CARRERA:

FISIOTERAPIA

TITULO:

Prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto del proyecto RAIZ – CAEMBA en la comunidad de Tonchigüe durante el año 2026

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

MODALIDAD PROYECTO DE DISERTACIÓN

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TITULO DE:

LICENCIADO EN FISIOTERAPIA

AUTOR:

OJEDA GARCIA SAMMY MARIA

ASESOR:

MGTR. XIMENA MANCERO

ESMERALDAS 2026

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de Integración Curricular en Modalidad Proyecto de Disertación aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por Lineamientos de la Unidad de Integración Curricular de la Sede Esmeraldas previa la obtención del título de licenciatura en Fisioterapia.

Ximena Paola Mancero Mayacela
Time Stamping Security Data

.....

Mgt. Ximena Mancero
Asesor de Tesis

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANAHI MIKAELA SUAREZ BRAVO

.....

Mgt. Mikaela Suárez
Lector 1

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
FRANCO ANTONIO PEREZ ROJAS

.....

Mgt. Franco Pérez
Lector 2

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARY ELENA CETRE CORTES

.....

Mgt. Mary Elena Cetre
Coordinador

AUTORÍA

Yo, Sammy Maria Ojeda Garcia Portador/a de la cédula de identidad No. 0803708924 declaro que los resultados obtenidos en trabajo de integración curricular, previo a la obtención del título de “Licenciatura en Fisioterapia” son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola, exclusiva responsabilidad legal y académica.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
SAMMY MARIA OJEDA GARCIA

.....

Sammy Ojeda Garcia
C.I. 0803708924

CERTIFICACIÓN

Mgt. Ximena Paola Mancero Mayacela, docente investigador de la PUCE Sede Esmeraldas, certifica que: El trabajo de integración curricular realizado por Sammy Maria Ojeda Garcia, bajo el título "Prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto del proyecto RAIZ – CAEMBA en la comunidad de Tonchigüe", reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y que han sido incorporadas al documento final las sugerencias realizadas, en consecuencia, está en condiciones de ser sometido a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en Esmeraldas, septiembre 2026.



……

Mgt. Ximena Mancero
C.I. 1723725642

Asesor

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación me lo dedico a mí, pero sobre todo a mis padres y a mis hermanos que han estado para mí, en las malas y peores; a ustedes que confiaron en mí a pesar de yo no hacerlo. Gracias Sammy de 25 años que tomó la decisión de terminar lo que una adolescente con todas las ilusiones empezó.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que ha sido tan bueno desde los primeros días de mi existencia, a mi madre “la Pitty” por tanto amor y dedicación, a mi padre Mario por tantas lecciones de vida, y a mi familia entera que me ha enseñado la lección más importante y que con amor y esfuerzo sí podemos alcanzar nuestros sueños. Los amo hasta la raíz.

A mis compañeros, pero en especial a Josamy, Ailyn, Mell y Chillambo, chicos, gracias por convertirse en mis amigos. Leo, gracias por aparecer en mi vida y convertirte en mi complemento. Estoy profundamente agradecida por ser mi apoyo incondicional en toda esta loca aventura de transformación. Si hoy llegué aquí gran parte es gracias a ustedes.

Gratitud infinita a mi mayor apoyo y mano derecha, que es Andreita. Gracias hermana, este título definitivamente es de las dos. Pienso en el futuro y en todas las posibles opciones, estás tú. Por último, a mis maestros que han sido guía en este camino, gracias por su luz y consejos.

Gracias totales a todos.

Índice de contenido

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN i
AUTORÍA ii
CERTIFICACIÓN iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
1. Introducción 4
1.1. Descripción del problema 5
1.2. Justificación 5
1.3. Objetivos 7
1.3.1. Objetivo General 7
1.3.2. Objetivos específicos 7
CAPÍTULO I. Marco teórico 8
2. Bases teóricas 8
2.1. Función sexual femenina 8
2.2. Componentes de la función sexual femenina 9
2.3. Suelo pélvico 10
2.4. Rol de la fisioterapia en el suelo pélvico durante el posparto 11
2.5. Técnicas fisioterapéuticas para el fortalecimiento y concientización del suelo pélvico en el posparto 12
2.6. Tipos de parto 14
2.7. Hormonas que influyen en el embarazo y posparto 15
2.8. Antecedentes 16
2.9. Bases legales 19
CAPÍTULO II. 21
3. Metodología 21

3.1. Delimitación espacio – temporal 21
3.2. Enfoque de investigación 21
3.3. Diseño de la investigación 22
3.4. Operacionalización de variables 22
3.5. Población/muestra 27
3.5.1. Criterios de inclusión 27
3.5.2. Criterios de exclusión 27
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 28
3.6.1. Aporte fisioterapéutico a la comunidad 29
3.7. Procedimientos de análisis de datos 30
CAPÍTULO III. Resultados y discusión 33
4. Presentación de datos 33
4.2. Datos sociodemográficos 34
4.3. Dominio 1: Deseo o interés sexual 36
4.4. Dominio 2: Excitación sexual 37
4.5. Dominio 3: Lubricación 39
4.6. Dominio 4: Orgasmo 41
4.9. Prevalencia global de disfunción sexual femenina según FSFI 45
4.10. Prevalencia de disfunción sexual según tipo de parto y tiempo postparto 46
4.11. Análisis de datos 48
5. Discusión 51
CAPÍTULO IV. Conclusiones y recomendaciones 56
6. Conclusiones 56
7. Recomendaciones 57
8. Referencias 59
Anexos 67

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables..... 24

Tabla 2. Cálculo del puntaje del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)..... 30

Tabla 3. Características sociodemográficas de las participantes..... 34

Tabla 4. Resultados descriptivos del dominio deseo o interés sexual según el FSFI..... 36

Tabla 5. Resultados descriptivos del dominio excitación sexual según el FSFI..... 38

Tabla 6. Resultados descriptivos del dominio lubricación..... 40

Tabla 7. Resultados descriptivos del dominio orgasmo..... 41

Tabla 8. Resultados descriptivos del dominio satisfacción..... 42

Tabla 9. Resultados descriptivos del dominio dolor..... 44

Tabla 10. Aplicación del FSFI según los resultados obtenidos en mujeres de 3 a 12 meses posparto..... 45

Tabla 11. Clasificación global de la función sexual femenina según el puntaje total del FSFI. 46

Tabla 12. Prevalencia de disfunción sexual femenina según variables obstétricas..... 47

Índice de Anexos

Anexo 1. Guía breve de charla de manejo de dominios..... 67

Anexo 2. Taller breve de activación y concientización del suelo pélvico. 69

Anexo 3. Acuerdo de confidencialidad informado para participantes. 71

Anexo 4. Infografía sobre ejercicios Kegel para activación y fortalecimiento de suelo pélvico. 72

1. Introducción

La salud sexual femenina es un componente fundamental del bienestar físico, psicológico y social de la mujer. De modo que, durante el período posparto ocurren cambios hormonales, anatómicos y emocionales que pueden afectar la función sexual femenina (1).

En este sentido, la disfunción sexual femenina posparto puede manifestarse mediante disminución del deseo sexual, dificultades en la excitación, reducción de la lubricación vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, alteraciones del orgasmo y disminución de la satisfacción sexual. Estas manifestaciones pueden afectar la calidad de vida de la mujer, su bienestar emocional y la relación de pareja, por lo que su identificación resulta relevante dentro del seguimiento integral de la salud materna (1,2).

Diversos estudios recientes han señalado que la disfunción sexual durante el primer año posparto se asocia con factores físicos, obstétricos, hormonales, psicológicos y relacionales. Entre ellos se encuentran el tipo de parto, el trauma perineal, la lactancia materna, la fatiga, la presencia de dolor, los síntomas depresivos, la imagen corporal, la calidad de la relación de pareja y el apoyo recibido durante esta etapa (3,4).

No obstante, pese a su impacto en el bienestar de la mujer, la salud sexual posparto continúa siendo una problemática poco abordada en la atención sanitaria. Esta situación cobra mayor importancia en contextos comunitarios y poblaciones con menor acceso a información especializada, debido a que las mujeres pueden experimentar dificultades para expresar sus molestias, recibir orientación o acceder a servicios oportunos de salud sexual y reproductiva (5,6).

Por consiguiente, resulta pertinente desarrollar investigaciones que permitan visibilizar la disfunción sexual femenina en mujeres de 3 a 12 meses posparto, especialmente en comunidades donde se requiere fortalecer la atención integral, la educación en salud y las estrategias de prevención y rehabilitación fisioterapéutica. En este contexto, el presente estudio contribuirá a generar información útil para comprender la prevalencia de esta problemática en mujeres pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe durante los meses de julio y agosto del año en curso.

1.1. Descripción del problema

En Ecuador existe una limitada evidencia científica relacionada con la prevalencia de disfunción sexual en mujeres posparto, particularmente en la provincia de Esmeraldas. En comunidades como Tonchigüe, factores sociales, económicos y culturales podrían influir en el acceso a servicios de salud sexual y programas de rehabilitación fisioterapéutica, favoreciendo el desconocimiento y subdiagnóstico de esta problemática.

Dentro de este contexto, el proyecto RAIZ – CAEMBA trabaja con mujeres de la comunidad de Tonchigüe, constituyendo un escenario adecuado para identificar alteraciones relacionadas con la salud sexual femenina durante el posparto. Por ello, surge la necesidad de determinar la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes a dicho proyecto durante los meses de julio y agosto del año 2026, mediante la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI).

Ante esta problemática y la limitada evidencia científica disponible en la provincia de Esmeraldas, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ – CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe durante el año 2026 y cuáles son las principales alteraciones de la función sexual femenina que podrían constituir criterios de interés para la evaluación fisioterapéutica?

La respuesta a esta interrogante permitirá generar evidencia científica local sobre la salud sexual femenina durante el período posparto, aportando información relevante para el desarrollo de estrategias fisioterapéuticas orientadas a la prevención, evaluación y rehabilitación de alteraciones que puedan afectar la calidad de vida de las mujeres de esta comunidad.

1.2. Justificación

La presente investigación tiene relevancia debido a que la disfunción sexual femenina durante el período posparto constituye una problemática frecuente que puede afectar significativamente la calidad de vida, el bienestar emocional, la salud mental y las relaciones interpersonales de la mujer. A pesar de ello, continúa siendo una condición poco diagnosticada y escasamente

abordada dentro de los programas de atención en salud materna y salud sexual femenina (7,8).

Desde una perspectiva poblacional, diferentes investigaciones han evidenciado que la prevalencia y manifestación de la disfunción sexual femenina en el posparto pueden variar según las características sociodemográficas, obstétricas, culturales y de acceso a los servicios de salud. En este sentido, factores como el tipo de parto, el trauma perineal, la lactancia materna, el dolor, la fatiga física, la edad, la calidad de vida y el contexto de atención sanitaria pueden influir en la aparición o persistencia de estas alteraciones (9,10,8).

Asimismo, el estudio de esta problemática en contextos comunitarios específicos resulta pertinente, debido a que las condiciones sociales, culturales y territoriales pueden influir en la forma en que las mujeres experimentan, comunican y buscan atención frente a dificultades relacionadas con su salud sexual. En el caso de la provincia de Esmeraldas, la presencia de población afroecuatoriana y las particularidades socioculturales del territorio justifican la necesidad de generar evidencia local que permita comprender esta problemática desde una perspectiva contextualizada. De manera complementaria, los análisis regionales sobre mujeres afrodescendientes en América Latina han señalado desigualdades persistentes en el acceso y la calidad de la atención en salud sexual, reproductiva y materna (11,12).

A pesar de la importancia del tema, existe limitada evidencia científica sobre la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres posparto de la provincia de Esmeraldas, especialmente en comunidades rurales como Tonchigüe. Por esta razón, la presente investigación permitirá generar información científica local que contribuya a comprender el comportamiento de esta problemática en una población con características particulares, aportando evidencia para futuras comparaciones con estudios realizados en otros grupos poblacionales.

Desde el enfoque fisioterapéutico, el estudio adquiere especial importancia debido a que el piso pélvico cumple un papel fundamental en la función urinaria, reproductiva y sexual de la mujer. En consecuencia, la identificación temprana de alteraciones relacionadas con la función sexual posparto puede fundamentar futuras estrategias de intervención fisioterapéutica dirigidas al fortalecimiento, reeducación y rehabilitación de la musculatura del piso pélvico, así como a la educación en salud sexual durante el posparto (13).

Del mismo modo, la utilización del Índice de Función Sexual Femenina, Female Sexual Function Index, FSFI, permitirá obtener información objetiva sobre los principales dominios

de la función sexual femenina, entre ellos deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en estudios sobre función sexual femenina y constituye una herramienta útil para identificar alteraciones relacionadas con la salud sexual, especialmente cuando se requiere evaluar sus diferentes componentes de forma estructurada (14).

En consecuencia, el estudio se justifica desde una perspectiva científica, social y fisioterapéutica, debido a que permitirá visibilizar una problemática poco abordada en el contexto local, aportar datos sobre la función sexual femenina posparto y orientar futuras acciones de prevención, educación y rehabilitación dirigidas a mejorar la calidad de vida de las mujeres pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ – CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe durante el año 2026, con el propósito de contribuir al desarrollo de estrategias fisioterapéuticas orientadas a la prevención, rehabilitación y mejora de la calidad de vida de la mujer posparto.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la función sexual femenina en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ – CAEMBA mediante la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index, FSFI).
- Analizar la prevalencia de la disfunción sexual femenina según el tipo de parto, el tiempo posparto y los dominios de la función sexual más afectados en las mujeres estudiadas, mediante un análisis descriptivo de los resultados obtenidos con el FSFI.
- Proponer estrategias fisioterapéuticas orientadas a la prevención, rehabilitación y educación en salud sexual posparto, como aporte al proyecto RAIZ-CAEMBA y a la atención integral de las mujeres de la comunidad de Tonchigüe.

CAPÍTULO I. Marco teórico

2. Bases teóricas

2.1. Función sexual femenina

La función sexual femenina constituye un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, hormonales, psicológicos, emocionales, relacionales y socioculturales (15). Por ello, no puede ser comprendida únicamente desde una perspectiva fisiológica, sino como una dimensión integral de la salud y la calidad de vida de la mujer. En el periodo posparto, esta función puede modificarse debido a los cambios corporales derivados del embarazo y el parto, la recuperación del suelo pélvico, la lactancia, el cansancio, el estado emocional y la adaptación al rol materno (16,17).

Asimismo, diversos estudios recientes señalan que la función sexual femenina durante el posparto puede verse afectada en dominios como el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor. En consecuencia, la valoración de estos componentes resulta fundamental para identificar posibles alteraciones y comprender cómo estas influyen en el bienestar físico, emocional y sexual de la mujer. Bajo esta perspectiva, el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), se considera uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la función sexual femenina, debido a que permite medir de manera organizada los principales dominios de la respuesta sexual (18,19).

Por consiguiente, la disfunción sexual femenina puede entenderse como la alteración de uno o más componentes de la respuesta sexual que genera malestar, dificultad o afectación en la calidad de vida de la mujer. En el caso del posparto, dicha alteración puede estar relacionada con factores hormonales, obstétricos, físicos, emocionales y de pareja. Por esta razón, estudiar su prevalencia en mujeres de 3 a 12 meses posparto permite visibilizar una problemática de salud que, aunque frecuente, suele ser poco abordada durante el seguimiento materno posterior al nacimiento (20,19).

2.2. Componentes de la función sexual femenina

2.2.1. Deseo sexual

El deseo sexual se refiere al interés, motivación o disposición de la mujer hacia la actividad sexual. Durante el posparto, este componente puede disminuir debido a la fatiga, la falta de descanso, los cambios hormonales, la lactancia y las nuevas responsabilidades relacionadas con el cuidado del recién nacido. Además, el estado emocional, la percepción de la imagen corporal y la dinámica de pareja pueden influir en la manera en que la mujer retoma su vida sexual. En este contexto, el deseo sexual constituye un dominio relevante, debido a que su disminución puede afectar la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción general de la mujer (21,19).

