

Mercè Mestre Garcia
Maite Molinuevo Auzmendi
Joana Sabaté Altisent

Estudio descriptivo del análisis relacional entre la función sexual y el nivel de educación sexual

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por Eva Hernando

Grado de Fisioterapia

Reus 2017



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

HIPÓTESIS

Una mayor educación sexual implica una mejor función sexual en la mujer

RESUMEN

Introducción: El suelo pélvico es el conjunto de músculos, ligamentos y fascias que cierran la pelvis por su parte inferior y tiene una importante función en la sexualidad humana. Esta zona corporal puede verse dañada dando lugar a disfunciones sexuales. Actualmente, entre un 30 – 45% de las mujeres padecen algún tipo de disfunción sexual; éstas se clasifican, según el manual diagnóstico DSM-IVTR, en trastorno del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor y trastornos debidos a una enfermedad médica o inducidos por alguna sustancia. Algunos de los recursos para la prevención y el tratamiento de las disfunciones sexuales, son la fisioterapia y la educación sexual.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es valorar si las mujeres con mayor educación sexual tienen mejor función sexual, además de observar el impacto de una intervención educativa a un grupo de mujeres.

Metodología: Para llevar a cabo este estudio se realizaron 6 charlas sobre educación sexual en municipios de la provincia de Tarragona. En esta intervención, las mujeres debían responder 3 cuestionarios: un cuestionario validado de función sexual femenina (IFSF) y otro que valoraba la educación sexual, antes y después de la charla. Con estos tres cuestionarios se ha analizado: la relación entre la función y la educación sexual, y el impacto de la intervención.

Resultados: El número de participantes en las charlas fue de 86 mujeres de las cuales 82 formaron parte de la muestra final del estudio (N=82) con una media de edad de 45,63 años. La media de función sexual fue de 24,31 (\pm 9,1 DE), la media de educación inicial fue de 6,04 (\pm 2,68 DE) y la media de educación final de 8,11 (\pm 2,66 DE). Se confirmó la correlación entre la función sexual y la educación sexual inicial con una $p < 0,001$ mediante el test de Kruskal Wallis. Existe una correlación positiva débil de 0,28 entre ambas variables. En cuanto al impacto de la intervención, el test de Wilcoxon confirmó con una $p < 0,001$ que existía una diferencia positiva entre las medianas de las puntuaciones de los dos test. Finalmente, se analizó la relación entre edad y función sexual, en la que se obtuvo una correlación negativa moderada de -0,57 y una correlación negativa débil entre la edad y la educación sexual de -0,34.

Conclusiones: Mediante este estudio se observa que una mayor educación sexual es un factor que influye positivamente en la función sexual y se demuestra un impacto positivo de la intervención educativa. Por esto se concluye que sería interesante la promoción de la educación sexual con el fin de mejorar la función sexual en la comunidad femenina.

Palabras clave: Disfunción sexual, suelo pélvico, fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: The pelvic floor is a group of muscles, ligaments and fascia which close the bottom of the pelvis, which have an important function in human sexuality. This body zone can be damaged resulting in sexual dysfunction. Nowadays, between 30-45% of women suffer from some type of sexual dysfunction; those are classified, according to the diagnostic manual DSM-IV TR, sexual desire disorder, sexual arousal disorder, orgasm disorders, the sexual pain disorders, and disorders due to medical or substance-induced illness. Some of the means to prevent and treat those sexual dysfunctions are physiotherapy and sex education.

Aim: The principal aim of this study was to assess whether women with more sex education had better sexual function and also to observe the impact of an educational intervention on a group of women.

Methodology: To bring about this study 6 lectures about sexual education were held in towns in the province of Tarragona. In this intervention, women had to respond to 3 questionnaires: one validated questionnaire on female sexual function (FSFI) and an other one which valued their sex education, before and after the lecture. With those 3 questionnaires the relationship between function and sex education, and the impact of intervention have been analyzed.

Results: The number of participants in the lectures was 86 women of whom 82 were part of the final sample in our study (N=82) with an average age of 45,63 years. The average of sexual function was 24,31 (\pm 9,1 DE), the average of initial education was 6,04 (\pm 2,68 DE) and the average of final education was 8,11 (\pm 2,66 DE). The correlation between sexual function and initial sex education was confirmed with a $p < 0,001$ through the Kruskal Wallis test. There is a weak positive correlation of 0.28 between both variables. As for the impact of the intervention, Wilcoxon test confirmed with a $p < 0,001$ that there was a positive difference between the medians of the scores of the two tests. Finally, the relation between age and sexual function was analyzed, in which a moderate negative correlation was obtained of -0,57 and a weak negative correlation between age and sex education of -0,34.

Conclusions: Through this study has been observed that more sex education is a factor which influence positively in sexual function and demonstrates a positive impact of educational intervention. Therefore, it is concluded that it would be interesting to promote sex education in order to improve sexual function in female community.

Keywords: Sexual dysfunction, pelvic floor, physical therapy.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico (SP) es una parte muy importante y algunas veces desconocida del cuerpo humano.

El suelo pélvico es el conjunto de músculos, ligamentos y fascias que cierran la pelvis por su parte más inferior. Sus inserciones se extienden bilateralmente desde la cara posterior del pubis hasta la espina isquiática y el coxis, y lateralmente, desde el arco tendinoso del elevador del ano a la espina isquiática. En el interior de esta estructura muscular, de apariencia cóncava, se sitúan los órganos del sistema digestivo inferior (recto y ano), el sistema urinario (vejiga y uretra) y sistema reproductivo (útero y vagina). Esta musculatura está dividida en dos planos, un plano superficial en el que se encuentran los músculos relacionados con la fisiología de la sexualidad y la continencia de los esfínteres; y el plano profundo, el elevador del ano, que forma parte de la estabilización lumbopélvica y amortigua el incremento de presión intraabdominal. Además de la musculatura, existen otras estructuras como las fascias y los ligamentos, cuya función consiste en el soporte y la suspensión de los órganos pélvicos, y servir como punto de anclaje de la musculatura pélvica.^{1, 2, 3}

