Preguntas .- Si tiene alguna duda acerca de la presente investigación , favor comunicarse al 0979327695 o al correo pame_estef9@hotmail.com, perteneciente a Pamela Estefanía Carate Guagchinga.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo, _____, con CI _____, declaro haber conocido en detalle los enlaces del presente documento, por el cual expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado. Evaluación Del Índice De Función Sexual Femenina Y Su Influencia En La Funcionalidad Familiar.”

Autorizo a la persona investigadora a tomar los datos con fines académicos y de ser el caso también para la divulgación científica con la metodología declarada en este documento, respetando las normas bioéticas y protección de identidad.

FIRMA

2.- Cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina

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, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

Cuestionario

1.- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2.- ¿En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto

- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

3.- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4.- ¿En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5.- ¿En las últimas 4 semanas, que confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza

- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o sin confianza

6.- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

7.- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8.- ¿En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil

Difícil

- Levemente difícil
- Sin dificultad

9.- ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10.- ¿En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

11.- ¿En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)

Algunas veces (la mitad de las veces)

Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

- Casi nunca o nunca

12.- ¿En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

13.- ¿En las últimas 4 semanas, cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente, satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14.- ¿En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha

- Igualmente, satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15.- ¿En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente, satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente, satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17.- ¿En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18.- ¿En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

Sin actividad sexual

Casi siempre o siempre

- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19- ¿En las últimas 4 semanas, Con qué porcentaje usted valora su molestia o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

3.- Test de evaluación del Funcionamiento Familiar FF-SIL

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR EL FF-SIL

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					

Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					