2.2.2. Excitación sexual

La excitación sexual comprende la respuesta física y psicológica que se produce ante estímulos sexuales. En mujeres posparto, este componente puede verse condicionado por la recuperación corporal, el temor al dolor, la sensibilidad genital, el cansancio y la falta de privacidad. A su vez, los cambios hormonales propios de esta etapa pueden influir en la respuesta genital y en la disposición emocional hacia la actividad sexual. Por lo tanto, la excitación debe analizarse como un componente que depende tanto de factores físicos como de aspectos emocionales y relacionales (18,22).

2.2.3. Lubricación vaginal

La lubricación vaginal es una respuesta fisiológica asociada a la excitación sexual y al adecuado estado de los tejidos genitales. No obstante, durante el posparto, especialmente en mujeres lactantes, puede presentarse disminución de la lubricación debido a la reducción de estrógenos y al aumento de prolactina. Como consecuencia, algunas mujeres pueden experimentar resequedad vaginal, incomodidad o dolor durante las relaciones sexuales. De esta manera, la lubricación se relaciona directamente con otros dominios de la función sexual, como la satisfacción, la excitación y el dolor (21,22).

2.2.4. Orgasmo

El orgasmo constituye una respuesta sexual en la que intervienen procesos neuromusculares, vasculares, hormonales y psicológicos. En el periodo posparto, este componente puede verse influenciado por la condición del suelo pélvico, la sensibilidad corporal, la presencia de dolor, la fatiga y la seguridad de la mujer respecto a su recuperación física. En consecuencia, las alteraciones musculares o emocionales posteriores al parto pueden modificar la respuesta orgásmica en algunas mujeres. Por ello, su valoración permite comprender de manera más completa el estado de la función sexual femenina durante esta etapa (4,23).

2.2.5. Satisfacción sexual

La satisfacción sexual se relaciona con la percepción de bienestar, comodidad y plenitud respecto a la vida sexual. Sin embargo, en el posparto, esta dimensión no depende únicamente de la respuesta física, sino también de la comunicación con la pareja, el apoyo emocional, la imagen corporal, el estado de ánimo y la adaptación a la maternidad. En este sentido, la satisfacción sexual debe abordarse desde un enfoque biopsicosocial, puesto que puede verse afectada por la interacción entre factores corporales, emocionales y relacionales (24,15).

2.2.6. Dolor durante las relaciones sexuales

El dolor durante las relaciones sexuales, también denominado dispareunia, es uno de los componentes más relevantes en el estudio de la función sexual posparto. Este puede asociarse con trauma perineal, episiotomía, desgarros, cicatrización, resequedad vaginal, alteraciones del suelo pélvico o temor al dolor. Por consiguiente, su presencia puede limitar la actividad sexual, disminuir el deseo y afectar la satisfacción de la mujer. De ahí que la evaluación del dolor sea fundamental dentro del análisis de la disfunción sexual femenina en mujeres posparto (25,26).

2.3. Suelo pélvico

El suelo pélvico está conformado por un conjunto de músculos, ligamentos y tejidos de soporte que cumplen funciones urinarias, intestinales, sexuales y reproductivas. Durante el embarazo, estas estructuras soportan una mayor carga mecánica debido al crecimiento uterino, el aumento

de peso y los cambios hormonales. Posteriormente, durante el parto y el posparto, el suelo pélvico puede presentar modificaciones en su fuerza, tono, elasticidad, coordinación y capacidad funcional (27).

Desde la perspectiva fisioterapéutica, el suelo pélvico adquiere gran importancia, por lo que participa en la continencia urinaria, el soporte de los órganos pélvicos y la respuesta sexual femenina. En este sentido, cuando existe debilidad, dolor, hipertonía o alteración de la coordinación muscular, la mujer puede presentar molestias durante las relaciones sexuales, disminución de la sensibilidad, dificultad para alcanzar el orgasmo o dolor pélvico. Por lo tanto, el estado funcional del suelo pélvico puede influir directamente en la calidad de vida y en la salud sexual de la mujer posparto (28,20).

En consecuencia, el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico no debe limitarse únicamente al fortalecimiento muscular (29). Por el contrario, debe incluir educación corporal, conciencia perineal, relajación, respiración, manejo del dolor, orientación sobre el retorno progresivo a la actividad sexual y ejercicios específicos según las necesidades de cada mujer. De esta forma, la fisioterapia puede contribuir a la prevención y rehabilitación de alteraciones funcionales que afecten la salud sexual femenina durante el posparto (30).

2.4. Rol de la fisioterapia en el suelo pélvico durante el posparto

La fisioterapia del suelo pélvico cumple un papel fundamental en la prevención, evaluación y rehabilitación de alteraciones funcionales que pueden presentarse durante el embarazo, parto y posparto. Desde este enfoque, el fisioterapeuta interviene en la identificación de síntomas relacionados con debilidad muscular, dolor pélvico, incontinencia urinaria, sensación de presión pélvica y dificultades asociadas a la función sexual femenina. Por ello, su participación dentro del cuidado posparto permite abordar de manera integral las necesidades físicas y funcionales de la mujer en esta etapa (31).

En esa misma línea, la fisioterapia del suelo pélvico no se limita únicamente al fortalecimiento muscular, sino que también incluye educación corporal, conciencia perineal, entrenamiento de la respiración, coordinación muscular, relajación, corrección postural y orientación sobre el retorno progresivo a las actividades diarias. Estas acciones son importantes porque el suelo pélvico trabaja de manera coordinada con el abdomen, el diafragma y la musculatura profunda

del tronco, por lo que su recuperación debe comprenderse desde una visión funcional y no aislada (32).

Asimismo, el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico puede contribuir a mejorar la fuerza, resistencia, coordinación y control muscular, favoreciendo el soporte de los órganos pélvicos y el control urinario. La evidencia reciente señala que el ejercicio posparto, especialmente el entrenamiento del suelo pélvico puede reducir la probabilidad de presentar incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos durante el primer año posterior al parto (33). En consecuencia, su aplicación resulta pertinente como estrategia preventiva y rehabilitadora en mujeres posparto.

De igual manera, la fisioterapia del suelo pélvico puede aportar beneficios en la función sexual femenina, debido a que favorece la conciencia corporal, la activación y relajación de la musculatura perineal, la disminución de molestias asociadas al dolor y la mejora de la confianza corporal durante el posparto. Estudios recientes han descrito que los programas de entrenamiento del suelo pélvico en mujeres puérperas pueden asociarse con mejoría de la función sexual, reducción del impacto de la incontinencia urinaria y aumento de la presión muscular del suelo pélvico después de la intervención (34,35).

Por otra parte, algunas intervenciones fisioterapéuticas pueden incorporar recursos complementarios como biofeedback, dispositivos de apoyo, electroestimulación o programas supervisados, siempre que exista indicación profesional y se respeten las condiciones clínicas de cada mujer. Estas herramientas pueden facilitar el aprendizaje de la contracción y relajación del suelo pélvico, especialmente cuando existe dificultad para identificar la musculatura de manera voluntaria. Sin embargo, su uso debe ser individualizado y guiado por un profesional capacitado (36).

2.5. Técnicas fisioterapéuticas para el fortalecimiento y concientización del suelo pélvico en el posparto

Durante el posparto, la fisioterapia puede emplear diferentes técnicas orientadas a favorecer la recuperación funcional del suelo pélvico, mejorar la conciencia corporal y prevenir alteraciones asociadas a debilidad muscular, dolor pélvico, incontinencia urinaria o dificultades en la función sexual femenina. Por lo cual, estas técnicas deben ser aplicadas de forma

individualizada, considerando el tiempo posparto, el tipo de parto, la presencia de dolor, cicatrices, episiotomía, desgarros, cesárea o cualquier condición clínica que requiera valoración profesional previa (37).

Una de las técnicas más utilizadas es el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, también conocido como ejercicios de Kegel. Cuya intervención consiste en enseñar a la mujer a identificar, contraer y relajar de forma voluntaria los músculos del suelo pélvico. Su finalidad no es únicamente aumentar la fuerza muscular, sino también mejorar la coordinación, resistencia, control y capacidad de relajación de esta musculatura. En el posparto, este entrenamiento puede contribuir al soporte de los órganos pélvicos, al control urinario y a la recuperación funcional relacionada con la salud sexual femenina (38).

Asimismo, la fisioterapia puede incorporar técnicas de respiración diafragmática y activación coordinada del suelo pélvico. Esta estrategia permite relacionar la respiración con la contracción y relajación muscular, favoreciendo una activación más consciente y evitando esfuerzos excesivos. En este sentido, se busca que la mujer comprenda que el suelo pélvico trabaja de manera conjunta con el diafragma, la musculatura abdominal profunda y la postura corporal. Por ello, la reeducación respiratoria resulta útil para mejorar el control corporal y disminuir tensiones innecesarias durante la recuperación posparto (39).

De igual manera, las técnicas de conciencia perineal permiten que la mujer reconozca la ubicación, función y respuesta del suelo pélvico. Con lo cual, estas actividades suelen realizarse mediante indicaciones verbales, educación corporal, ejercicios suaves de percepción muscular y orientación postural (27). Cabe destacar que su relevancia radica en que algunas mujeres tienen dificultad para identificar correctamente la contracción del suelo pélvico, pudiendo activar de forma compensatoria glúteos, abdomen o piernas. Por consiguiente, antes de fortalecer, resulta necesario aprender a reconocer y controlar adecuadamente esta musculatura (29).

Por otra parte, la relajación del suelo pélvico también constituye una técnica importante dentro del abordaje fisioterapéutico. Aunque comúnmente se asocia el tratamiento del suelo pélvico con el fortalecimiento, en mujeres que presentan dolor, tensión, incomodidad durante las relaciones sexuales o dificultad para relajar la musculatura, el objetivo inicial puede ser disminuir la hipertonía y mejorar la movilidad muscular. En estos casos, las técnicas de

respiración, relajación guiada, educación sobre el dolor y control de la tensión muscular pueden ser necesarias antes de iniciar ejercicios de fortalecimiento (39).

A más de ello, algunas intervenciones fisioterapéuticas pueden apoyarse en recursos como el biofeedback, el cual permite que la mujer reciba información visual, auditiva o táctil sobre la activación de su musculatura. Esta técnica puede facilitar el aprendizaje de la contracción y relajación del suelo pélvico, especialmente cuando existe dificultad para reconocer la musculatura de manera voluntaria. No obstante, su uso debe ser guiado por un profesional capacitado y adaptado a las condiciones de cada paciente (40).

En determinados casos, también puede considerarse la electroestimulación neuromuscular como recurso terapéutico complementario. Por lo que, esta técnica busca estimular la musculatura del suelo pélvico cuando existe dificultad importante para realizar una contracción voluntaria. A pesar de ello, no debe aplicarse de forma generalizada, sino únicamente bajo criterio profesional, previa valoración fisioterapéutica y considerando las condiciones clínicas de la mujer durante el posparto (41,42).

En resumen, la fisioterapia en el posparto cumple un rol preventivo, educativo y rehabilitador, al permitir evaluar el suelo pélvico según el tipo de parto y las necesidades de cada mujer. Incluye educación corporal, conciencia perineal, respiración diafragmática y ejercicios de activación, relajación y fortalecimiento, además de orientación postural cuando es necesario. Desde este enfoque, su objetivo es favorecer la recuperación funcional, prevenir disfunciones urinarias y pélvicas y mejorar el bienestar sexual en el posparto (43,44,45).

2.6. Tipos de parto

El tipo de parto constituye una variable obstétrica relevante en el estudio de la función sexual femenina posparto. De manera general, el nacimiento puede ocurrir por parto vaginal o por cesárea. El parto vaginal puede implicar cambios en el suelo pélvico, distensión de tejidos, desgarros o episiotomía, mientras que la cesárea, aunque evita el paso del recién nacido por el canal vaginal, representa un procedimiento quirúrgico que también requiere recuperación física y puede generar dolor o limitaciones temporales (46).

No obstante, la relación entre tipo de parto y función sexual femenina no debe interpretarse de manera aislada. En efecto, la evidencia reciente señala que el modo de nacimiento por sí solo no siempre determina la presencia de disfunción sexual. Más bien, deben considerarse factores

asociados como el trauma perineal, la episiotomía, la cicatrización, el dolor, la lactancia, el estado emocional, la experiencia del parto y el apoyo de la pareja. Por ello, analizar el tipo de parto junto con el tiempo posparto permite obtener una comprensión más amplia de los factores que pueden influir en la salud sexual de la mujer (20,15).

En este sentido, dentro de la presente investigación, el tipo de parto permitirá describir si existen diferencias en la prevalencia de disfunción sexual femenina entre mujeres que tuvieron parto vaginal y aquellas que tuvieron cesárea. Además, esta información puede orientar futuras estrategias de educación, prevención y rehabilitación fisioterapéutica dirigidas a mujeres que presenten dolor, temor, alteraciones del suelo pélvico o dificultades para retomar su vida sexual después del nacimiento (15,19).

2.7. Hormonas que influyen en el embarazo y posparto

Durante el embarazo y el posparto se producen cambios hormonales significativos que influyen en la recuperación corporal, la lactancia, el estado emocional y la función sexual femenina. Entre las hormonas más relevantes se encuentran los estrógenos, la progesterona, la prolactina, la oxitocina y la relaxina. Cada una de ellas cumple funciones específicas durante la gestación, el parto y la etapa posterior al nacimiento, por lo que su variación puede tener efectos sobre el bienestar general de la mujer.

En primer lugar, los estrógenos cumplen un papel importante en la vascularización, lubricación y mantenimiento de los tejidos vaginales. Sin embargo, durante la lactancia, sus niveles pueden disminuir, lo que favorece la aparición de resequedad vaginal, incomodidad o dolor durante las relaciones sexuales. Como resultado, la reducción estrogénica puede influir en dominios como la lubricación, la excitación, el deseo y la satisfacción sexual (21,22).

Por otra parte, la progesterona participa en el mantenimiento del embarazo y en la preparación del organismo materno. Después del parto, ocurre una caída hormonal importante que forma parte del proceso normal de adaptación al posparto. No obstante, estos cambios pueden interactuar con factores físicos y emocionales, influyendo en el estado de ánimo, la energía y la disposición hacia la actividad sexual.

A su vez, la prolactina se relaciona principalmente con la producción de leche materna. Durante la lactancia, el aumento de prolactina puede contribuir a la disminución de estrógenos, lo que explica parte de los cambios genitourinarios observados en mujeres lactantes. En consecuencia,

algunas mujeres pueden experimentar menor deseo sexual, resequedad vaginal o molestias durante las relaciones sexuales (21).

De igual manera, la oxitocina cumple una función importante durante el parto y la lactancia, puesto que favorece las contracciones uterinas y la eyección de leche. Además, se relaciona con procesos afectivos y de vínculo materno, por lo que puede tener una influencia indirecta en el bienestar emocional de la mujer. Finalmente, la relaxina favorece la elasticidad de ligamentos y tejidos durante el embarazo, facilitando la adaptación pélvica; sin embargo, estos cambios también pueden influir en la estabilidad pélvica y en la recuperación musculoesquelética posterior.

Dicho de otra manera, los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y el posparto pueden influir en la respuesta sexual femenina, especialmente en aspectos como el deseo, la lubricación, la percepción de comodidad durante las relaciones sexuales y la satisfacción. Particularmente, en mujeres de 3 a 12 meses posparto, estas modificaciones no deben analizarse de forma aislada, puesto que interactúan con la lactancia, el tipo de parto, el estado del suelo pélvico, la presencia de dolor y el proceso de recuperación física y emocional propio de esta etapa (47).