Diversos factores pueden alterar la funcionalidad del suelo pélvico como: los deportes de alto impacto, la carga de pesos, un parto natural⁴, la menopausia⁵ la obesidad⁶, etc. El suelo pélvico puede verse dañado si no trabaja coordinadamente con la musculatura abdominal profunda, la musculatura de la espalda y el diafragma. Esta activación conjunta es la que permite gestionar la presión descendente que se produce dentro del abdomen al realizar un esfuerzo. Dependiendo de la función que haya sido alterada, se podrán encontrar diversas disfunciones como: la incontinencia urinaria y/o fecal, los prolapsos de los órganos pélvicos o las disfunciones sexuales. Actualmente, diferentes estudios muestran que entre un 30 - 45% de las mujeres presenta algún tipo de disfunción sexual.^{7,8,9}

La función sexual (FS) femenina está formada por cuatro etapas que se interponen entre ellas creando un ciclo. Estas etapas son: deseo, excitación, orgasmo y resolución. El ciclo puede comenzar mediante el deseo espontáneo, siendo éste un deseo que provoque una búsqueda de una actividad sexual, o mediante unos estímulos que den paso a la fase de deseo o excitación. En la fase de excitación ocurren cambios fisiológicos como la lubricación vaginal y la elevación del clítoris.⁷ Estas dos fases se interponen hasta llegar a la fase de orgasmo, donde ocurren contracciones de la musculatura perineal. Tras el orgasmo, se puede volver a la fase de excitación, volviendo a tener más orgasmos, o finalmente llegar a la fase de resolución, donde la congestión pélvica se ve disminuida.^{10,11}

Cuando el resultado de este ciclo es positivo, se crea una sensación de satisfacción y una predisposición a tener posteriores actividades sexuales. En cambio, cuando el resultado es negativo, el ciclo se rompe y disminuye la motivación sexual.¹⁰

La respuesta sexual femenina es un ciclo multifactorial influenciado por factores biológicos, psicológicos, hormonales, ambientales, sociales, etc.^{7,9} Algunas veces, estos factores pueden alterar el ciclo y provocar una disfunción sexual. Un estado en el que la mujer no tiene un desarrollo de una vida erótica plena, afectando así a su autoestima, a su salud integral y a su relación con la pareja.¹²

El concepto disfunción sexual representa una alteración en una o más de las fases del ciclo de respuesta sexual, así como dolor asociado a la actividad sexual. Se trata de una condición compleja que afecta a mujeres de todas las edades.⁹

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV TR) clasifica los trastornos sexuales en: ¹³

- Trastornos del deseo sexual:
 - Deseo sexual hipoactivo
 - Trastorno por aversión al sexo

- Trastornos de la excitación sexual:
 - Trastornos de la excitación sexual en la mujer
 - Trastornos de la erección en el varón

- Trastornos del orgasmo:
 - Trastorno orgásmico femenino
 - Trastorno orgásmico masculino
 - Eyaculación precoz

- Trastornos sexuales por dolor:
 - Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)
 - Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

- Trastorno sexual inducido por sustancias

Siguiendo el modelo de clasificación DSM-IV TR, la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas es: el trastorno de deseo sexual hipoactivo varía entre un 10-46%, el trastorno de la excitación entre un 6-38%, un 4-7% de las mujeres padecen de anorgasmia, entre 3-18% de mujeres padecen dispareunia y finalmente, la prevalencia del vaginismo varía entre un 0.5-1%.⁹

La fisioterapia tiene recursos para prevenir y tratar el suelo pélvico y las disfunciones sexuales asociadas. Para ello, algunas de las técnicas utilizadas consisten en aumentar la propiocepción de la musculatura pélvica y favorecer la discriminación muscular, aprender a relajar la musculatura, normalizar el tono, aumentar la elasticidad de los tejidos, desensibilizar y minimizar el área dolorosa y disminuir o evitar el miedo a la penetración vaginal.¹¹

Dentro del ámbito de la reeducación del suelo pélvico, la prevención tiene una especial relevancia. De hecho, tal y como muestran algunos artículos, una falta de educación sexual es un factor de riesgo que puede favorecer la aparición de una disfunción sexual. Aquellos individuos con una mejor educación sexual están más sanos y tienen un estilo de vida que es menos estresante tanto psicológica como físicamente.^{15,16,17}

Justificación del trabajo:

La disposición anatómica del suelo pélvico dificulta su localización y la percepción de su actividad muscular. Pese a tener gran importancia en la eliminación de residuos y en la sexualidad, pocas mujeres lo identifican claramente. Este estudio consiste en realizar charlas educativas a grupos de mujeres con el fin de dar a conocer esta zona corporal y su importancia en la vida de la mujer. Mediante esta intervención se espera que la mujer sea capaz de localizar el suelo pélvico, saber las funciones principales que éste tiene y la gran importancia que cobra en la función sexual.

Actualmente 4 de cada 10 mujeres sufren algún tipo de disfunción sexual.¹⁸ En ocasiones la mujer sufre síntomas como dolor vulvo-vaginal, dificultad de llegar al orgasmo o sequedad vaginal y no los asocia a una posible disfunción sexual. Una de las causas de este desconocimiento es la falta de educación acerca de la función sexual y del suelo pélvico. Teniendo en cuenta el porcentaje tan elevado de disfunciones sexuales, este Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo dar a conocer a la población femenina el correcto funcionamiento del ciclo de respuesta sexual, así como los factores que pueden alterar esta función y evidenciar la importancia y la eficacia de la fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas. De esta misma manera, tras la charla se espera: que la mujer sea capaz de identificar los síntomas de una disfunción, reconocer si los padece y que comprenda que se puede actuar en prevención y tratar, en gran parte, desde el ámbito de la fisioterapia.

La finalidad de la parte práctica de este estudio es, en conclusión, la integración del concepto de suelo pélvico en las mujeres, para que en su día a día puedan disfrutar de una función sexual óptima. Como dijo Irene Bedmar Martín *“Acepta y reconcíliate con tu cuerpo. Esto te permitirá disfrutar de una sexualidad mucho más sana y placentera”*.

OBJETIVOS

Principal:

- Valorar si las mujeres con mayor educación sexual tienen una mejor función sexual
- Valorar el impacto de una charla sobre educación sexual

Secundarios:

- Dar a conocer el papel de la fisioterapia tanto preventivo como terapéutico en las disfunciones sexuales femeninas
- Observar el grado de educación sexual mediante un cuestionario
- Observar el grado de función sexual mediante un cuestionario validado
- Determinar el rango de edad con mayor educación sexual
- Determinar el rango de edad con mejor función sexual
- Valorar el impacto de una charla informativa sobre el concepto que tienen las mujeres sobre las disfunciones sexuales
- Valorar el impacto de una charla informativa sobre el concepto que tienen las mujeres sobre la implicación de la fisioterapia en las disfunciones sexuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de la función sexual femenina y la educación sexual en mujeres mayores de 18 años y el impacto de una charla educacional sobre el nivel de educación sexual de dichas mujeres.

El estudio constó de dos partes: en primer lugar se valoró la función sexual femenina mediante el cuestionario validado IFSF¹⁹ (cuestionario A) relacionada con el nivel de educación sexual de cada mujer (cuestionario B). En segundo lugar, el impacto de una charla educacional mediante un cuestionario de educación sexual, contestado antes y después de la intervención (B y C).

La muestra en este estudio fue recogida a través de charlas impartidas en diferentes municipios de la provincia de Tarragona (Tabla 1), con un total de 83 cuestionarios respondidos. Las charlas, de una hora de duración, fueron impartidas durante los meses de marzo y abril de 2017.

Municipio	Nºde charlas	Espacio	Nº asistentes	Nº cuestionarios respondidos
Tarragona	2	Centre Cívic de la Part Alta	19	18
Roquetes	2	Centre Cívic de Roquetes	49	47
Reus	1	Centre MCP	8	8
La mora	1	Local Social de l'Associació de dones de la Mora	10	10
TOTAL	6		86	83

Tabla 1: Recogida de muestras

Los criterios de inclusión fueron:

- Sexo femenino
- Edad mayor de 18 años
- Dispuestas a responder todas las encuestas
- Acudir a la charla

Los criterios de exclusión fueron:

- Sexo masculino
- Edad inferior a 18 años
- Estudiantes de 3º y 4º de fisioterapia
- Negarse a responder todos los cuestionarios
- No asistir a la charla

Los criterios de eliminación fueron:

- Encuestas con más de una respuesta por pregunta

Charla educacional:

Uno de los objetivos principales del estudio era educacional y para ello se impartieron unas charlas-talleres sobre educación sexual a partir de las cuales se recogió la información.

Al inicio de cada charla se explicaba a las mujeres los objetivos del estudio. Se les indicó que para poder participar en el estudio debían de responder 3 encuestas: A, B y C. Antes de iniciar la charla, se contestarían las encuestas A y B y al finalizarla, la encuesta C. Se informó a las mujeres que los cuestionarios eran totalmente anónimos y que la participación en el estudio era voluntaria.

El contenido de la charla era el siguiente: anatomía y funciones del suelo pélvico, concepto de presión intraabdominal, respuesta sexual femenina, factores que alteran la función sexual femenina, disfunciones sexuales y su clasificación según el DSM-IV TR, papel de la fisioterapia en las disfunciones sexuales y pautas de estilo de vida para mejorar la sexualidad. Las disfunciones sexuales que se trataron en la charla fueron el deseo sexual hipoactivo, la anorgasmia, la dispareunia y el vaginismo, debido a que son las disfunciones más prevalentes entre las mujeres.

Finalizada la charla, se abrió turno un de preguntas y se realizaba un taller de aprendizaje de ejercicios respiratorios y del suelo pélvico.

Cuestionario IFSF:

El Índice de Función Sexual Femenina (Anexo 1) corresponde al cuestionario A de nuestro estudio. Consta de un test de 19 preguntas de entre 5 o 6 opciones de respuesta que valora la función sexual femenina según el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor durante y/o después la actividad sexual.

A las diferentes respuestas de cada pregunta se les asigna una puntuación máxima de 5 y mínima de 0 o 1. Se suman las puntuaciones de las 19 preguntas, pudiendo obtener un máximo de 36 puntos.¹⁵

Cuestionario educación:

El cuestionario de educación ha sido diseñado para este estudio, y corresponden al B y C (Anexo 2) del estudio. Valora el nivel educacional de las mujeres antes y después de la charla, de esta manera se valora el impacto de la intervención. Consta de un test de 10 preguntas con 3 respuestas en la que solo una es válida, pudiendo obtener una puntuación máxima de 10 puntos.

Dependiendo la puntuación obtenida en el test, se clasifica el nivel educacional en:

- Nivel alto: 8 - 10
- Nivel medio: 4 - 7
- Nivel bajo: 0 - 3

Análisis estadístico de datos:

Todos los datos fueron analizados mediante el programa *IBM SPSS Statistics 22*. Los datos de los tres cuestionarios eran cuantitativos pero los datos de los cuestionarios B y C se categorizaron para que fueran cualitativos (nivel alto, nivel medio y nivel bajo).

En primer lugar se realizó un análisis de los datos estadísticos descriptivos con tal de conocer el mínimo, el máximo, la media, la mediana, la desviación estándar y los cuartiles del resultado de cada cuestionario. En segundo lugar, con el fin de decidir los test estadísticos que posteriormente se aplicarían, se realizó el Test de Shapiro-Wilk para valorar la normalidad de las muestras.

Una vez llevadas a cabo las pruebas anteriores se procedió a realizar los test específicos que analizarían las hipótesis planteadas. Debido a que la muestra no seguía las condiciones de normalidad, los test que se utilizaron fueron no paramétricos.

El análisis de la hipótesis principal del estudio, la relación entre la educación sexual y el nivel de función sexual femenina, se realizó con el test de Kruskal Wallis relacionando el cuestionario A y B. El nivel de educación sexual se midió utilizando las variables cualitativas anteriormente mencionadas. Además, se llevó a cabo la prueba de Correlación de Spearman para poder valorar la relación que existía entre ambas variables.

El segundo objetivo del estudio consistía en valorar si una charla educativa tenía impacto positivo sobre un grupo de mujeres de diferente edad. Para ello, se analizó la relación entre los cuestionarios B y C, tanto de manera cuantitativa como cualitativa. En primer lugar se realizó el Test de Wilcoxon para observar la relación entre las medianas de los dos cuestionarios. En segundo lugar, para analizar las variables de forma cualitativa, se utilizó el test de McNemar.

Finalmente, se observó la posible existencia de relación entre la edad y la función sexual, así como la edad y el nivel de educación inicial. Ambas relaciones se analizaron mediante la prueba de Correlación de Spearman. En este caso, la variable de nivel de educación se tomó como cuantitativa para poder realizar un gráfico de dispersión.

RESULTADOS

De los 83 cuestionarios recogidos uno de ellos fue eliminado debido a que cumplía los criterios de eliminación. En los 82 cuestionarios restantes se hallaron respuestas sin contestar que se tomaron como válidas asignándoles una puntuación de 0.