2.8. Antecedentes

Tadesse et al. (48), en Etiopía, desarrollaron un estudio titulado “Prevalence of sexual dysfunction and the associated factors among postpartum women who visit Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia in 2024: A facility-based cross-sectional study”. Cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de disfunción sexual y los factores asociados en mujeres durante el período posparto. La investigación tuvo un diseño transversal institucional y se realizó con 420 mujeres posparto que acudieron al Hospital Especializado Integral Debre Tabor. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado que incluyó información sociodemográfica, obstétrica, ginecológica y psicosocial, además del Índice de Función Sexual Femenina, Female Sexual Function Index, FSFI, para determinar la presencia de disfunción sexual. Los resultados evidenciaron una prevalencia de disfunción sexual posparto del 51,7 %. Asimismo, se identificó asociación significativa con factores como empleo, antecedente de resultado adverso del embarazo, desgarro perineal y depresión. Este antecedente se relaciona con la presente investigación porque aborda la prevalencia de

disfunción sexual en mujeres posparto mediante el FSFI, instrumento que también será utilizado en mujeres de 3 a 12 meses posparto del proyecto RAIZ-CAEMBA en la comunidad de Tonchigüe.

Tartaglia et al. (49), en Italia, realizaron el estudio "Sexual Function After Vaginal Delivery in Primiparous Women: A Perspective in the First Months Postpartum". El objetivo fue analizar los factores de riesgo asociados a la disfunción sexual femenina en mujeres primíparas durante los primeros meses posteriores al parto vaginal. La investigación tuvo un diseño observacional longitudinal prospectivo y se desarrolló con 80 mujeres primíparas que completaron el FSFI antes del parto y a los tres meses posparto. Los resultados mostraron una disminución significativa del puntaje total del FSFI a los tres meses posteriores al parto vaginal. Además, el 56,2 % de las participantes desarrolló disfunción sexual temprana, siendo los dominios de deseo, orgasmo y dolor los más afectados. El estudio también identificó que el estado civil y el tipo de laceración perineal influyeron en la función sexual posparto. Este antecedente es relevante para la presente investigación porque evidencia que la función sexual puede alterarse en los primeros meses posteriores al parto y respalda la importancia de analizar variables obstétricas, como el tipo de parto y las condiciones asociadas al suelo pélvico.

Arampatzi et al. (4), en Grecia, desarrollaron la investigación "Factors Associated with Postpartum Sexual Function During the Puerperium Period: A Cross-Sectional Study in Greece". El propósito del estudio fue identificar los factores asociados con la función sexual posparto durante el puerperio. La metodología correspondió a un estudio transversal en el que participaron 336 mujeres posparto, quienes respondieron un cuestionario general sobre características demográficas, personales y del período posparto, además del FSFI. Los resultados evidenciaron que las mujeres presentaron un nivel moderado de función sexual, con un puntaje promedio total de 20,8 en el FSFI. Los dominios con menor puntuación fueron excitación y orgasmo, mientras que los factores asociados incluyeron edad, nivel educativo, ingresos familiares, imagen corporal, apoyo de la pareja y apoyo familiar. Este antecedente guarda relación con el presente estudio porque demuestra la importancia de incluir variables sociodemográficas y de contexto, como edad, nivel educativo y apoyo social, al analizar la disfunción sexual femenina durante el posparto.

Suárez García et al. (50), en Nicaragua, realizaron el estudio Decline in Female Sexual Function

From Late Pregnancy to Early Postpartum: A Prospective Longitudinal Study in Nicaragua. El objetivo fue evaluar los cambios en la función sexual femenina entre el tercer trimestre del embarazo y el posparto temprano, así como identificar factores asociados con la disfunción sexual posparto. Se trató de un estudio observacional longitudinal prospectivo desarrollado con 184 mujeres atendidas en un centro terciario de Nicaragua. La función sexual se evaluó mediante el FSFI durante el tercer trimestre de embarazo y nuevamente entre las cuatro y ocho semanas posparto. Los resultados mostraron una disminución significativa del puntaje total del FSFI, que pasó de 27,81 durante el embarazo a 16,64 en el posparto temprano. Además, se reportó una prevalencia de disfunción sexual posparto del 62,0 % según la variable autorreportada, mientras que al aplicar el punto de corte clínico del FSFI todas las participantes cumplieron criterios de disfunción sexual. Los dominios más afectados fueron lubricación, excitación, deseo, orgasmo, satisfacción y dolor. Este antecedente resulta particularmente importante por corresponder a un contexto latinoamericano y por utilizar el mismo instrumento de evaluación, lo cual permite establecer una referencia regional para el análisis de la disfunción sexual en mujeres posparto de la comunidad de Tonchigüe.

Alves et al. (51), en Brasil, desarrollaron el estudio “Women’s sexual health six months after a severe maternal morbidity evento”. El objetivo fue investigar la función sexual femenina a los seis meses posparto y comparar los resultados entre mujeres que presentaron morbilidad materna severa y aquellas que no la presentaron. La investigación tuvo un diseño transversal y se realizó con 110 mujeres en período posparto. Para la evaluación de la función sexual se utilizó el FSFI, junto con un instrumento de caracterización sociodemográfica y obstétrica. Los resultados evidenciaron que el 44,5 % de las mujeres presentó disfunción sexual femenina; de este grupo, el 48,7 % correspondió a mujeres con antecedente de morbilidad materna severa y el 42,0 % a mujeres sin dicho antecedente. Además, se identificaron asociaciones entre algunos dominios del FSFI y variables como color de piel autorreferido, duración de la relación de pareja y dolor. Este antecedente se vincula con la presente investigación porque aporta evidencia latinoamericana sobre función sexual femenina posparto mediante el FSFI y refuerza la necesidad de evaluar esta problemática durante los controles posteriores al parto.

En conjunto, los antecedentes revisados evidencian que la disfunción sexual femenina durante el período posparto constituye una problemática frecuente y multifactorial, asociada a variables sociodemográficas, obstétricas, psicosociales y funcionales. Asimismo, los estudios coinciden

en la utilidad del FSFI como instrumento para valorar los dominios de la función sexual femenina, tales como deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Por tanto, estos antecedentes respaldan la pertinencia de desarrollar la presente investigación en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe, debido a la necesidad de generar evidencia local sobre una problemática poco estudiada en el contexto ecuatoriano.

2.9. Bases legales

La presente investigación se sustenta en el marco jurídico ecuatoriano relacionado con el derecho a la salud, la salud sexual y reproductiva, la protección de la mujer durante el posparto, la confidencialidad de la información y la ética en investigaciones con seres humanos. En virtud de ello, el estudio sobre la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto del proyecto RAIZ – CAEMBA se enmarca en una problemática de salud que debe ser abordada desde un enfoque de derechos, género, bioética y protección de datos personales.

En primer lugar, la Constitución de la República del Ecuador (52), en su Art. 32, reconoce a la salud como un derecho garantizado por el Estado e incluye el acceso a servicios de promoción, atención integral, salud sexual y salud reproductiva. A su vez, el Art. 43 establece la protección prioritaria de la salud integral de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. Por tanto, esta investigación resulta pertinente, debido a que analiza una dimensión de la salud femenina que puede incidir en el bienestar físico, emocional, sexual y en la calidad de vida de las mujeres posparto.

Asimismo, el Art. 66, numerales 9, 10, 11, 19 y 20, reconoce derechos vinculados con la sexualidad, la vida reproductiva, la reserva de información sobre salud y vida sexual, la protección de datos personales y la intimidad personal y familiar. En concordancia con ello, los Arts. 362 y 363, numeral 6, refuerzan la obligación de asegurar el consentimiento informado, la confidencialidad y los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente durante el embarazo, parto y posparto.

Por otra parte, la Ley Orgánica de Salud (53), en su Art. 3, define la salud como un estado de bienestar integral, lo cual respalda el abordaje integral de la función sexual femenina. Del

mismo modo, el Art. 7 reconoce los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, entre ellos el respeto a la dignidad, privacidad, autonomía y consentimiento informado. En adición, el Art. 20 establece la importancia de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva con enfoque de género, mientras que los Arts. 207 y 208 regulan la investigación científica en salud bajo principios bioéticos, enfoque de derechos, consentimiento informado por escrito y confidencialidad.

De manera complementaria, la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (54) sustenta el manejo reservado de la información obtenida en el estudio. En particular, el Art. 4 reconoce la existencia de datos sensibles, entre ellos los relacionados con salud, etnia, vida sexual y otros aspectos personales. Adicionalmente a ello, el Art. 32 permite el tratamiento de datos de salud con fines de investigación científica, siempre que se cumplan condiciones de anonimización, autorización y protección de la información. En consecuencia, los datos recolectados mediante la ficha sociodemográfica y el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), deberán utilizarse únicamente con fines académicos e investigativos.

En ese mismo sentido, el Reglamento General a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (55), en su Art. 5, establece que el consentimiento debe obtenerse de forma previa, informada y detallada cuando corresponda al tratamiento de datos personales. Por ello, en la presente investigación se aplicará el consentimiento informado y se resguardará la identidad de las participantes mediante el uso de códigos y la presentación de resultados de forma general.

En la misma línea, el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial (56) en el Sistema Nacional de Salud, especialmente en sus Arts. 1 y 2, establece las condiciones para el manejo de información confidencial de los pacientes y define la confidencialidad como el acceso restringido a la información únicamente por personas autorizadas. Por consiguiente, el estudio incorporará un acuerdo de confidencialidad para proteger los datos proporcionados por cada participante.

Finalmente, el Acuerdo Ministerial No. 00005-2022 (57), mediante el cual se emite el Reglamento Sustitutivo para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos y Comités de Ética Asistenciales para la Salud, respalda la necesidad de que las investigaciones con seres humanos cumplan criterios éticos y bioéticos. En particular, sus

Arts. 43, 44 y 45 clasifican las investigaciones según el nivel de riesgo, lo cual resulta relevante para valorar el tipo de revisión ética aplicable al presente estudio.

Dicho de otra manera, el marco legal ecuatoriano avala el desarrollo de esta investigación, siempre que se respeten la dignidad, autonomía, privacidad, consentimiento informado, confidencialidad y protección de datos personales de las mujeres participantes.

CAPÍTULO II.

3. Metodología

3.1. Delimitación espacio – temporal

La investigación se delimitó espacialmente en la comunidad de Tonchigüe, ubicada en el cantón Atacames, provincia de Esmeraldas, Ecuador. La selección de este contexto respondió a la presencia del proyecto RAIZ-CAEMBA, mediante el cual se accedió a la población de estudio conformada por mujeres en etapa posparto.

En cuanto a la delimitación poblacional y temporal, el estudio se desarrolló con mujeres de 3 a 12 meses posparto que forman parte del proyecto RAIZ-CAEMBA y residen en la comunidad de Tonchigüe. La recolección y análisis de la información se efectuó durante los meses de julio y agosto del año 2026, con el propósito de determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en el grupo seleccionado.

3.2. Enfoque de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, debido a que permitió recopilar, procesar y analizar datos numéricos relacionados con la función sexual femenina y la prevalencia de disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto. Este enfoque facilitó la medición objetiva de la variable principal mediante la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), así como el análisis de los resultados según variables obstétricas como el tipo de parto y el tiempo posparto.

3.3. Diseño de la investigación

El presente proyecto de investigación se enmarcó bajo un diseño no experimental, con alcance descriptivo y temporalidad transversal. Bajo ese contexto, se consideró un estudio no experimental debido a que las variables de investigación no fueron manipuladas por el investigador, limitándose únicamente a la observación, medición y análisis de los fenómenos en su contexto natural.

De igual manera, correspondió a un estudio descriptivo debido a que permitió identificar y detallar la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ – CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe, así como describir las características relacionadas con la función sexual femenina durante esta etapa.

En adición, el presente estudio se basó en un corte transversal, puesto que la recolección de la información se realizó en un único momento durante los meses julio y agosto del año 2026, permitiendo evaluar simultáneamente las variables de estudio en la población seleccionada.

3.4. Operacionalización de variables

La variable dependiente correspondió a la función sexual femenina, evaluada mediante el FSFI para determinar la presencia o ausencia de disfunción sexual. Las variables independientes fueron las sociodemográficas, obstétricas y posparto, utilizadas para carácterizar a la población estudiada.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Clasificación	Grupo de variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores / categorías	Escala de medición	Fuente de datos
Independiente	Variables sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la participante hasta el momento de la evaluación.	Se registró en años cumplidos, según la información referida por la participante.	Edad en años	Cuantitativa discreta	Ficha de recolección de datos
		Etnia	Identificación sociocultural de la participante de acuerdo con su autorreconocimiento étnico.	Se registró de acuerdo con la etnia referida por cada participante.	Mestiza, afroecuatoriana, indígena, montubia, blanca u otra	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Nivel educativo	Grado de instrucción académica alcanzado por la participante.	Se registró según el último nivel de estudios aprobado o cursado por la participante.	Sin instrucción, primaria, secundaria, tercer nivel u otro.	Ordinal	Ficha de recolección de datos

Independiente	Variables obstétricas y posparto	Tipo de parto	Forma en la que ocurrió el nacimiento del recién nacido.	Se registró según el antecedente obstétrico referido por la participante.	Parto vaginal, cesárea.	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Tiempo posparto	Tiempo transcurrido desde el parto hasta el momento de la evaluación.	Se midió en meses, considerando la fecha de parto referida por la participante.	3 a 6 meses, 7 a 9 meses, 10 a 12 meses.	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Dependiente	Variable de función sexual femenina	Función sexual femenina	Alteración de uno o más componentes de la función sexual femenina que puede afectar el bienestar físico, emocional y la calidad de vida de la mujer	Se evaluó mediante la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina, FSFI. La presencia o ausencia de disfunción sexual femenina se observó a partir del	Actividad sexual, coito, estimulación sexual, deseo o interés sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor	Cuantitativa según puntaje total del FSFI. Nominal dicotómica para clasificar presencia o ausencia de disfunción sexual femenina	Cuestionario FSFI aplicado a las participantes

				puntaje total obtenido en el instrumento, de acuerdo con el punto de corte establecido para su interpretación			

La prevalencia de disfunción sexual femenina fue considerada como un resultado derivado de la medición de la variable dependiente. Lo cual, se calculó a partir del número de mujeres que presentaron disfunción sexual según el puntaje total del FSFI, en relación con el total de participantes evaluadas.

3.5. Población/muestra

La población de estudio estuvo conformada por 220 mujeres pertenecientes al proyecto RAÍZ – CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe durante el año 2026. A partir de esta población, se seleccionó una muestra de 57 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación, específicamente aquellas que se encontraron entre los 3 y 12 meses posparto.

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, debido a que la selección de las participantes dependió del cumplimiento de los criterios de elegibilidad y de la aceptación voluntaria para participar en el estudio. Todas las participantes firmaron previamente el consentimiento informado, garantizando el respeto a los principios éticos de la investigación (Ver Anexo 3).

3.5.1. Criterios de inclusión

- Mujeres entre 3 y 12 meses posparto.
- Pertenecientes al proyecto RAIZ – CAEMBA.
- Residentes de la comunidad de Tonchigüe.
- Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Mujeres con diagnóstico previo de trastornos neurológicos o psiquiátricos severos.
- Mujeres con enfermedades ginecológicas activas que interfieran con la función sexual.
- Participantes que no completaron adecuadamente el cuestionario FSFI.

- Mujeres que se encontraron fuera del rango de 3 a 12 meses posparto al momento de la recolección de datos, es decir, aquellas cuyo parto haya ocurrido hace menos de 3 meses o hace más de 12 meses.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con respecto a la recolección de la información, se empleó la técnica de la encuesta, la cual permitió obtener datos de manera sistemática y objetiva sobre la función sexual femenina en mujeres de 3 a 12 meses posparto. Antes de la aplicación del instrumento, se explicó a cada participante el objetivo de la investigación, el carácter voluntario de su participación y el manejo reservado de la información. Asimismo, se aplicó un acuerdo de confidencialidad individual, con el fin de resguardar la identidad de las participantes, proteger los datos obtenidos y asegurar que la información recolectada fuera utilizada únicamente con fines académicos e investigativos.