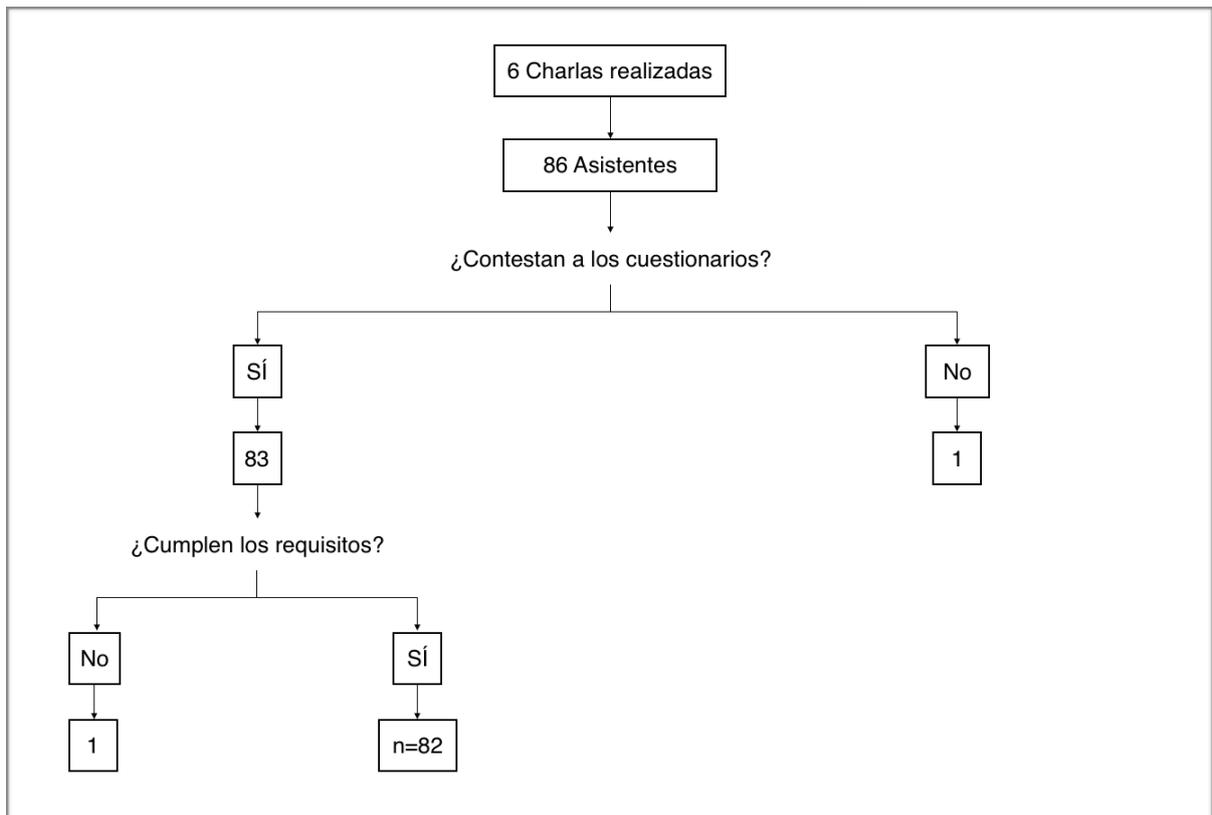


Tabla 2: Diagrama de flujos

La media de edad de las mujeres que participaron en el estudio fue de 45.63 años (± 16.89 DE). En cuanto al cuestionario de función sexual femenina (A), la puntuación media obtenida fue de 24.31 (± 9.1 DE) con un mínimo de 0 y máximo de 36. La media del test de educación inicial (B) fue de 6.037 (± 2.68 DE) con un mínimo de 0 y un máximo de 10. Finalmente, el nivel de conocimientos obtenidos después de la charla se midió con el cuestionario C, siendo la puntuación media de 8.11 (± 2.66 DE), con un mínimo de 0 y un máximo de 10. (Tabla 3)

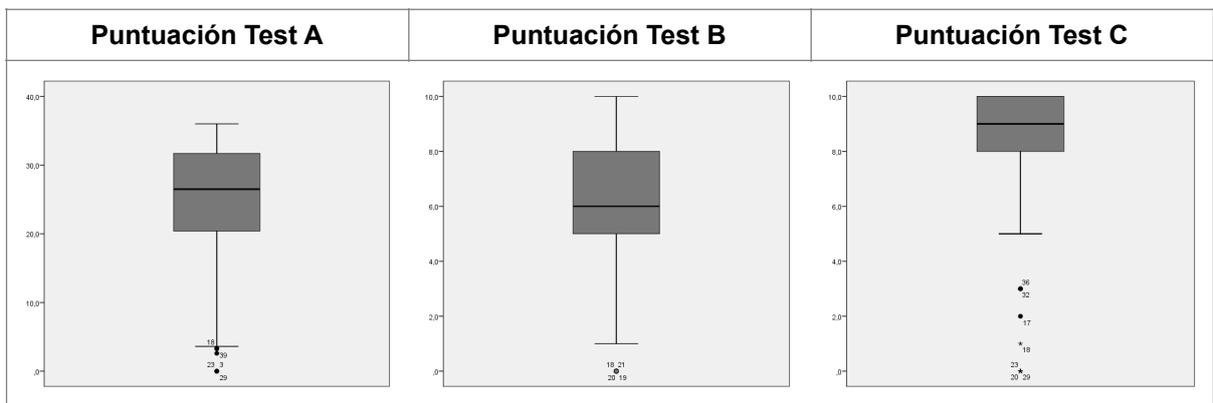


Tabla 3: Diagrama de Caja de los estadísticos descriptivos de los cuestionarios A, B y C

Mediante el test de Shapiro-Wilk que mide la normalidad de la muestra, se obtuvo un $p < 0.001$ en los tres cuestionarios (A,B,C), por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis que negaba que las muestras seguían una distribución normal. Por ello, los test realizados a continuación fueron test no paramétricos. (Tabla 4)

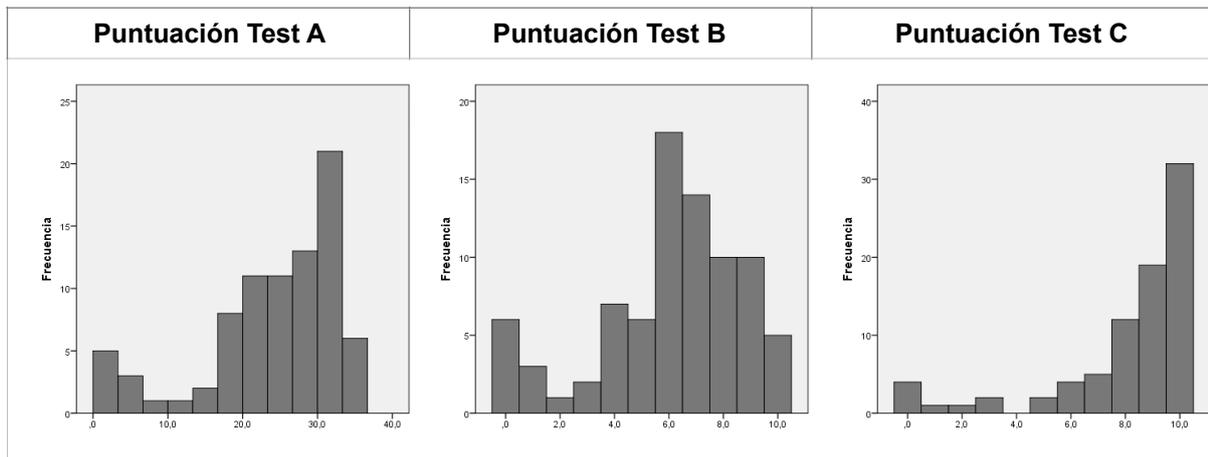


Tabla 4: Histogramas de Normalidad según el test de Shapiro-Wilk

Se utilizó el Test de Kruskal Wallis para comparar si existían diferencias significativas entre las medianas del cuestionario de educación inicial (B) respecto a la función sexual (cuestionario A). Tras realizar el test se obtuvo una $p < 0.001$, lo que afirmó que existían diferencias estadísticamente significativas entre las medianas del nivel educativo del cuestionario B, respecto a la función sexual (cuestionario A). Las mujeres con un nivel educacional bajo en el cuestionario B tenían una media de 13.04 y una mediana de 13.8 en el test de función sexual (A), las mujeres con un nivel educacional medio tenían una media de 25.56 y una mediana de 28.8 de función sexual y finalmente, las de nivel alto de educación tenían una media de 27.47 y mediana de 26.6. Para observar la relación existente entre la educación y la función sexual se realizó una prueba de correlación de Spearman. En esta prueba se obtuvo un valor de 0.28²⁰, lo que indica que existe una relación positiva débil entre el cuestionario A y el B, es decir, que a mayor puntuación en el cuestionario de educación existe una mayor función sexual. (Tabla 5)

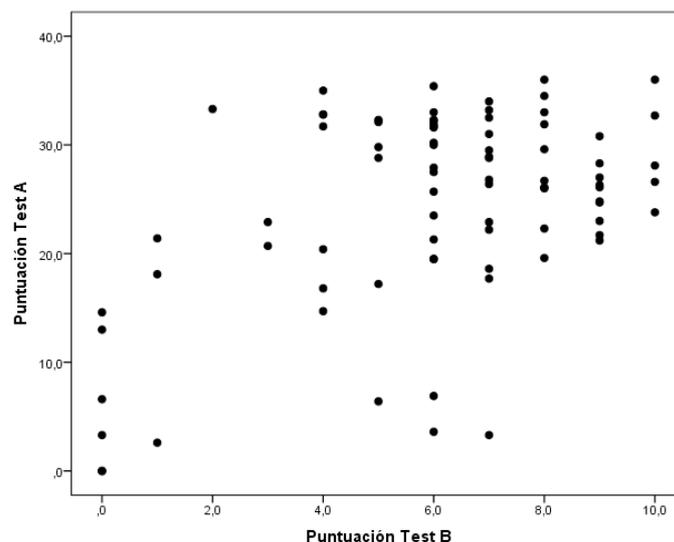


Tabla 5: Gráfico de dispersión entre educación y FS

La valoración del impacto de la charla, se realizó con el test de Wilcoxon para valorar si existían diferencias significativas entre las medianas de los cuestionarios B y C. En este caso se obtuvo un $p < 0.001$, por lo que se puede afirmar que estas dos medianas son

diferentes. Mediante este resultado se puede confirmar que la charla educativa tuvo un impacto positivo. Además, se analizó el cambio en el nivel educativo de las participantes a lo largo del estudio, analizando las variables cualitativas. Para ello, en primer lugar se realizó una tabla cruzada donde se observó que: antes de la charla 25 mujeres tenían un nivel educativo alto, 45 tenían un nivel medio y las 12 restantes tenían un nivel bajo; después de la charla, 63 mujeres tenían un nivel educativo alto, de las cuales 25 antes de la charla ya tenían un nivel alto, 33 pasaron de nivel medio a alto y 5 pasaron de nivel bajo a alto; 11 mujeres tenían un nivel medio, de las cuales 9 de ellas ya tenían un nivel medio antes de la charla y 2 tenían un nivel bajo y pasaron a nivel medio; finalmente, 8 mujeres tenían nivel bajo, de las cuales 5 ya partían de un nivel bajo y 3 pasaron de nivel medio a bajo. Mediante el test de Wilcoxon se obtuvo un $p < 0.001$ por lo que se afirma que estos cambios son estadísticamente significativos, es decir, se confirma que la charla tuvo impacto y que las asistentes aumentaron su nivel educativo. (Tabla 6)