Como instrumento principal, se utilizó el Índice de Función Sexual Femenina, FSFI, cuestionario validado internacionalmente para evaluar la función sexual femenina. Cabe resaltar que este instrumento está conformado por 19 preguntas con opciones de respuesta tipo escala y permite valorar seis dominios: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor durante las relaciones sexuales. Su aplicación se realizó mediante un formulario digital elaborado en Google Forms, herramienta que facilitó la recolección, organización y posterior tabulación de los datos obtenidos en las mujeres participantes del estudio.

Por su parte, la puntuación total obtenida mediante el FSFI permitió determinar la presencia o ausencia de disfunción sexual femenina, de acuerdo con el punto de corte establecido para su interpretación. De esta manera, se facilitó la evaluación objetiva de las alteraciones relacionadas con la función sexual en la población estudiada.

Adicionalmente, se aplicó una ficha de recolección de datos elaborada para el estudio, con el propósito de registrar información sociodemográfica, obstétrica y posparto de las participantes, incluyendo edad, etnia, nivel educativo, tipo de parto y tiempo posparto. Con lo cual, esta información permitió caracterizar a la población estudiada y analizar la prevalencia de la disfunción sexual femenina según las variables consideradas en la investigación.

3.6.1. Aporte fisioterapéutico a la comunidad

Como aporte fisioterapéutico a la comunidad, posterior a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se desarrolló una charla educativa y un taller práctico dirigido a las mujeres participantes del estudio. En este sentido, dicha actividad tuvo un carácter instructivo, preventivo y comunitario; por consiguiente, no fue considerada como una intervención terapéutica continua ni fue evaluada mediante mediciones antes y después.

En primer lugar, la charla educativa abordó los dominios de la función sexual femenina evaluados mediante el FSFI: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor durante las relaciones sexuales. Para ello, esta actividad se fundamentó en evidencia científica relacionada con la educación en salud sexual, tomando como referencia el estudio de Keshavarz et al. (58), en el cual se aplicaron sesiones educativas orientadas a mejorar la función sexual femenina y se utilizó el FSFI para valorar sus principales dominios (véase en Anexo 1).

Posteriormente, se desarrolló un taller práctico de activación y fortalecimiento del suelo pélvico, orientado al reconocimiento corporal, la respiración diafragmática, la contracción y relajación muscular, así como a la ejecución de ejercicios básicos seguros durante el posparto. Del mismo modo, este taller fue diseñado con base en evidencia científica relacionada con el entrenamiento muscular del suelo pélvico en mujeres posparto, tomando como referencia el estudio de Schütze et al. (29), en el cual se aplicaron actividades de percepción, activación y fortalecimiento del suelo pélvico (véase en Anexo 2).

Por tanto, la charla y el taller se plantearon como una orientación fisioterapéutica básica y como un aporte comunitario derivado del estudio. En consecuencia, estas actividades no modificaron el diseño no experimental, descriptivo y transversal de la investigación, debido a que no tuvieron como finalidad medir efectos terapéuticos, sino brindar educación, prevención y orientación fisioterapéutica a la población participante.

3.7. Procedimientos de análisis de datos

Para el procesamiento de la información, los datos obtenidos mediante el cuestionario FSFI fueron organizados en una base de datos en Microsoft Excel. Cada respuesta fue codificada según la escala correspondiente del instrumento, con el propósito de transformar las respuestas cualitativas en valores numéricos y facilitar el cálculo estadístico de los resultados.

Posteriormente, se calcularon los puntajes correspondientes a los seis dominios del FSFI: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Para ello, se aplicó la fórmula establecida por el instrumento, multiplicando la suma de los ítems de cada dominio por su respectivo factor de ponderación: deseo sexual por 0,6; excitación sexual por 0,3; lubricación por 0,3; orgasmo por 0,4; satisfacción sexual por 0,4; y dolor por 0,4 (59). Luego, los puntajes de cada dominio fueron sumados para obtener el puntaje total individual del FSFI, cuyo rango general va de 2 a 36 puntos. De acuerdo con la referencia metodológica utilizada, un puntaje total menor o igual a 26,55 indica presencia de disfunción sexual femenina, mientras que valores superiores reflejan función sexual adecuada (60).

Como apoyo al procedimiento de puntuación, se presenta la tabla de cálculo del Índice de Función Sexual Femenina, en la cual se especifican los dominios evaluados, los números de preguntas correspondientes, el rango de puntuación, el factor de ponderación y los puntajes mínimos y máximos de cada dimensión (59).

Tabla 2. Cálculo del puntaje del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI).

Table 1. Female Sexual Function Index Score calculation table					
Subgroups	**Question number**	**Score range**	**Factor**	**Minimum score**	**Maximum score**
Sexual desire	1, 2	1-5	0.6	1.2	6
Arousal	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	6
Lubrication	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	6
Orgasm	11, 12, 13	0-5	0.4	0	6
Sexual satisfaction	14, 15, 16	0/1-5	0.4	0.8	6
Pain	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6
Scale range				2	36
FSFI mean score of the women participating in this study	20.94±6.9 (minimum-maximum: 2.40-31.20)				
FSFI: Female Sexual Function Index.					

Fuente: Tomado de Mammadov y Erenel (59). *Nota: FSFI: Female Sexual Function Index; en español, Índice de Función Sexual Femenina.*

Asimismo, para aplicar esta tabla al análisis de la presente investigación, se elaboró una tabla de síntesis por dominios, en la cual se registraron el puntaje obtenido, el puntaje máximo posible, el porcentaje alcanzado respecto al puntaje máximo, el punto de corte referencial y la clasificación de cada dominio (61). Para calcular el porcentaje correspondiente a cada dimensión del FSFI, se dividió el puntaje obtenido para el puntaje máximo posible del dominio y se multiplicó por 100, utilizando la siguiente fórmula:

Porcentaje del dominio = (Puntaje obtenido / Puntaje máximo del dominio) × 100

En Microsoft Excel, esta operación se aplicó mediante una fórmula de proporción, por ejemplo:

=(D2/E2)*100

En dicha fórmula, la celda D2 correspondió al puntaje obtenido en el dominio evaluado, mientras que la celda E2 correspondió al puntaje máximo posible del mismo dominio. Posteriormente, el resultado porcentual permitió expresar el nivel alcanzado por cada dominio en relación con su valor máximo. Adicionalmente a ello, en cuanto a la clasificación por dominios se comparó el puntaje obtenido con el punto de corte referencial correspondiente, considerando como alterados aquellos dominios cuyo puntaje se ubicó por debajo del valor establecido. De esta manera, fue posible identificar los dominios más comprometidos de la función sexual femenina y relacionarlos con la clasificación global del FSFI obtenida en la población estudiada.

Por otro lado, mediante el uso de fórmulas en Microsoft Excel, se automatizó el cálculo del resultado individual y la clasificación de la función sexual femenina. A fin de obtener el puntaje total del FSFI se sumaron los valores de los seis dominios evaluados mediante la siguiente fórmula aplicada en la hoja de cálculo:

=SUMA(A2:F2)

En dicha fórmula, las columnas A, B, C, D, E y F correspondieron a los puntajes de los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, respectivamente.

A partir de este procedimiento, se obtuvo el resultado individual total de cada participante en la columna correspondiente al puntaje global del FSFI.

Por consiguiente, para clasificar la función sexual femenina según el punto de corte establecido, se aplicó una fórmula lógica condicional en Microsoft Excel. Cabe recalcar que, la fórmula utilizada fue la siguiente:

=SI(G2<=26.55,"Con disfunción sexual","Función sexual adecuada")

A través de esta fórmula, las participantes con puntaje total menor o igual a 26,55 fueron clasificadas como “Con disfunción sexual”, mientras que aquellas con puntajes superiores a 26,55 fueron clasificadas como “Función sexual adecuada”. De esta manera, se realizó la clasificación individual de la función sexual femenina de forma sistemática y uniforme para toda la base de datos.

Adicionalmente, se aplicó estadística descriptiva en cuanto al análisis de las variables sociodemográficas, obstétricas y de los dominios del FSFI. Cuyos resultados fueron organizados mediante frecuencias absolutas y porcentajes, empleando funciones de conteo y cálculo porcentual dentro de Microsoft Excel. Con la finalidad de determinar la frecuencia de cada clasificación se aplicaron fórmulas de conteo, tales como:

=CONTAR.SI($I$2:$I$58,"Con disfunción sexual")

=CONTAR.SI($I$2:$I$58,"Función sexual adecuada")

Por lo que, mediante el uso de estas fórmulas se obtuvo el número total de participantes clasificadas en cada categoría. Posteriormente, los porcentajes se calcularon dividiendo la frecuencia de cada resultado para el total de participantes evaluadas y multiplicando por 100. Con lo cual, de esta manera, fue posible determinar la prevalencia general de disfunción sexual femenina en la población estudiada.

Finalmente, los resultados se presentaron mediante tablas de frecuencia en formato n (%), argumentadas a través de una descripción de los hallazgos más relevantes. Para lo cual, en este procedimiento, los porcentajes fueron calculados con base en las respuestas válidas registradas en cada ítem, con el fin de garantizar una presentación clara, ordenada y coherente de la información obtenida en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA.

CAPÍTULO III. Resultados y discusión

4. Presentación de datos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario FSFI a mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe. Inicialmente, se expone la caracterización sociodemográfica y obstétrica de las participantes, correspondiente a las preguntas 1 a 7 del formulario.

Posteriormente, se presentan los resultados de las preguntas 8 a 26, organizados según los dominios del FSFI: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. La información se expone mediante tablas de frecuencia, en las que los datos se presentan en formato n (%), con el propósito de describir de manera clara y ordenada la distribución de las respuestas obtenidas en cada ítem del instrumento.

Del mismo modo, cada tabla se acompaña de una breve descripción de los resultados más relevantes, destacando las categorías con mayor y menor frecuencia. Los porcentajes fueron calculados con base en las respuestas válidas registradas en cada pregunta; por tanto, cuando existieron datos no respondidos, estos fueron considerados dentro de la nota metodológica correspondiente.

4.1. Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación se solicitó el consentimiento informado a todas las mujeres participantes, previo a la aplicación del cuestionario. En dicho documento se explicó el objetivo del estudio, el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad de la información recolectada y el uso académico de los datos obtenidos.

Asimismo, se garantizó que la identidad de las participantes sería protegida durante todo el proceso investigativo, por lo que los datos fueron manejados de forma anónima y utilizados únicamente con fines académicos. La totalidad de las mujeres incluidas en la muestra aceptó participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, correspondiente a las 57 participantes consideradas en la investigación.

Con el fin de resguardar la privacidad de las participantes, los consentimientos informados individuales no se incluyen como anexos del presente documento. No

obstante, se conserva el respaldo físico o digital correspondiente bajo custodia de la investigadora. En el apartado de anexos se incorpora únicamente el modelo de consentimiento informado utilizado para la recolección de datos.

4.2. Datos sociodemográficos

Tabla 3. Características sociodemográficas de las participantes.

Edad		**Estado civil**	
Categoría	*n (%)*	*Categoría*	*n (%)*
< 20 años	2 (3,5)	Unión libre	20 (35,1)
20–29 años	12 (21,1)	Soltera	32 (56,1)
30–39 años	26 (45,6)	Casada	2 (3,5)
40–49 años	9 (15,8)	Divorciada	2 (3,5)
50–59 años	2 (3,5)	Separada	1 (1,8)
No especifica	6 (10,5)		
Nivel educativo		**Etnia**	
Categoría	*n (%)*	*Categoría*	*n (%)*
Primaria	9 (15,8)	Mestiza	41 (71,9)
Secundaria	38 (66,7)	Afroecuatoriana	13 (22,8)
Tercer nivel	8 (14,0)	Montubia	3 (5,3)
3.er ciclo superior*	1 (1,8)		
Universidad*	1 (1,8)		
Número de hijos		**Tiempo postparto actual**	

Categoría	*n (%)*	*Categoría*	*n (%)*
1	5 (8,8)	3 a 6 meses	4 (7,0)
2	9 (15,8)	7 a 9 meses	10 (17,5)
3	23 (40,4)	10 a 12 meses	32 (56,1)
4	8 (14,0)	No especifica	11 (19,3)
5	5 (8,8)		
6	2 (3,5)		
7	2 (3,5)		
8	2 (3,5)		
No especifica	1 (1,8)		

Tipo de parto del último embarazo

Categoría	*n (%)*
Cesárea	23 (40,4)
Parto vaginal / natural	33 (57,9)
No especifica	1 (1,8)

*Nota: Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra (N = 57). La categoría "No especifica" corresponde a valores faltantes en la variable respectiva. * Categorías registradas de forma independiente en la base de datos original ("universidad" y "3 ciclo superior"); se recomienda verificar si corresponden a las categorías "Secundaria"/"Tercer nivel" o constituyen niveles distintos.*

En cuanto a las características sociodemográficas de las participantes (N = 57, Tabla 1), con respecto a la edad, la mayor proporción se ubicó en el rango de 30 a 39 años (26; 45,6%), seguida del grupo de 20 a 29 años (12; 21,1%) y de 40 a 49 años (9; 15,8%). Los grupos menores de 20 años y de 50 a 59 años presentaron la misma

frecuencia (2 casos cada uno; 3,5%). Seis participantes (10,5%) no especificaron su edad.

Respecto al estado civil, predominó la categoría soltera (32; 56,1%), seguida de unión libre (20; 35,1%). Las categorías casada y divorciada registraron igual frecuencia (2 casos cada una; 3,5%), mientras que separada fue la menos frecuente (1; 1,8%).

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de las participantes alcanzó el nivel secundario (38; 66,7%), seguido de tercer nivel (8; 14,0%) y educación primaria (9; 15,8%). Se registraron además dos categorías con una participante cada una (1,8%): "3.er ciclo superior" y "universidad".

Sobre la etnia, predominó la autoidentificación mestiza (41; 71,9%), seguida de afroecuatoriana (13; 22,8%) y montubia (3; 5,3%).

En relación con el número de hijos, la mayor frecuencia correspondió a quienes tienen tres hijos (23; 40,4%), seguida de dos hijos (9; 15,8%) y cuatro hijos (8; 14,0%). En menor proporción se registraron participantes con uno o cinco hijos (5 casos cada uno; 8,8%), y con seis, siete u ocho hijos (2 casos cada uno; 3,5%). Una participante (1,8%) no especificó este dato.

Respecto al tiempo posparto actual, predominó el intervalo de 10 a 12 meses (32; 56,1%), seguido de 7 a 9 meses (10; 17,5%) y de 3 a 6 meses (4; 7,0%). Once participantes (19,3%) no especificaron este dato.

Finalmente, en cuanto al tipo de parto del último embarazo, predominó el parto vaginal/natural (33; 57,9%) sobre la cesárea (23; 40,4%); un caso (1,8%) no especificó esta información.

4.3. Dominio 1: Deseo o interés sexual

Por su parte, la Tabla 2 presenta los resultados descriptivos correspondientes al dominio deseo o interés sexual del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto. En este dominio se incluyen la pregunta 8, relacionada con la frecuencia del deseo o interés sexual, y la pregunta 9, vinculada con el nivel de deseo o interés sexual. Los resultados se expresan en frecuencia y porcentaje, mediante el formato n (%), considerando las respuestas válidas registradas en cada pregunta.

Tabla 4. Resultados descriptivos del dominio deseo o interés sexual según el FSFI.

Pregunta 8. Frecuencia del deseo o interés sexual		Pregunta 9. Nivel de deseo o interés sexual	
Categoría	*n (%)*	*Categoría*	*n (%)*
Casi siempre o siempre	12 (21,4)	Muy alto	7 (12,3)
La mayoría de las veces	9 (16,1)	Alto	4 (7,0)
A veces	28 (50,0)	Moderado	28 (49,1)
Pocas veces	0 (0,0)	Bajo	11 (19,3)
Casi nunca o nunca	7 (12,5)	Muy bajo o nada	7 (12,3)

Fuente: *Tabulación del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto.*
Nota: *Los porcentajes corresponden al total de respuestas válidas por ítem. En la pregunta 8 se registraron 56 respuestas válidas; en la pregunta 9 se registraron 57 respuestas válidas.*

Asimismo, la Tabla 2 muestra que, en la frecuencia del deseo o interés sexual, predominó la categoría "A veces" con 28 respuestas, equivalente al 50,0 %, seguida de "Casi siempre o siempre" con 12 respuestas, correspondiente al 21,4 %, y "La mayoría de las veces" con 9 respuestas, equivalente al 16,1 %. Además, 7 participantes, es decir, el 12,5 %, refirieron sentir deseo o interés sexual "Casi nunca o nunca", mientras que no se registraron respuestas en la categoría "Pocas veces".

Respecto al nivel de deseo o interés sexual, la mayor proporción se ubicó en la categoría "Moderado" con 28 respuestas, equivalente al 49,1 %, seguida del nivel "Bajo" con 11 respuestas, correspondiente al 19,3 %. Las categorías "Muy alto" y "Muy bajo o nada" registraron 7 respuestas cada una, equivalentes al 12,3 %, mientras que el nivel "Alto" alcanzó 4 respuestas, correspondiente al 7,0 %.

4.4. Dominio 2: Excitación sexual

Por otra parte, la Tabla 3 presenta los resultados descriptivos correspondientes al dominio excitación sexual del cuestionario FSFI. En este dominio se incluyen las preguntas 10, 11, 12 y 13, relacionadas con la frecuencia, el nivel, la confianza y la satisfacción respecto a la excitación sexual durante la actividad sexual o el coito. Los resultados se expresan en frecuencia y porcentaje, mediante el formato n (%), considerando 57 respuestas válidas en cada pregunta.

Tabla 5. Resultados descriptivos del dominio excitación sexual según el FSFI.

Dominio 2: Excitación sexual						
Frecuencia de excitación sexual						
Elemento evaluado	*Sin actividad sexual*	*Casi siempre o siempre*	*La mayoría de las veces*	*A veces*	*Pocas veces*	*Casi nunca o nunca*
Pregunta 10. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió sexualmente excitada durante la actividad sexual o el coito?	12 (21,1)	7 (12,3)	13 (22,8)	13 (22,8)	10 (17,5)	2 (3,5)
Nivel de excitación sexual						
Elemento evaluado	*Sin actividad sexual*	*Muy alto*	*Alto*	*Moderado*	*Bajo*	*Muy bajo o nada*
Pregunta 11. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o el coito?	11 (19,3)	3 (5,3)	7 (12,3)	23 (40,4)	10 (17,5)	3 (5,3)
Confianza para lograr excitación sexual						
Elemento evaluado	*Sin actividad sexual*	*Confianza muy alta*	*Confianza alta*	*Confianza moderada*	*Confianza baja*	*Confianza muy baja o nada*
Pregunta 12. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan segura se sintió de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?	11 (19,3)	4 (7,0)	14 (24,6)	17 (29,8)	8 (14,0)	3 (5,3)
Satisfacción con la excitación sexual						
Elemento evaluado	*Sin actividad sexual*	*Casi siempre o siempre*	*La mayoría de las veces*	*A veces*	*Pocas veces*	*Casi nunca o nunca*
Pregunta 13. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación sexual durante la actividad sexual o el coito?	11 (19,3)	3 (5,3)	21 (36,8)	11 (19,3)	10 (17,5)	1 (1,8)

Fuente: Tabulación del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto.
Nota: Los valores se presentan como n (%). Los porcentajes fueron calculados con base en 57 respuestas válidas para las preguntas 10, 11, 12 y 13.

En este mismo sentido, la Tabla 3 muestra que, en la frecuencia de excitación sexual durante la actividad sexual o el coito, las categorías “La mayoría de las veces” y “A veces” registraron 13 respuestas cada una, equivalentes al 22,8 %. Posteriormente, 12 participantes, correspondiente al 21,1 %, refirieron “Sin actividad sexual”, mientras que 10 participantes, equivalente al 17,5 %, indicaron “Pocas veces”. En menor proporción se ubicaron “Casi siempre o siempre” con 7 respuestas, correspondiente al 12,3 %, y “Casi nunca o nunca” con 2 respuestas, equivalente al 3,5 %.

En cuanto al nivel de excitación sexual, predominó la categoría “Moderado” con 23 respuestas, equivalente al 40,4 %, seguida de “Sin actividad sexual” con 11 respuestas, correspondiente al 19,3 %, y “Bajo” con 10 respuestas, equivalente al 17,5 %. Las categorías “Alto”, “Muy alto” y “Muy bajo o nada” registraron porcentajes menores.

Con relación a la confianza para lograr excitación sexual, se observó predominio de la categoría “Confianza moderada” con 17 respuestas, equivalente al 29,8 %, seguida de “Confianza alta” con 14 respuestas, correspondiente al 24,6 %. Además, 11 participantes, equivalentes al 19,3 %, refirieron “Sin actividad sexual”. En menor proporción se registraron “Confianza baja”, “Confianza muy alta” y “Confianza muy baja o nada”.

Respecto a la satisfacción con la excitación sexual, la mayor proporción correspondió a “La mayoría de las veces” con 21 respuestas, equivalente al 36,8 %. Las categorías “Sin actividad sexual” y “A veces” registraron 11 respuestas cada una, correspondientes al 19,3 %, mientras que “Pocas veces” alcanzó 10 respuestas, equivalente al 17,5 %. En menor proporción se ubicaron “Casi siempre o siempre” con 3 respuestas, correspondiente al 5,3 %, y “Casi nunca o nunca” con 1 respuesta, equivalente al 1,8 %.

4.5. Dominio 3: Lubricación

Respecto al dominio de lubricación, se presentan los resultados descriptivos de las preguntas 14 a 17 del cuestionario FSFI, correspondientes a la frecuencia de lubricación vaginal, la dificultad para lograrla, el mantenimiento de la lubricación hasta el final de la actividad sexual o el coito y la dificultad para mantenerla. Los valores se expresan como frecuencia y porcentaje, en formato n (%).

Tabla 6. Resultados descriptivos del dominio lubricación.

Elementos evaluados	Sin actividad sexual	Casi siempre o siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca	Extremadamente difícil o imposible	Muy difícil	Difícil	Un poco difícil	Sin dificultad
Pregunta 14. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo lubricación vaginal durante la actividad sexual o el coito?	10 (17,5)	8 (14,0)	16 (28,1)	13 (22,8)	7 (12,3)	3 (5,3)	—	—	—	—	—
Pregunta 15. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue lograr la lubricación vaginal durante la actividad sexual o el coito?	13 (22,8)	—	—	—	—	—	2 (3,5)	2 (3,5)	3 (5,3)	11 (19,3)	26 (45,6)
Pregunta 16. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantuvo la lubricación vaginal hasta el final de la actividad sexual o el coito?	11 (19,3)	7 (12,3)	13 (22,8)	13 (22,8)	10 (17,5)	3 (5,3)	—	—	—	—	—
Pregunta 17. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue mantener la lubricación vaginal hasta el final de la actividad sexual o el coito?	12 (21,1)	—	—	—	—	—	2 (3,5)	2 (3,5)	3 (5,3)	14 (24,6)	24 (42,1)

Fuente: Tabulación del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto.

Nota: Los valores se presentan como n (%). Los guiones indican categorías que no corresponden a la escala de respuesta del ítem.

En relación con la frecuencia de lubricación vaginal durante la actividad sexual o el coito, predominó la categoría “La mayoría de las veces” con 16 respuestas, equivalente al 28,1 %, seguida de “A veces” con 13 respuestas, correspondiente al 22,8 %, y “Sin actividad sexual” con 10 respuestas, equivalente al 17,5 %. Además, “Casi siempre o siempre” registró 8 respuestas, “Pocas veces” 7 respuestas y “Casi nunca o nunca” 3 respuestas.

De igual manera, frente a la dificultad para lograr la lubricación vaginal, predominó la categoría “Sin dificultad” con 26 respuestas, equivalente al 45,6 %, seguida de “Sin actividad sexual” con 13 respuestas, correspondiente al 22,8 %, y “Un poco difícil” con 11 respuestas, equivalente al 19,3 %. En menor porcentaje se registraron las categorías “Difícil” con 3 respuestas, “Muy difícil” con 2 respuestas y “Extremadamente difícil o imposible” con 2 respuestas.

En ese mismo sentido, en el mantenimiento de la lubricación vaginal hasta el final de la actividad sexual o el coito, las categorías “La mayoría de las veces” y “A veces” concentraron 13 respuestas cada una, equivalentes al 22,8 %. Posteriormente, “Sin actividad sexual” registró 11 respuestas, “Pocas veces” 10 respuestas, “Casi siempre o siempre” 7 respuestas y “Casi nunca o nunca” 3 respuestas.

Finalmente, con respecto a la dificultad para mantener la lubricación vaginal, predominó

la categoría “Sin dificultad” con 24 respuestas, equivalente al 42,1 %, seguida de “Un poco difícil” con 14 respuestas, correspondiente al 24,6 %, y “Sin actividad sexual” con 12 respuestas, equivalente al 21,1 %. Las categorías de mayor dificultad se registraron en menor proporción.

4.6. Dominio 4: Orgasmo

Respecto al dominio de orgasmo, se presentan los resultados descriptivos de las preguntas 18 a 20 del cuestionario FSFI, relacionadas con la frecuencia para alcanzar el orgasmo, la dificultad para alcanzarlo y la satisfacción con dicha capacidad durante la actividad sexual o el coito. Los valores se expresan como frecuencia y porcentaje, en formato n (%).

Tabla 7. Resultados descriptivos del dominio orgasmo

Elementos evaluados	Sin actividad sexual	Casi siempre o siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca	Extremadamente difícil o imposible	Muy difícil	Difícil	Un poco difícil	Sin dificultad	Muy satisfecha	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha
Pregunta 18. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia alcanzó el orgasmo durante la actividad sexual o el coito?	11 (19,3)	8 (14,0)	11 (19,3)	15 (26,3)	8 (14,0)	4 (7,0)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pregunta 19. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual o el coito?	10 (17,9)	—	—	—	—	—	2 (3,6)	2 (3,6)	4 (7,1)	18 (32,1)	20 (35,7)	—	—	—	—	—
Pregunta 20. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la	10 (17,9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15 (26,8)	15 (26,8)	10 (17,9)	0 (0,0)	6 (10,7)

Elementos evaluados	Sin actividad sexual	Casi siempre o siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca	Extremadamente difícil o imposible	Muy difícil	Difícil	Un poco difícil	Sin dificultad	Muy satisfecha	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha
actividad sexual o el coito?																

Fuente: Tabulación del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto.

Nota: Los valores se presentan como n (%). Los guiones indican categorías que no corresponden a la escala de respuesta del ítem. En las preguntas 19 y 20 se registraron 57 respuestas válidas.

En cuanto a la frecuencia para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual o el coito, predominó la categoría “A veces” con 15 respuestas, equivalente al 26,3 %. Posteriormente, “Sin actividad sexual” y “La mayoría de las veces” registraron 11 respuestas cada una, correspondientes al 19,3 %, mientras que “Casi siempre o siempre” y “Pocas veces” alcanzaron 8 respuestas cada una. En menor proporción se ubicó “Casi nunca o nunca” con 4 respuestas.

Del mismo modo, con respecto a la dificultad para alcanzar el orgasmo, predominó la categoría “Sin dificultad” con 20 respuestas, equivalente al 35,7 %, seguida de “Un poco difícil” con 18 respuestas, correspondiente al 32,1 %, y “Sin actividad sexual” con 10 respuestas, equivalente al 17,9 %. Las categorías “Difícil”, “Muy difícil” y “Extremadamente difícil o imposible” se registraron en menor proporción.

Finalmente, en relación con la satisfacción con la capacidad para alcanzar el orgasmo, las categorías “Muy satisfecha” y “Moderadamente satisfecha” concentraron 15 respuestas cada una, equivalentes al 26,8 %. Asimismo, “Sin actividad sexual” y “Ni satisfecha ni insatisfecha” registraron 10 respuestas cada una, mientras que “Muy insatisfecha” alcanzó 6 respuestas. No se registraron respuestas en “Moderadamente insatisfecha”.

4.7. Dominio 5: Satisfacción

En relación con el dominio satisfacción, se agruparon las preguntas 21, 22 y 23 del cuestionario FSFI, correspondientes a la cercanía emocional con la pareja, la relación sexual con la pareja y la vida sexual en general. Los resultados se presentan en frecuencia y porcentaje, mediante el formato n (%), considerando las respuestas válidas registradas en cada ítem.

Tabla 8. Resultados descriptivos del dominio satisfacción

Elementos evaluados	Sin actividad	Muy	Moderadamente	Ni satisfecha ni	Moderadamente	Muy

	sexual	satisfecha	satisfecha	insatisfecha	insatisfecha	insatisfecha
Pregunta 21. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con la cercanía emocional con su pareja durante la actividad sexual?	8 (14,5)	22 (40,0)	13 (23,6)	7 (12,7)	0 (0,0)	5 (9,1)
Pregunta 22. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con su relación sexual con su pareja?	—	17 (32,1)	18 (34,0)	7 (13,2)	6 (11,3)	5 (9,4)
Pregunta 23. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con su vida sexual en general?	—	17 (32,7)	14 (26,9)	11 (21,2)	5 (9,6)	5 (9,6)

Fuente: Tabulación del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto.

Nota: Los valores se presentan como n (%). Los porcentajes corresponden a las respuestas válidas de cada pregunta; se registraron 55 respuestas válidas en la pregunta 21, 53 en la pregunta 22 y 52 en la pregunta 23.

Según la relación entre la satisfacción y la cercanía emocional con la pareja durante la actividad sexual, la categoría predominante corresponde a “Muy satisfecha” con 22 respuestas, equivalente al 40,0 %, seguida de “Moderadamente satisfecha” con 13 respuestas, correspondiente al 23,6 %, y “Sin actividad sexual” con 8 respuestas, equivalente al 14,5 %. De igual manera “Ni satisfecha ni insatisfecha” registró 7 respuestas, equivalente al 12,7 %, mientras que “Muy insatisfecha” alcanzó 5 respuestas, correspondiente al 9,1 %; no se observaron respuestas en “Moderadamente insatisfecha”.

Con respecto a la satisfacción con la relación sexual con la pareja, la mayor proporción se ubicó en “Moderadamente satisfecha” con 18 respuestas, equivalente al 34,0 %, seguida de “Muy satisfecha” con 17 respuestas, correspondiente al 32,1 %. En menor proporción se registraron “Ni satisfecha ni insatisfecha” con 7 respuestas, “Moderadamente insatisfecha” con 6 respuestas y “Muy insatisfecha” con 5 respuestas.

Por otro lado, acerca de la satisfacción con la vida sexual en general, predominó la categoría “Muy satisfecha” con 17 respuestas, equivalente al 32,7 %, seguida de “Moderadamente satisfecha” con 14 respuestas, correspondiente al 26,9 %, y “Ni satisfecha ni insatisfecha” con 11 respuestas, equivalente al 21,2 %. En menor frecuencia, “Moderadamente insatisfecha” y “Muy insatisfecha” registraron 5 respuestas cada una, equivalentes al 9,6 %.

4.8. Dominio 6: Dolor

De acuerdo con el dominio dolor, se organizaron las preguntas 24, 25 y 26 del

cuestionario FSFI, orientadas a identificar la frecuencia de dolor o molestia durante y después de la penetración vaginal, así como el nivel de dolor percibido. Los datos se presentan en frecuencia y porcentaje, mediante el formato n (%), respetando las respuestas válidas de cada ítem.

Tabla 9. Resultados descriptivos del dominio dolor

Elementos evaluados	Sin coito vaginal	Casi siempre o siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo o nada
Pregunta 24. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió dolor o molestia durante la penetración vaginal?	4 (7,4)	2 (3,7)	3 (5,6)	11 (20,4)	14 (25,9)	20 (37,0)	—	—	—	—	—
Pregunta 25. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió dolor o molestia después de la penetración vaginal?	4 (7,5)	2 (3,8)	2 (3,8)	12 (22,6)	9 (17,0)	24 (45,3)	—	—	—	—	—
Pregunta 26. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría el nivel de dolor o molestia durante o después de la penetración vaginal?	5 (9,4)	—	—	—	—	—	2 (3,8)	2 (3,8)	12 (22,6)	12 (22,6)	20 (37,7)

Fuente: Tabulación del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto.