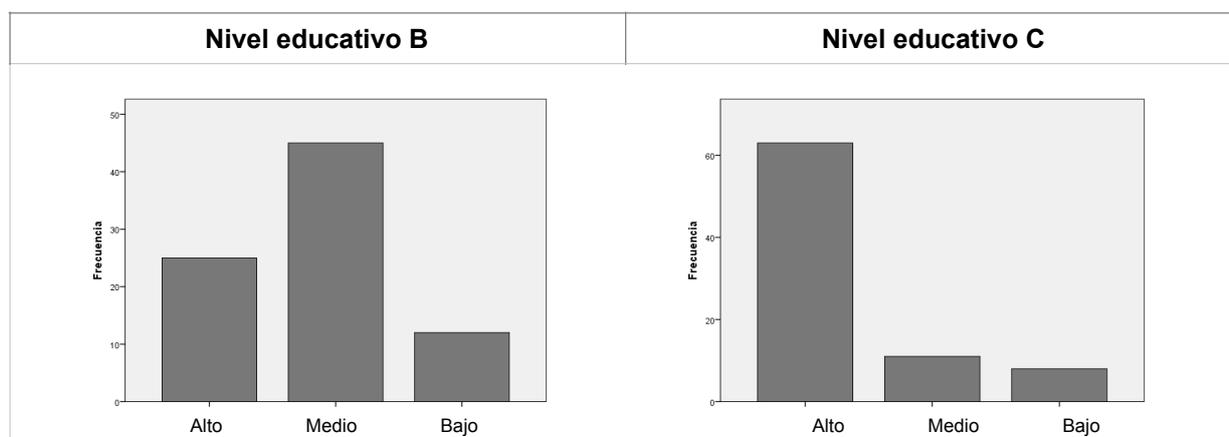


Tabla 6: Nivel educacional en los cuestionarios B y C

Se evaluó también la relación entre la edad y la función sexual y, la edad y el nivel educativo. Para ello, se realizó una prueba de Correlación de Spearman. En el primer caso el resultado de la prueba fue -0.57 , por lo que se puede afirmar que la relación entre la edad y la función sexual es negativa moderada²⁰, es decir, que la función sexual disminuye a medida que aumenta la edad (Tabla 7). En el caso de la relación entre la edad y el nivel de educación, el resultado de la Correlación de Spearman fue de -0.34 . Esto indica que la correlación es negativa débil, ²⁰ y por lo tanto a medida que aumenta la edad disminuye el nivel educacional de la mujer (Tabla 8).

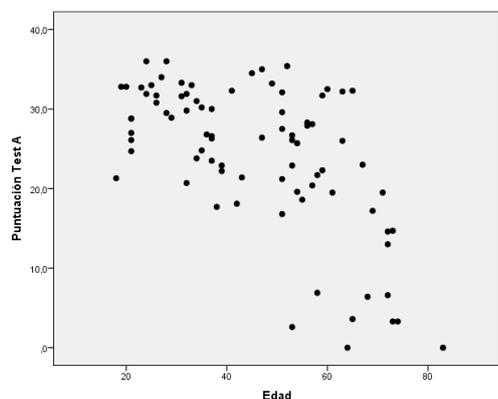


Tabla 7: Gráfica de dispersión entre edad y FS

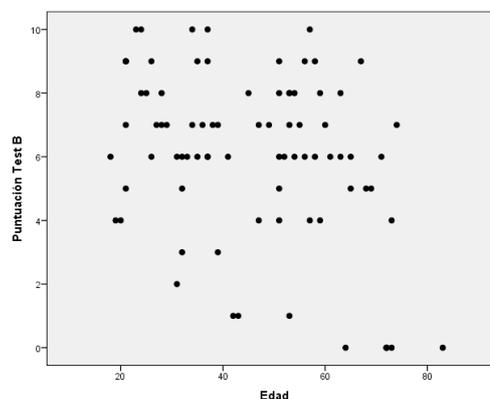


Tabla 8: Gráfica de dispersión entre edad y educación

La edad fue dividida en 5 grupos con tal de valorar cuál de éstos era el grupo que tenía mayor función sexual y mayor educación. Se observó que las mujeres entre 18 y 27 años eran las que mejor función sexual tenían. En cuanto a la educación, el mismo grupo de mujeres tenía un nivel de educación medio o alto, mientras que en el resto de grupos existían mujeres con todos los niveles de educación.

Con el fin de valorar el conocimiento que las mujeres tenían sobre la existencia de las disfunciones sexuales y la implicación de la fisioterapia en estas, se hizo un recuento de los aciertos de las preguntas 4, 5 y 10 del cuestionario de educación B y C. La pregunta 4 hacía referencia la dispareunia, en la cual un 50% de las mujeres eran conscientes antes de la charla de que la existencia de dolor durante o después de las relaciones sexuales se considera una disfunción. Al final de la charla el número de aciertos en esta pregunta aumentó a un 79.3%. La pregunta 5 trataba la anorgasmia, problema del cual al principio de la charla 52.4% de las mujeres conocía y lo consideraba como disfunción sexual. Este número de aciertos aumentó tras la intervención a un 84.1%. Finalmente, para valorar la percepción que tenían las mujeres sobre el papel de la fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas, se tuvo en cuenta los aciertos de la pregunta 10. Se observó que en el primer cuestionario un 78% de las mujeres era consciente de que la fisioterapia no solo alivia el dolor sino que sirve para mantener el buen estado del suelo pélvico. Este porcentaje aumentó a un 86.6% al final de la intervención educacional.

DISCUSIÓN

En base al análisis estadístico realizado, los resultados extraídos confirman que existe una correlación positiva débil entre el nivel educacional y la función sexual de una mujer.

Esta afirmación indica que el nivel de educación sexual en una mujer es un factor que influye en su función sexual de manera positiva, es decir, a medida que la educación sexual es mayor, la función sexual aumenta. Esta relación entre ambos factores es debida a que a la hora de aumentar los conocimientos acerca de la sexualidad y la función sexual, la mujer integra conocimientos sobre los factores que afectan a su vida sexual, así como factores que la favorecen. De esta manera, una mujer que conoce lo que comprende una función sexual femenina plena y sana, es capaz de evitar los factores de riesgo y poner en práctica los factores protectores, mejorando así el correcto funcionamiento del ciclo de función sexual femenina.

De la misma manera que los resultados afirman la hipótesis principal, también se confirman las hipótesis secundarias. Los resultados muestran que una intervención educacional tiene un impacto positivo en el nivel educacional de las asistentes. Como se ha explicado anteriormente, al inicio de la charla la mayoría de las mujeres tenían un nivel educacional medio y tras realizar la charla la mayoría aumentaron su nivel de educación, obteniendo un nivel alto. Además, la mediana de la puntuación entre el cuestionario B y el cuestionario C aumentó en 3 puntos entre antes y después de la intervención. Estos resultados indican el impacto positivo de una intervención educacional, lo que sugiere la importancia de promover la educación sexual en las mujeres.