Nota: Los valores se presentan como n (%). Los porcentajes corresponden a las respuestas válidas de cada pregunta; se registraron 54 respuestas válidas en la pregunta 24 y 53 respuestas válidas en las preguntas 25 y 26.

En concordancia con la frecuencia de dolor o molestia durante la penetración vaginal, predominó la categoría “Casi nunca o nunca” con 20 respuestas, equivalente al 37,0 %, seguida de “Pocas veces” con 14 respuestas, correspondiente al 25,9 %, y “A veces” con 11 respuestas, equivalente al 20,4 %. En menor proporción se registraron “Sin coito vaginal” con 4 respuestas, “La mayoría de las veces” con 3 respuestas y “Casi siempre o siempre” con 2 respuestas.

Con respecto al dolor o molestia después de la penetración vaginal, la mayor proporción correspondió a “Casi nunca o nunca” con 24 respuestas, equivalente al 45,3 %, seguida de “A veces” con 12 respuestas, correspondiente al 22,6 %, y “Pocas veces” con 9 respuestas, equivalente al 17,0 %. De igual manera, “Sin coito vaginal” registró 4 respuestas, mientras que “Casi siempre o siempre” y “La mayoría de las veces” alcanzaron 2 respuestas cada una.

Por último, respecto al nivel de dolor o molestia durante o después de la penetración vaginal, predominó la categoría “Muy bajo o nada” con 20 respuestas, equivalente al 37,7 %. En adición, las categorías “Moderado” y “Bajo” registraron 12 respuestas cada una, correspondientes al 22,6 %, mientras que “Sin coito vaginal” alcanzó 5 respuestas,

equivalente al 9,4 %. En menor proporción, “Muy alto” y “Alto” presentaron 2 respuestas cada una, equivalentes al 3,8 %.

Siguiendo la misma línea de investigación, a fin de aplicar la puntuación del FSFI a los resultados obtenidos en la presente investigación, se elaboró una tabla de síntesis por dominios. En ella se registraron el puntaje obtenido, el puntaje máximo posible, el porcentaje alcanzado respecto al valor máximo, el punto de corte referencial y la clasificación correspondiente de cada dimensión. Para calcular el porcentaje por dominio, se dividió el puntaje obtenido para el puntaje máximo posible y se multiplicó por 100, mediante la siguiente fórmula:

4.9. Prevalencia global de disfunción sexual femenina según FSFI

De este modo, se identificaron los dominios alterados y no alterados según los puntos de corte referenciales utilizados. Además, se integró la clasificación global del FSFI a partir del puntaje total individual, lo que permitió determinar la prevalencia general de disfunción sexual femenina en la población estudiada.

Tabla 10. Aplicación del FSFI según los resultados obtenidos en mujeres de 3 a 12 meses posparto.

Dominio del FSFI	Preguntas correspondientes	Factor aplicado	Puntaje obtenido	Puntaje máximo	Porcentaje del puntaje máximo	Punto de corte referencial	Resultado
Deseo sexual	1–2	0,6	3,6	6	60,0 %	< 4,28	*Alterado*
Excitación sexual	3–6	0,3	4,8	6	80,0 %	< 5,08	*Alterado*
Lubricación	7–10	0,3	5,7	6	95,0 %	< 5,45	*No alterado*
Orgasmo	11–13	0,4	4,8	6	80,0 %	< 5,05	*Alterado*
Satisfacción	14–16	0,4	5,2	6	86,7 %	< 5,04	*No alterado*
Dolor	17–19	0,4	5,6	6	93,3 %	< 5,51	*No alterado*
Clasificación global FSFI	1–19	—	—	—	**74,0 % con disfunción sexual femenina**	≤ 26,55	*Con disfunción sexual*

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* El porcentaje por dominio se calculó en relación con el puntaje máximo posible de cada dominio del FSFI. Para la clasificación global, se consideró el punto de corte total de 26,55; las participantes con puntaje menor o igual a 26,55 fueron clasificadas con disfunción sexual femenina.

A partir de los resultados presentados, se observa que los dominios con menor porcentaje respecto al puntaje máximo fueron deseo sexual, con 60,0 %, excitación sexual, con 80,0 %, y orgasmo, con 80,0 %. Dichos dominios fueron clasificados como alterados, debido a que sus puntajes se ubicaron por debajo de los puntos de corte referenciales establecidos para cada dimensión.

Por otra parte, los dominios lubricación, dolor y satisfacción presentaron porcentajes más favorables en relación con el puntaje máximo posible. Lubricación alcanzó el 95,0 %, dolor el 93,3 % y satisfacción el 86,7 %, por lo que no fueron clasificados como alterados de acuerdo con los puntos de corte considerados.

Tabla 11. Clasificación global de la función sexual femenina según el puntaje total del FSFI.

Resultado	***Frecuencia***	***Porcentaje***
Con disfunción sexual femenina	42	74,0 %
Función sexual adecuada	15	26,0 %
Total	***57***	***100,0 %***

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto. *Nota:* La clasificación se realizó según el puntaje total del FSFI. Se consideró disfunción sexual femenina cuando el puntaje total fue menor o igual a 26,55.

Mediante la Tabla 11, se presenta la clasificación global de la función sexual femenina según el puntaje total obtenido en el FSFI. En ella se observa que 42 participantes fueron clasificadas con disfunción sexual femenina, lo que corresponde al 74,0 % de la muestra, mientras que 15 mujeres presentaron función sexual adecuada, equivalente al 26,0 %. En total, se consideraron 57 mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe.

4.10. Prevalencia de disfunción sexual según tipo de parto y tiempo postparto

Con el propósito de responder al objetivo específico relacionado con el análisis de la prevalencia de disfunción sexual femenina según variables obstétricas, se elaboró una

tabla descriptiva considerando el tipo de parto y el tiempo posparto. Para ello, se tomó como referencia la clasificación individual obtenida mediante el puntaje total del FSFI, diferenciando a las participantes con disfunción sexual femenina y con función sexual adecuada.

Tabla 12. Prevalencia de disfunción sexual femenina según variables obstétricas.

Variable	*Categoría*	*Total n*	*Con disfunción sexual n (%)*	*Función sexual adecuada n (%)*
Tipo de parto	Parto vaginal / natural	33	25 (75,8)	8 (24,2)
	Cesárea	23	16 (69,6)	7 (30,4)
	No especifica	1	1 (100,0)	0 (0,0)
Tiempo posparto	3 a 6 meses	4	4 (100,0)	0 (0,0)
	7 a 9 meses	10	9 (90,0)	1 (10,0)
	10 a 12 meses	32	21 (65,6)	11 (34,4)
	No especifica	11	8 (72,7)	3 (27,3)
Total general	Mujeres evaluadas	57	42 (74,0)	15 (26,0)

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del cuestionario FSFI aplicado a mujeres de 3 a 12 meses posparto. *Nota:* Los porcentajes fueron calculados por fila, de acuerdo con el total de participantes registradas en cada categoría. La clasificación se realizó según el puntaje total del FSFI, considerando disfunción sexual femenina cuando el puntaje fue menor o igual a 26,55.

A partir de la tabla, se evidencia que la disfunción sexual femenina se presentó tanto en mujeres con parto vaginal o natural como en mujeres con cesárea. En el grupo con parto vaginal o natural, 25 de 33 participantes presentaron disfunción sexual, equivalente al 75,8 %, mientras que en el grupo con cesárea se identificaron 16 casos de 23 participantes, correspondiente al 69,6 %. Además, una participante no especificó el tipo de parto y fue clasificada con disfunción sexual.

Según el tiempo posparto, la mayor proporción de disfunción sexual se observó en el grupo de 3 a 6 meses, con 4 casos de 4 participantes, equivalente al 100,0 %, seguido del grupo de 7 a 9 meses, con 9 casos de 10 participantes, correspondiente al 90,0 %. En el grupo de 10 a 12 meses se registraron 21 casos de 32 participantes, equivalente al 65,6 %. Finalmente, entre las participantes que no especificaron el tiempo posparto, 8 de 11

presentaron disfunción sexual, correspondiente al 72,7 %.

4.11. Análisis de datos

A partir de la información obtenida mediante la ficha de recolección de datos y el cuestionario FSFI, se desarrolló un análisis estadístico descriptivo orientado a responder los objetivos de la investigación. Para ello, se consideraron las variables sociodemográficas, obstétricas y posparto, los dominios de la función sexual femenina, la clasificación global según el puntaje total del FSFI y la distribución de la disfunción sexual femenina según tipo de parto y tiempo posparto.

Desde la caracterización sociodemográfica, se identificó que la población estudiada estuvo conformada por mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe. Predominó el grupo etario de 30 a 39 años, seguido de las participantes de 20 a 29 años y de 40 años o más. Además, se observó mayor frecuencia de mujeres solteras y en unión libre, con predominio de nivel educativo secundario y pertenencia étnica mestiza. Bajo esta perspectiva, los resultados permiten reconocer una muestra principalmente adulta, con características sociales diversas y vinculada a un contexto comunitario específico.

A nivel obstétrico y posparto, se evidenció que una proporción importante de las participantes tenía tres hijos, seguida de mujeres con dos y cuatro hijos. Asimismo, el mayor grupo se ubicó entre los 10 y 12 meses posparto, lo que indica que la mayoría se encontraba en una etapa posparto tardía dentro del rango establecido para el estudio. Sumado a ello, predominó el parto vaginal o natural como vía de nacimiento del último embarazo, aunque también se registró una proporción considerable de mujeres con antecedente de cesárea.

Mediante el análisis de los dominios del FSFI, se observó que el deseo sexual presentó una tendencia principalmente intermedia, debido a que las respuestas se concentraron en categorías como “A veces” y “Moderado”. De manera similar, la excitación sexual mostró una distribución variable, con predominio de respuestas moderadas, presencia de niveles bajos y un grupo de mujeres que refirió ausencia de actividad sexual. Por tanto, deseo y

excitación se identificaron como componentes sensibles de la función sexual femenina durante el periodo posparto.

Dentro del dominio de lubricación, los resultados fueron relativamente más favorables, debido a que varias participantes manifestaron ausencia de dificultad para lograr o mantener la lubricación vaginal. No obstante, también se identificaron respuestas intermedias, dificultades leves y ausencia de actividad sexual en una parte de la muestra. Por ello, aunque la lubricación no fue clasificada como dominio alterado de forma global, su comportamiento permitió reconocer variaciones funcionales que deben interpretarse junto con los demás componentes de la respuesta sexual.

Al analizar el dominio de orgasmo, se evidenció un comportamiento mixto, debido a que algunas mujeres refirieron ausencia de dificultad o satisfacción con su capacidad para alcanzarlo, mientras que otras presentaron baja frecuencia, dificultad o ausencia de actividad sexual. En consecuencia, el orgasmo se identificó como uno de los dominios comprometidos dentro del FSFI, junto con deseo y excitación, lo que demuestra que la función sexual femenina posparto no depende de un solo componente, sino de la interacción entre factores físicos, emocionales, relacionales y funcionales.

Desde el dominio de satisfacción sexual, los resultados mostraron una tendencia relativamente favorable, especialmente en la cercanía emocional con la pareja, la relación y la vida sexuales en general. A pesar de ello, también se registraron respuestas neutrales e insatisfactorias, por lo que no puede afirmarse que este componente se mantuvo conservado en toda la muestra. Por su parte, el dominio de dolor presentó mayor concentración en categorías de baja frecuencia o bajo nivel de molestia; sin embargo, la presencia de respuestas moderadas y altas demuestra que el dolor durante o después de la penetración vaginal continuó siendo un aspecto relevante en una parte de la población estudiada.

Con base en la aplicación del FSFI por dominios, se identificó que deseo sexual, excitación sexual y orgasmo se ubicaron por debajo de los puntos de corte referenciales, por lo que fueron clasificados como dominios alterados. En cambio, lubricación, satisfacción y dolor presentaron puntajes relativamente conservados y no fueron clasificados como alterados. Por consiguiente, la afectación de la función sexual femenina

se concentró principalmente en los componentes relacionados con deseo, excitación y respuesta orgásmica.

A partir de la clasificación global del FSFI, se determinó que 42 de las 57 mujeres evaluadas presentaron disfunción sexual femenina, lo que corresponde al 74,0 % de la muestra. Por otra parte, 15 participantes, equivalentes al 26,0 %, presentaron función sexual adecuada. En consecuencia, los resultados evidencian una prevalencia global elevada de disfunción sexual femenina en mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe.

Al analizar la prevalencia según el tipo de parto, se identificó que 25 de 33 mujeres con parto vaginal o natural presentaron disfunción sexual femenina, equivalente al 75,8 %, mientras que 8 participantes, correspondientes al 24,2 %, presentaron función sexual adecuada. En el grupo de mujeres con cesárea, 16 de 23 participantes fueron clasificadas con disfunción sexual femenina, lo que representó el 69,6 %, mientras que 7 mujeres, equivalentes al 30,4 %, mostraron función sexual adecuada. Además, una participante no especificó el tipo de parto y fue clasificada con disfunción sexual femenina.

Según el tiempo posparto, la mayor prevalencia de disfunción sexual femenina se observó en el grupo de 3 a 6 meses, donde 4 de 4 participantes presentaron disfunción sexual, equivalente al 100,0 %. Posteriormente, en el grupo de 7 a 9 meses, 9 de 10 mujeres fueron clasificadas con disfunción sexual, correspondiente al 90,0 %, mientras que 1 participante, equivalente al 10,0 %, presentó función sexual adecuada. En el grupo de 10 a 12 meses, 21 de 32 mujeres presentaron disfunción sexual femenina, lo que representó el 65,6 %, mientras que 11 participantes, equivalentes al 34,4 %, mostraron función sexual adecuada. Asimismo, entre las participantes que no especificaron el tiempo posparto, 8 de 11 fueron clasificadas con disfunción sexual, correspondiente al 72,7 %.

Desde una lectura descriptiva, la distribución observada permite interpretar que la disfunción sexual femenina no se concentró exclusivamente en un tipo de parto ni en un solo periodo posparto, sino que se presentó en distintas condiciones obstétricas y temporales. Aunque los mayores porcentajes se evidenciaron en los primeros meses posparto, la presencia de casos entre los 10 y 12 meses demuestra que la recuperación de

la función sexual puede variar entre mujeres y requiere un abordaje integral, especialmente desde la educación, la prevención y la fisioterapia del suelo pélvico.

Cabe señalar que, debido al diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal, los resultados no establecen asociación estadística ni relación causal entre el tipo de parto, el tiempo posparto y la presencia de disfunción sexual femenina. Sin embargo, la distribución presentada permitió complementar el análisis de la prevalencia global y responder al objetivo específico relacionado con las variables obstétricas y posparto consideradas en la investigación.

Haciendo referencia al aporte fisioterapéutico derivado de los resultados, se desarrolló una charla educativa sobre el manejo de los dominios aplicados del FSFI y un taller práctico orientado al reconocimiento, activación, relajación y fortalecimiento progresivo del suelo pélvico. Además, se utilizó una infografía educativa como apoyo visual para reforzar la comprensión de los ejercicios y su importancia durante el periodo posparto. Dicha actividad tuvo un carácter preventivo, comunitario y educativo, sin constituir una intervención terapéutica individualizada ni incluir medición antes y después.

En síntesis, los datos analizados demuestran que la disfunción sexual femenina fue frecuente en la población estudiada y se manifestó principalmente a través de alteraciones en deseo, excitación y orgasmo. Aunque algunos dominios mostraron puntajes conservados, la clasificación global del FSFI permitió identificar una prevalencia elevada de disfunción sexual femenina. Por tanto, los hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer estrategias fisioterapéuticas y educativas orientadas a la prevención, recuperación funcional, cuidado del suelo pélvico y bienestar sexual de las mujeres durante el periodo posparto.

5. Discusión

La función sexual femenina durante el posparto constituye una dimensión relevante de la salud integral, debido a que puede verse influida por factores físicos, hormonales, emocionales, obstétricos, relacionales y socioculturales. En este contexto, el análisis de los resultados obtenidos mediante el FSFI permite comprender la magnitud de la

disfunción sexual femenina en mujeres de 3 a 12 meses posparto y relacionar los hallazgos con investigaciones previas desarrolladas en diferentes contextos internacionales y latinoamericanos.

A partir de la clasificación general del FSFI, se identificó que el 74 % de las mujeres evaluadas presentó disfunción sexual femenina, mientras que el 26 % mostró función sexual adecuada. Dicha prevalencia evidencia una afectación considerable de la función sexual en la población estudiada y responde directamente a la pregunta de investigación, al demostrar que la disfunción sexual femenina es frecuente durante el periodo posparto en mujeres pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe.

Asimismo, la distribución de la disfunción sexual femenina según variables obstétricas evidenció que la alteración de la función sexual se presentó en mujeres con parto vaginal y cesárea, así como en los distintos periodos posparto evaluados. Desde el alcance descriptivo del estudio, este resultado no establece asociación estadística ni causalidad; sin embargo, aporta una lectura complementaria sobre el comportamiento de la disfunción sexual femenina en la población estudiada. En consecuencia, se refuerza la necesidad de valorar la función sexual posparto de manera integral, incorporando aspectos relacionados con suelo pélvico, dolor, recuperación física, estado emocional, relación de pareja y educación en salud sexual.

Al comparar los resultados con estudios previos, la prevalencia encontrada fue superior a la reportada por Tadesse et al. (48), quienes identificaron una prevalencia de disfunción sexual posparto del 51,7 % en mujeres evaluadas mediante el FSFI en Etiopía. De igual manera, el porcentaje obtenido fue mayor al informado por Tartaglia et al. (49), quienes reportaron que el 56,2 % de mujeres primíparas presentó disfunción sexual temprana posterior al parto vaginal. En el contexto latinoamericano, Suárez García et al. (2026) encontraron una prevalencia autorreportada del 62,0 % en Nicaragua, mientras que Alves et al. (51) identificaron disfunción sexual femenina en el 44,5 % de mujeres a los seis meses posparto. Por tanto, la prevalencia de 74 % observada en Tonchigüe se ubica por encima de varios antecedentes revisados, lo que refuerza la importancia de visibilizar esta problemática en el contexto ecuatoriano.

En relación con los dominios del FSFI, el deseo y la excitación sexual mostraron respuestas predominantemente intermedias, lo que indica que la respuesta sexual no

estuvo completamente ausente, pero tampoco se presentó de forma alta o sostenida. Dicho comportamiento guarda relación con Tartaglia et al. (49), quienes identificaron afectación en los dominios de deseo, orgasmo y dolor durante los primeros meses posteriores al parto vaginal. Asimismo, Arampatzi et al. (4) reportaron que la excitación y el orgasmo fueron los dominios con menor puntuación en mujeres posparto en Grecia. En consecuencia, los hallazgos del presente estudio coinciden con la evidencia previa al señalar que el deseo y la excitación pueden verse comprometidos durante el posparto.

Con respecto a la lubricación, los resultados mostraron una distribución variable, debido a que algunas mujeres refirieron ausencia de dificultad para lograrla o mantenerla, mientras que otras reportaron dificultades o ausencia de actividad sexual. Esta variabilidad se relaciona con lo descrito por Suárez García et al. (50), quienes evidenciaron disminución significativa en todos los dominios del FSFI durante el posparto temprano, especialmente en lubricación, excitación y deseo. Por consiguiente, la lubricación debe interpretarse de manera integrada con otros componentes de la respuesta sexual femenina, como deseo, excitación, dolor y satisfacción.

En cuanto al orgasmo, se observó un comportamiento mixto, con respuestas que incluyeron ausencia de dificultad, dificultad leve, frecuencia ocasional e insatisfacción en una parte de la muestra. Esta tendencia coincide con Tartaglia et al. (49), quienes reportaron afectación del orgasmo en mujeres primíparas durante el posparto, y con Arampatzi et al. (4), quienes también identificaron menor puntuación en este dominio. Por ello, el orgasmo no debe analizarse como un componente aislado, sino como una dimensión relacionada con el deseo, la excitación, la lubricación, el dolor, la seguridad corporal y la relación de pareja.

En el dominio de satisfacción sexual, los resultados fueron relativamente más favorables en comparación con otros dominios, especialmente en los aspectos relacionados con la cercanía emocional, la relación sexual y la vida sexual en general. No obstante, la presencia de respuestas neutrales e insatisfactorias indica que una parte de las mujeres no percibió su vida sexual de manera completamente satisfactoria durante el posparto. Arampatzi et al. (4) señalaron que variables como edad, nivel educativo, imagen corporal, apoyo de la pareja y apoyo familiar pueden asociarse con la función sexual posparto. Por tanto, la satisfacción sexual debe comprenderse desde una perspectiva biopsicosocial y no únicamente desde la respuesta física.

En relación con el dolor, aunque predominaron respuestas de baja frecuencia o baja intensidad, también se identificaron casos de molestia moderada y alta durante o después de la penetración vaginal. Este hallazgo resulta importante, debido q que Tartaglia et al. (49) reportaron que el dolor fue uno de los dominios más afectados después del parto vaginal, mientras que Alves et al. (51) encontraron asociación entre el dolor y la morbilidad materna severa en mujeres posparto. En consecuencia, la presencia de dolor en la población estudiada constituye un aspecto clínicamente relevante para el análisis de la función sexual femenina y para el campo de la fisioterapia de suelo pélvico.

La caracterización sociodemográfica y obstétrica permitió contextualizar los resultados obtenidos. La mayoría de las participantes se ubicó en el grupo de 30 a 39 años, presentó instrucción secundaria, se identificó como mestiza, tenía varios hijos, se encontraba principalmente entre los 10 y 12 meses posparto y refirió parto vaginal o natural como antecedente obstétrico. Arampatzi et al. (4) destacaron la importancia de variables como edad, nivel educativo, imagen corporal y apoyo social en la función sexual posparto. Del mismo modo, Tadesse et al. (48) identificaron asociación entre disfunción sexual y factores laborales, obstétricos y psicosociales, entre ellos empleo, resultado adverso del embarazo, desgarro perineal y depresión. En consecuencia, los resultados de la presente investigación deben interpretarse considerando el contexto personal, familiar y social de las mujeres evaluadas.

Por otra parte, la presencia de disfunción sexual tanto en mujeres con parto vaginal como en mujeres con cesárea permite reconocer que el tipo de parto no explica por sí solo las alteraciones de la función sexual femenina. Suárez García et al. (50) reportaron que el modo de parto no se asoció significativamente con la disfunción sexual posparto, lo que coincide con la necesidad de analizar esta problemática desde una perspectiva multifactorial. Del mismo modo, la función sexual femenina durante el posparto puede estar condicionada por el suelo pélvico, el dolor, la recuperación corporal, el estado emocional, la relación de pareja, el apoyo social y las condiciones propias del entorno.

Desde el campo de la fisioterapia, los hallazgos tienen implicaciones relevantes, puesto que evidencian la necesidad de incluir la valoración de la función sexual femenina dentro del seguimiento posparto. Por lo cual, la elevada prevalencia identificada en Tonchigüe demuestra que el abordaje fisioterapéutico no debe limitarse únicamente al fortalecimiento muscular o al tratamiento de incontinencia, sino que también debe

considerar educación en salud sexual, conciencia corporal, relajación y activación del suelo pélvico, manejo del dolor, orientación sobre el retorno progresivo a la actividad sexual y acompañamiento preventivo durante el primer año posterior al parto.

Dentro de las limitaciones del estudio se reconoce el diseño descriptivo y transversal, debido a que permite estimar la prevalencia de disfunción sexual femenina, pero no establecer relaciones causales entre las variables sociodemográficas, obstétricas y los dominios del FSFI. En adición, el uso de un cuestionario autoadministrado puede generar sesgo de respuesta, considerando que la sexualidad es un tema sensible y puede estar influida por vergüenza, privacidad o interpretación personal de las preguntas. Adicionalmente a ello, debe considerarse que la muestra pertenece a mujeres vinculadas al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe, por lo que los resultados no deben generalizarse a toda la población posparto ecuatoriana.

En cuanto a las futuras investigaciones se podría ampliar la muestra, incluir mujeres de diferentes comunidades y aplicar diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de la función sexual desde el embarazo hasta el posparto tardío. Además, sería pertinente analizar asociaciones entre tipo de parto, tiempo posparto, lactancia, número de hijos, salud emocional, dolor pélvico, función del suelo pélvico y disfunción sexual femenina. Sumado a ello, podrían desarrollarse estudios con intervención fisioterapéutica, aplicando programas educativos o terapéuticos con medición antes y después, para valorar su efecto en los dominios del FSFI.

Como aporte a futuro, la presente investigación puede servir de base para diseñar estrategias comunitarias de educación, prevención y orientación fisioterapéutica dirigidas a mujeres posparto. Por tanto, la identificación de una prevalencia elevada de disfunción sexual femenina permite visibilizar una problemática poco abordada en el contexto local y respalda la necesidad de integrar la salud sexual, el suelo pélvico y la calidad de vida dentro de los programas de atención materna durante el primer año posterior al parto.

CAPÍTULO IV. Conclusiones y recomendaciones

6. Conclusiones

- A manera de conclusión, la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina, FSFI, permitió caracterizar la función sexual de las mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe. Mediante los resultados obtenidos, se evidenciaron alteraciones en los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. De manera particular, se identificó mayor concentración de respuestas intermedias en deseo y excitación, lo que demuestra que la función sexual femenina durante el posparto debe valorarse de forma integral y no únicamente desde el puntaje total del instrumento.
- En resumidas cuentas, la prevalencia de disfunción sexual femenina fue elevada en la población estudiada, debido a que el 74 % de las participantes presentó disfunción sexual según el puntaje total del FSFI, mientras que el 26 % mostró función sexual adecuada. Asimismo, mediante el análisis descriptivo según variables obstétricas y posparto, se evidenció que esta condición estuvo presente tanto en mujeres con parto vaginal como en mujeres con cesárea, así como en los diferentes rangos de tiempo posparto evaluados. Además, los dominios más comprometidos fueron deseo, excitación y orgasmo. Por tanto, se concluye que la disfunción sexual femenina durante el posparto no se limita exclusivamente al tipo de parto ni al tiempo transcurrido desde el nacimiento, sino que debe comprenderse de manera integral a partir de los diferentes componentes evaluados por el FSFI.
- Por último, en correspondencia con el tercer objetivo específico, se desarrolló un taller fisioterapéutico orientado a la prevención, rehabilitación y educación en salud sexual posparto, como aporte al proyecto RAIZ-CAEMBA y a la atención integral de las mujeres de la comunidad de Tonchigüe. Durante esta actividad se abordaron conceptos relacionados con la función sexual femenina, los dominios del FSFI, la importancia del suelo pélvico, la conciencia corporal y el fortalecimiento progresivo mediante ejercicios. Sumado a ello, se utilizó una infografía educativa sobre entrenamiento y fortalecimiento del suelo pélvico, lo

que permitió reforzar la orientación brindada a las participantes. En consecuencia, se concluye que la investigación no solo permitió identificar una prevalencia elevada de disfunción sexual femenina, sino también generar una acción fisioterapéutica práctica, educativa y comunitaria dirigida a favorecer el bienestar, la recuperación funcional y la calidad de vida de las mujeres posparto.

7. Recomendaciones

- En primer lugar, se recomienda continuar utilizando el Índice de Función Sexual Femenina, FSFI, como instrumento de valoración en mujeres de 3 a 12 meses posparto, debido a que permite caracterizar de manera integral los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. En ese mismo sentido, su aplicación puede contribuir a identificar oportunamente alteraciones de la función sexual femenina y orientar acciones preventivas, educativas y fisioterapéuticas dentro del proyecto RAIZ-CAEMBA.
- De igual manera, se sugiere que futuras investigaciones profundicen el análisis descriptivo de la disfunción sexual femenina según variables obstétricas y posparto, como tipo de parto y tiempo posparto, debido a que estos factores permiten contextualizar el comportamiento de la función sexual durante el primer año posterior al nacimiento. En adición, sería pertinente incluir otras variables relevantes, como lactancia materna, dolor pélvico, episiotomía, desgarros, cicatriz de cesárea, estado emocional, apoyo de la pareja, nivel de actividad física y calidad de vida, con el fin de comprender de manera más amplia los factores que pueden influir en la salud sexual posparto.
- Asimismo, se recomienda dar continuidad al taller fisioterapéutico aplicado como aporte de la investigación, orientado a la educación, prevención y rehabilitación de la función sexual femenina durante el posparto. Para ello, se sugiere mantener actividades relacionadas con educación en salud sexual, reconocimiento corporal, respiración diafragmática, activación, relajación y fortalecimiento progresivo del suelo pélvico, manejo del dolor y orientación sobre el retorno progresivo a la actividad sexual. Además, resulta pertinente seguir utilizando recursos educativos, como infografías sobre entrenamiento y fortalecimiento del suelo pélvico, para facilitar la comprensión y participación de las mujeres de la comunidad de Tonchigüe.

- Por último, se sugiere desarrollar estudios posteriores con diseño longitudinal o con intervención fisioterapéutica, que permitan evaluar la evolución de la función sexual femenina a lo largo del posparto y medir el efecto de talleres o programas educativos sobre los dominios del FSFI. De esta manera, se podrían generar estrategias más específicas, sostenibles y adaptadas al contexto comunitario para fortalecer el suelo pélvico, prevenir disfunciones sexuales y mejorar la calidad de vida de las mujeres posparto vinculadas al proyecto RAIZ-CAEMBA.

8. Referencias

1. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Exploring the Complexities of Postpartum Sexual Health. Current Sexual Health Reports. 2022; 13: p. 128-135.

2. Hickman L, Lewicky-Gaupp C. Sexual Dysfunction After Childbirth. Springer International Publishing. 2024;: p. 105-118.

3. Szöllősi K, Komka K, Szabó L. Risk factors for sexual dysfunction during the first year postpartum: A prospective study. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2022; 157(2).

4. Arampatzi C, Michou V, Eskitzis P, Andreou K, Athanasiadis L. Factors Associated with Postpartum Sexual Function During the Puerperium Period: A Cross-Sectional Study in Greece. Nursing Reports. 2025; 15(3): p. 86.

5. Wood S, Alston L, Chapman A, Lenehan J, Versace V. Barriers and facilitators to women's access to sexual and reproductive health services in rural Australia: a systematic review. Health Services Research. 2024; 24(1221).

6. Wood S, Pigott A, Thomas H, Wood C, Zimmerman L. A scoping review on women's sexual health in the postpartum period: opportunities for research and practice within low-and middle-income countries. Reproductive Health. 2022; 19.

7. Aquino A, Sarmento A, Simões A, Oliveira R, Monteiro M, Gonçalves A. Nonpharmacological treatment of postpartum sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Journal of the Brazilian Medical Association. 2023; 69(12).

8. Martínez-Galiano J, Infante-Torres N, Ortiz-Esquinas I, Rubio-Álvarez A, Ballesta-Castillejos A, Hernandez-Martinez A. Sexual dysfunction during the late postpartum period: prevalence and associated factors. Frontiers. Sec. Perinatal Psychiatry. 2026; 16.

9. Ng Y, Muhamad R, Ahmad I. Sexual dysfunction among six months postpartum

women in north-eastern Malaysia. PloS ONE. 2023; 18(4).

10. Oliveira T, Lima J, Cruz R, Pinto A, Sampaio L, Quirino G. Sexual dysfunction and satisfaction in women in the late postpartum period: A correlational study. Revista Brasileira de Enfermagem. 2025; 78(1).

11. UNFPA; UNICEF; UN WOMEN; PAHO; National Birth Equity Collaborative. Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas. ; 2023.