Otra de las hipótesis secundarias que se plantearon fue la relación entre la variable edad y la función sexual. Según muestran los resultados, la función sexual disminuye a medida que aumenta la edad. Una de las causas de la disminución progresiva de la función es debida a los cambios fisiológicos y psicológicos que se sufren a lo largo de la vida como pueden ser

la menopausia²¹, etc. A pesar de la existencia de estos factores, existen otros medios para intentar mantener la función sexual óptima. Uno de estos medios y lo que se pretende promover con este estudio es la fisioterapia. Esta rama de las ciencias de la salud, al abarcar la prevención y el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico, se ha demostrado que tiene efectos beneficiosos en la salud sexual⁷. Aunque no se puedan evitar los factores relacionados con la edad, hay que tener presente el papel tan importante de la fisioterapia del suelo pélvico en todas las edades.

Tal y como muestran los resultados, la edad también está relacionada con el nivel de educación sexual. Se ha demostrado que a mayor edad existe una menor educación. Mediante estos resultados se deduce que la educación en sexualidad está cambiando con el paso de los años. Un motivo por el cual la educación sexual de hoy en día es mayor, puede estar relacionado con que es un tema que está más al alcance de la población y se busca más su promoción. Además, debido a que es un tema que cada vez cobra una mayor importancia, despierta el interés de las mujeres en busca de una mejor función sexual.

Finalmente, se analizó el antes y el después de tres preguntas concretas de los cuestionarios de educación, con el fin de conocer si las mujeres eran conscientes de la existencia de las disfunciones sexuales como la dispareunia y la anorgasmia y del papel de la fisioterapia en ellas. En los tres casos se observó que aunque ya existía un conocimiento previo en más de la mitad de las mujeres, este porcentaje aumento aún más tras la intervención. A pesar de haber aumentado el porcentaje de aciertos, en ninguno de los tres casos llegó al 100%, lo que indica que después de la charla aun había mujeres que desconocían la respuesta correcta.

En vista de lo expuesto anteriormente, se observa que una de las herramientas que mejoraría la función sexual de la población femenina es la educación, ^{22,23}en nuestro estudio, las charlas educativas a colectivos de mujeres. Por este motivo, sería interesante fomentar la educación sexual en todas las edades.

Otra forma de mejorar la función sexual es la fisioterapia.²⁴ Es por eso que sería interesante dar a conocer este ámbito de trabajo de la fisioterapia. Habría que realizar más estudios para ahondar en las mejores estrategias de comunicación y educación, con el fin de fomentar una vida sexual óptima.

Una vez analizados los resultados, se extraen varias limitaciones que han podido afectar a la validez del estudio. La primera de estas limitaciones fue que no se tuvieron en cuenta variables que pudieran hacer una muestra más representativa de la población. A esto se le suma el tamaño de la muestra, ya que al tratarse de un número de participantes reducido, no se tiene la certeza de que los resultados representen la población. Una de las adversidades a la hora de conseguir un número mayor de participantes fue que era necesario acudir a la charla para poder formar parte del estudio. El horario en las que se realizaban las charlas y la difusión del evento, son factores determinantes a tener en cuenta para aumentar el tamaño de la muestra. También hay que tener en cuenta el factor social que engloba este tema, porque, aunque hoy en día cada vez es un tema que despierta interés, siguen existiendo barreras a la hora de hablar sobre él. Otra de las limitaciones está relacionada con la redacción del cuestionario de educación. Se observó que el nivel educacional previo ya partía de un nivel medio. Este nivel podría ser debido a que varias respuestas del cuestionario podrían resultar evidentes, pudiendo hacer que las mujeres acertaran la respuesta aun sin saberla realmente. Este factor hace que no se sepa con certeza si este nivel educacional representa realmente a la población. Finalmente, en

ninguna de las tres preguntas que se analizaron específicamente el nivel de aciertos llegó al 100%.

En cuanto a futuros estudios se recomienda trabajar a través de las limitaciones encontradas. Por esta razón, con tal de aumentar el tamaño de la muestra, se deberían promocionar más las charlas e intentar que fueran más atractivas para el público. Una forma de mejorar la estrategia de marketing sería proporcionar mayor información acerca de la charla mediante algún medio de comunicación como por ejemplo, un tríptico. Además, para conseguir una muestra totalmente real y representativa de la población, se deberían tener en cuenta más variables que abarcaran un abanico más amplio de características de las mujeres. En cuanto a las tres preguntas analizadas, a pesar de que es difícil llegar a una cifra del 100% de aciertos, se considera que se debería hacer un mayor hincapié a la hora de educar sobre las disfunciones sexuales y la implicación de la fisioterapia en ellas, ya que se trata del tema principal y más importante del estudio. Finalmente, en cuanto al análisis estadístico, se ha visto que la mayor diferencia de función sexual respecto a la educación inicial se daba entre las mujeres con menos y más de 4 puntos de educación. Por ello, en futuros estudios se podría categorizar la variable de nivel de educación en dos niveles: nivel bajo, que correspondería a una puntuación menor de 4 y nivel alto, una puntuación mayor de 4.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que existe una correlación positiva débil entre la educación sexual y la función sexual femenina. De la misma manera, demuestra el impacto positivo que tiene una charla educacional en mujeres mayores de 18 años. La intervención ha dado a conocer a la población femenina participante, algunos aspectos como la localización y función del suelo pélvico, la existencia de las disfunciones sexuales, los factores que influyen en estas, el funcionamiento de la respuesta sexual femenina y el papel de la fisioterapia en este tipo de disfunciones.

Por ello, se concluye que sería interesante promover la educación sexual con tal de aportar una mayor educación a la población femenina, que pudiera repercutir positivamente en mejorar su función sexual.

AGRADECIMIENTOS

A Eva Hernando, por guiarnos y acompañarnos durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

Al Servei d'Informació i Atenció a les Dones (SIAD) del Tarragonès y a todas las asociaciones de mujeres que facilitaron sus centros pudiendo llevar a cabo las charlas de este estudio, así como a las mujeres que mostraron interés y acudieron a ellas.

A nuestras familias, por apoyarnos durante el transcurso de este proyecto y durante los cuatro años de este grado.

A nuestras hermanas, por aportarnos sus conocimientos en los momentos más complicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wagenlehner FME, Bschiepfar T, Liedl B, Gunnemann A, Petros P, Weidner W. Surgical Reconstruction of Pelvic Floor Descent: Anatomic and Functional Aspects. *Urol Int.* 2010;84:1-9.
2. Carrillo K, Sanguinetti A. Anatomía del piso pélvico. *Med Clin Condes. RM CLC.* 2014 Feb 25;24(2):185-189.
3. Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y ureginecología. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
4. Tavares P, Fernandes K, Leister N, da Silva C, Gonzalez ML. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. *Esc Enferm USP.* 2017;51:1-7.
5. Neels H, Tjalma WAA, Wyndaele JJ, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in menopausal women and in peripartum women. *J. Phys. Ther. Sci.* 2016;28: 3020-3029.
6. Pomian A, Lisik Q, Kosieradzki M, Barcz E. Obesity and Pelvic Floor Disorders: A Review of the Literature. *Med Sci Monit.* 2016;22:1880-1886.
7. Darski C, Barbosa LJ, Paiva LL, Vieira A. Association between the Functionality of Pelvic Floor Muscles and Sexual Satisfaction in Young Women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016 Abr;38(4):164-169
8. Ronald W, Lewis MD, Kerstin S, Fugl-Meyer PhD, Giovanni Corona MD, Richard D y cols. Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7:1598-1607.
9. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *AAFP.* 2008 Mar 1;77 (5).
10. Gutiérrez B. La respuesta sexual humana. *AMF.* 2010;6(10):543-546.
11. Basson R. Rethinking low sexual desire in women. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002 Abr; 109(4):357-363.
12. Blanquet M. Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas. Alicante: ECU; 2010.
13. First MB. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
14. Carboni C, Schvartzman R, Viana de Rosa P. La importancia del fisioterapeuta pélvico en las disfunciones sexuales femeninas. *Cub Urol.* 2013;2(1):113-121.
15. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999 Feb 10;281(6):537-544.
16. Petra M, Casey MD, Kathy L, MacLaughlin MD, Stephanie S, Faubion MD. Impact of Contraception on Female Sexual Function. *Journal of Women's Health.* 2016.

17. AbdoCHN, Oliveira JrWM, MoreiraED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*. 2004 Abr; 16(2):160-6.
18. Rao TSS, Nagaraj AKM. Female sexuality. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57(2): 296-302.
19. Blümel M, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2): 118-125.
20. Martine RM, Leonel C, Martínez M, Pérez A, Cánovas AM. El coeficiente de correlación de los rangos de sperman caracterización. *Habancienméd*. 2009 Abr-Jun;8(2).
21. Dombek K, Medeiros EJ, Carioca AC, Figueiredo LP. Metabolic syndrome and sexual function in postmenopausal women. *Arch Endocrinol Metab*. 2016;60(6):545-553.
22. Zamani M, Tavoli A, Khasti BY, Sedighimornani N, Zafar M. Sexual Therapy for Women with Multiple Sclerosis and Its Impact on Quality of Life. *Iran J Psychiatry*. 2017;12(1): 58-65.
23. Bober SL, Recklitis CJ, Bakan J, Garber JE, Farkas A. Addressing sexual dysfunction after risk-reducing salpingoophorectomy: Effects of a brief, psychosexual intervention. *J Sex Med*. 2015 Ene;12(1):189-197.
24. Miletta M, Bogliatto F, Bacchio L. Multidisciplinary Management of Sexual Dysfunction, Perineal Pain, and Elimination Dysfunction in a Woman with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care*. 2017;19:25-28.

ANEXO 1

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

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

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

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

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

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

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha

- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

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

ANEXO 2

CUESTIONARIO

EDAD:

1. Que afirmación es correcta respecto al suelo pélvico:

- A) Se sitúa en la zona pélvica por encima de las vísceras (vejiga, útero y recto) y permite que estas funcionen correctamente
- B) En la zona pélvica, por debajo de las vísceras (vejiga, útero y recto) y permite su correcta función
- C) El suelo pélvico es un músculo que se localiza junto con el diafragma inmediatamente bajo las costillas

2. ¿Puede afectar la menopausia a la función sexual?

- A) Sí, provoca una pérdida de masa muscular y un aumento de elasticidad de los ligamentos que sostienen los órganos pélvicos
- B) Sí, provoca una pérdida de masa muscular y una disminución de la elasticidad de los ligamentos que sostienen los órganos pélvicos.
- C) Sí, provoca un aumento de la masa muscular pélvica dificultando la penetración

3. ¿Realizar los abdominales clásicos beneficia al suelo pélvico?

- A) Sí, los abdominales clásicos fortalecen la musculatura abdominal y eso beneficia al suelo pélvico
- B) Sí, siempre que lo realice respirando adecuadamente
- C) Los abdominales clásicos incrementan la presión intraabdominal, y pueden ser causa de una disfunción en el suelo pélvico

4. Respecto a las relaciones sexuales, un 32.8% de mujeres refieren dolor durante o después de la penetración. ¿Qué opinas respecto a esto?

- A) El dolor ocasional durante las relaciones sexuales es normal
- B) Dependiendo de la postura puede sentirse dolor
- C) El dolor con la penetración puede ser un síntoma de disfunción perineal

5. No alcanzar el orgasmo, o que te cueste mucho tiempo alcanzarlo es:

- A) Un hecho que padecen algunas mujeres y se considera disfunción
- B) Un hecho común entre las mujeres y que no se considera disfunción
- C) Un hecho poco común entre las mujeres y que no se considera disfunción

6. ¿Cuál de estos factores puede provocar una disfunción sexual?

- A) Estrés laboral
- B) Ingesta de ciertos medicamentos
- C) Ambas son correctas

7. ¿Cómo crees que podrías mejorar tu función sexual?

- A) Solamente haciendo ejercicios de suelo pélvico
- B) Previniendo el estrés, manteniendo una dieta equilibrada y realizando ejercicios de suelo pélvico
- C) Previniendo el estrés y fortaleciendo la musculatura pélvica mediante ejercicios de Pipi Stop (Pipi Stop: detener la micción contrayendo la musculatura pélvica)

8. ¿Qué son los ejercicios de Kegel?

- A) Ejercicios para tonificar la musculatura pélvica
- B) Un tipo de abdominales
- C) Ejercicios sólo para embarazadas

9. ¿Qué beneficios se obtienen con los ejercicios de Kegel?

- A) Previenen el prolapso uterino porque fortalecen la musculatura que sostiene los órganos pélvicos (Prolapso: descenso de uno o más órganos de la cavidad pélvica hacia el exterior)
- B) Fortalecen la musculatura pélvica y mejoran el orgasmo
- C) Ambas son correctas

10. ¿Qué puede aportar la fisioterapia a la función sexual?

- A) Ayuda a mantener en buen estado el suelo pélvico
- B) Sólo ayuda a disminuir el dolor
- C) Puede ayudar, pero en ningún caso solucionar el problema