12. PAHO. Health of Afro-descendant People in Latin America. Washington, D.C.:; 2022.

13. Tsinisizeli N, Kyrkou G, Tsolaridou E, Kypraiou E, Komseli E, Lykeridou A. The knowledge of correlation of pelvic floor disorders with maternal and obstetrics characteristics, overtime. European Journal of Midwifery. 2023; 7(1).

14. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(3): p. 994.

15. Nikolaidou E, Antoniou E, Sarella A, Iliadou M, Orovou E, Dagla M. The Effect of Type of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: A Systematic Review. Healthcare. 2022; 10(7).

16. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. BMC Womens Health. 2020; 20(1).

17. Tadesse S, Abeje A, Biru S, Shumet R, Alemu A, Fekadie H, et al. Prevalence of sexual dysfunction and the associated factors among postpartum women who visit Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia in 2024: a facility-based cross-sectional study. BMJ Public Health. 2025; 3.

18. Rezaei N, Behboodi-Moghadam Z, Atbin T, Safoura T, Masoumeh N. Women's sexual function during the postpartum period: A systematic review on measurement tools. Medicine. 2024; 103(30).

19. Wassenaar E, Lont F, Verhoeven C, Henrichs J, Titulaer L, Warmelink J, et al. Sexual health after childbirth in Dutch women: prevalence, associated factors and perceived need for information: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024; 24(1).

20. Cattani L, De Maeyer L, Verbakel J, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. BJOG. 2022; 129(7): p. 1017-1028.

21. Adeli M, Shamaeian-Razavi N, Irani M. Sexual function in breastfeeding women: a systematic review. BMC Women's Health. 2026; 26(145).

22. Perelmuter S, Burns R, Shearer K, Grant R, Soogoor A, Jun S, et al. Genitourinary syndrome of lactation: a new perspective on postpartum and lactation-related genitourinary symptoms. Sexual Medicine Reviews. 2024; 12(3): p. 279-287.

23. García-Laria R, Alonso-Calvete A, Justo-Cousiño L, Da Cuña-Carrera I, M SG. Effects of pelvic floor muscle training on sexual function of postmenopausal women. Sex Med. 2025; 13(4).

24. Frijmersum Z, van der Meij E, de Leeuw R, Anema J, Huirne J, Bakker P. Assessment of recovery after childbirth; a cross-sectional study. European Journal of Obstretics & Gynecology and Reproductive Biology. 2025; 314.

25. Boarta A, Gluhovschi A, Craina M, Marta C, Dumitriu B, Socol I, et al. Determinants of Postpartum Sexual Dysfunction in the First Year: A Systematic Review. Healthcare. 2025; 13(22): p. 2977.

26. Alimi R, Marvi N, Azmoude E, Heidarian-Miri H, Zamani M. Sexual function after childbirth: a meta-analysis based on mode of delivery. Women Health. 2023; 63(2):

p. 83-96.

27. Manzotti A, Fumagalli S, Zanini S, Brembilla V, Alberti A, Magli I, et al. What is known about changes in pelvic floor muscle strength and tone in women during the childbirth pathway? A scoping review. Eur J Midwifery. 2024; 8(42).

28. Rao L, Zhang L, Yuan J, Lu B. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on improving pelvic floor function. Journal of Shanghai Jiao Tong University (Medical Science). 2023; 43(3).

29. Schütze S, Heinloth M, Uhde M, Schütze J, Hüner B, Janni W, et al. The effect of pelvic floor muscle training on pelvic floor function and sexuality postpartum. A randomized study including 300 primiparous. Arch Gynecol Obstet. 2022; 306(2): p. 785-793.

30. C SO, Sierra-Garcia E, Martínez-Sabater A, Chover-Sierra E, Ballestar-Tarín M. Effect of pelvic floor muscle training on female sexual function: A systematic review protocol and meta-analysis. Nursing Open. 2023; 10.

31. Critchley C. Physical Therapy Is an Important Component of Postpartum Care in the Fourth Trimester. Physical Therapy. 2022; 102(5).

32. Shaik A, Khan S, Shaik A, Shaik K. Advancements in Postpartum Rehabilitation: A Systematic Review. Cureus. 2024; 16(8).

33. Vesting S, Gutke A, Fagevik-Olsén M, Rembeck G, Larsson M. The Impact of Exercising on Pelvic Symptom Severity, Pelvic Floor Muscle Strength, and Diastasis Recti Abdominis After Pregnancy: A Longitudinal Prospective Cohort Study. Physical Therapy. 2024; 104(4).

34. Caicedo-Proaño V, Ortiz-Villablba P. Pelvic floor muscle training after childbirth: A systematic review. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025; 5(1234).

35. Monteiro M, Micussi M, Cruz V, Oliveira M, Medeiros K, Sarmento A, et al. Pelvic floor muscle training program for women in the puerperal period: Clinical progress

after intervention. Revista da Associação Médica Brasileira. 2021; 67(6): p. 851-856.

36. Artymuk N, Khapacheva S. Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2022; 35(3).

37. Woodley S, Lawrenson P, Boyle R, Cody J, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 5(5).

38. Beamish N, Davenport M, Ali M, Gervais M, Sjwed T, Bains G, et al. Impact of postpartum exercise on pelvic floor disorders and diastasis recti abdominis: A systematic review and meta-analysis. British Journal of Sports Medicine. 2025; 59(8).

39. Stamos D, Sapouna V, Astraka K, Thanopoulou S, Giannakis I, Pantou A, et al. Female Sexual Function and Pelvic Floor Muscle Training: A Narrative Review. Cureus. 2025; 17(6).

40. Wang X QJ,LDea. Pressure-Mediated Biofeedback With Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2024; 7(11).

41. Matsi ABE,LS,XSTM,&FK. The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Exercise with Biofeedback in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review. Applied Sciences. 2023; 13(23).

42. Höder A, Stenbeck J, Fernando M, Lange E. Pelvic floor muscle training with biofeedback or feedback from a physiotherapist for urinary and anal incontinence after childbirth - a systematic review. BMC Womens Health. 2023; 18(23).

43. Hagen S, Elders A, Stratton S, Sergenson N, Bugge C, Dean S, et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training with and without electromyographic biofeedback for urinary incontinence in women: multicentre randomised controlled trial. BMJ. 2020; 371.

44. Tim S, Mazur-Bialy A. The Most Common Functional Disorders and Factors Affecting Female Pelvic Floor. Life. 2021; 11(12).

45. Tian Z, Ji R. Biofeedback electrical stimulation combined with pelvic floor muscle training on postpartum stress urinary incontinence: A meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet. 2026; 172(2).

46. Alzahrani R. Pelvic Floor Complications During Childbirth- a Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Pioneering Medical Sciences. 2024; 13(2).

47. Capozzi V, Maglietta G, Monfardini L, De Finis A, Bontempo P, Valenti A, et al. Sexual well-being before and after childbirth: a prospective longitudinal study using the Female Sexual Function Index. American Journal of Osbtetrics & Gynelogy MFM. 2026; 8(8).

48. Tadesse S, Abeje A, Biru S, Shumet R, Alemu A, Fekadie H, et al. Prevalence of sexual dysfunction and the associated factors among postpartum women who visit Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia in 2024: a facility-based cross-sectional study. BMJ Public Health. 2025.

49. Tartaglia S, Puri L, Brugnoli F, Quintiliani F, Allegrini C, Gallitelli V, et al. Sexual Function After Vaginal Delivery in Primiparous Women: A Perspective in the First Months Postpartum. Healthcare. 2025; 13(5).

50. Suárez-García M, Herrera V, Romero C, Chamorro-Segovia E, Conrado-Chamorro M, Rivera A, et al. Decline in Female Sexual Function From Late Pregnancy to Early Postpartum: A Prospective Longitudinal Study in Nicaragua. Cureus Journal of Medical Science. 2026; 18(6).

51. Alves L, Costa J, Monteiro J, Gomes-Sponholz F. Women's sexual health six months after a severe maternal morbidity event. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ; 28.

52. Asamblea Constituyente de Montecristi. Defensoría Pública del Ecuador. [Online].;

2008. Available from: http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/4083.

53. Asamblea Nacional del Ecuador. Defensoría Pública del Ecuador. [Online].; 2006. Available from: http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426.

54. Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador. [Online].; 2021. Available from: https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Ley-Organica-de-Datos-Personales.pdf.

55. Presidencia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo No. 904. [Online].; 2023. Available from: https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2023/11/Decreto-Ejecutivo-No.-904.pdf.

56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 5216. [Online].; 2015. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.-5216-Reglamento-de-informacion-confidencial-en-SNS.pdf.

57. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 00005-2022. [Online].; 2022. Available from: https://www.gob.ec/regulaciones/reglamento-sustitutivo-reglamento-aprobacion-seguimiento-comites-etica-investigacion-seres-humanos-ceish-comites-etica-asistenciales-salud-ceas.

58. Keshavarz M, Ghorbani A, Allahqoli L, Sarvi F, Salehiniya H, Alkatout I. A non-randomized study of sexual health education on the sexual function of primigravid women. BMC Womens Health. 2025; 25(1).

59. Mammadov B, Şentürk-Erenel A. Evaluation of female sexual functions after cesarean section. Cyprus J Med Sci. 2024; 9(2): p. 113-118.

60. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. Journal of Sex & Marital Therapy. 2005; 31(1): p. 1-20.

61. Jain N, Mehra R, Goel P, Chavan B. Sexual Health of Postmenopausal Women in

North India. Journal of Mid-life Health. 2019; 10(2): p. 70-74.

62. Driusso P, Beleza A, Mira D, Sato T, Cavalli R, Ferreira C, et al. Are there differences in short-term pelvic floor muscle function after cesarean section or vaginal delivery in primiparous women? A systematic review with meta-analysis. International Urogynecology Journal. 2020; 31: p. 1497-1506.

63. Chen Y, Luo D, Guo X, Chen W. Systematic review and meta-analysis of evaluation of selective cesarean section in postpartum pelvic floor function recovery under perineal ultrasound. Frontiers in Medicina. Sec. Obstetrics and Gynecology. 2022; 11(2): p. 730-741.

Anexos

Anexo 1. Guía breve de charla de manejo de dominios.

- **Tema:** Explicación de los dominios de la función sexual femenina evaluados mediante el Índice de Función Sexual Femenina, Female Sexual Function Index, FSFI.

- **Introducción**

La presente charla se realizará antes de la aplicación del cuestionario FSFI, con la finalidad de orientar a las participantes sobre los aspectos que evalúa el instrumento. Esta actividad permitirá que las mujeres comprendan de manera general los dominios de la función sexual femenina antes de responder las preguntas.

- **Justificación**

Debido a que el cuestionario aborda temas relacionados con la salud sexual femenina, es necesario realizar una explicación previa, clara y respetuosa, que facilite la comprensión de las preguntas y favorezca una participación informada, voluntaria y confidencial.

- **Objetivo**

Explicar de manera breve los dominios de la función sexual femenina evaluados por el FSFI, para que las participantes puedan responder el cuestionario con mayor comprensión y seguridad.

- **Población dirigida**

Mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe.

- **Duración aproximada**

15 minutos.

- **Desarrollo de la charla**

1. Bienvenida y presentación de la actividad

Se dará la bienvenida a las participantes y se explicará que la charla forma parte del proceso previo a la aplicación del cuestionario FSFI. Se indicará que la información recolectada será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos e

investigativos.

2. Explicación general del cuestionario FSFI

Se mencionará que el FSFI es un instrumento que permite valorar diferentes aspectos de la función sexual femenina. Se aclarará que no existen respuestas correctas o incorrectas y que cada participante debe responder de acuerdo con su experiencia personal.

3. Explicación de los dominios evaluados

Durante la charla se mencionarán los seis dominios principales del FSFI:

- **Deseo sexual:** interés o disposición hacia la actividad sexual.
- **Excitación sexual:** respuesta física y emocional ante estímulos sexuales.
- **Lubricación vaginal:** presencia o disminución de humedad vaginal durante la actividad sexual.
- **Orgasmo:** respuesta corporal y emocional asociada a la actividad sexual.
- **Satisfacción sexual:** percepción de bienestar o conformidad con la vida sexual.
- **Dolor:** presencia de molestias o dolor durante o después de la actividad sexual.

4. Indicaciones para responder el cuestionario

Se explicará que el cuestionario será respondido de forma individual. Las participantes podrán solicitar aclaración si no comprenden alguna pregunta, sin necesidad de compartir experiencias personales en voz alta.

5. Cierre

Se recordará que la participación es voluntaria, que la información será manejada con confidencialidad y que los resultados se presentarán de manera general, sin identificar a ninguna participante.

Anexo 2. Taller breve de activación y concientización del suelo pélvico.

Tema: Reconocimiento, activación y relajación básica del suelo pélvico en mujeres posparto

Introducción

El taller se desarrollará como una actividad educativa complementaria, orientada a que las participantes reconozcan de forma básica la importancia del suelo pélvico durante el posparto y su relación con la función sexual femenina, la postura y el bienestar corporal.

Justificación

Durante el embarazo, parto y posparto pueden presentarse cambios en la musculatura del suelo pélvico. Por ello, es importante promover actividades de concientización corporal que permitan a las mujeres identificar esta zona, activar y relajar la musculatura de forma segura, y reconocer cuándo es necesario acudir a un profesional.

Objetivo

Promover la conciencia corporal y la activación básica del suelo pélvico mediante actividades educativas, suaves y no invasivas dirigidas a mujeres de 3 a 12 meses posparto.

Población dirigida

Mujeres de 3 a 12 meses posparto pertenecientes al proyecto RAIZ-CAEMBA de la comunidad de Tonchigüe.

Duración aproximada

25 a 30 minutos.

Desarrollo del taller

Presentación del taller

Se explicará que la actividad será educativa, voluntaria y no invasiva. No se realizará exploración física ni evaluación íntima.

Reconocimiento del suelo pélvico

Se brindará una explicación breve sobre la ubicación general del suelo pélvico y su importancia en la función urinaria, sexual y de soporte corporal.

Actividad de respiración consciente

Las participantes se ubicarán sentadas, con los pies apoyados en el piso. Se guiará una respiración lenta: inhalar por la nariz y exhalar por la boca, procurando relajar hombros, abdomen y pelvis.

Actividad de identificación muscular

Se indicará a las participantes que imaginen una contracción suave de la musculatura que utilizarían para evitar una pérdida de orina o gases. La activación será breve, sin fuerza excesiva y sin contener la respiración.

Actividad de activación y relajación

Se realizará una secuencia sencilla: inhalar y relajar, exhalar y activar suavemente el suelo pélvico durante 2 o 3 segundos, luego relajar completamente. Se repetirán de 5 a 6 veces, respetando la comodidad de cada participante.

Integración con postura

Se pedirá mantener una postura cómoda, con espalda recta y respiración tranquila, integrando la activación suave del suelo pélvico con la exhalación.

Recomendaciones

Se orientará a las participantes a consultar con un profesional si presentan dolor durante las relaciones sexuales, pérdida de orina, sensación de presión pélvica o molestias persistentes. También se recordará que los ejercicios no reemplazan una valoración fisioterapéutica individual.

Cierre

El taller finalizará reforzando la importancia del cuidado del suelo pélvico durante el posparto y su relación con la salud sexual femenina, la calidad de vida y el autocuidado.

Anexo 3. Acuerdo de confidencialidad informado para participantes.

Tema: "Prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto del proyecto RAIZ – CAEMBA en la comunidad de Tonchigüe durante el año 2026"

Estudiante: Sammy Ojeda García

Lugar y fecha:
Tonchigüe, ___ de _____ de 2026.

Yo, _____, con cédula de identidad N.º _____, declaro que he sido informada de manera clara sobre el propósito de la investigación titulada **"Prevalencia de la disfunción sexual en mujeres de 3 a 12 meses posparto del proyecto CAEMBA-RAIZ en la comunidad de Tonchigüe durante el año 2026"**.

Por medio del presente documento, la investigadora se compromete a mantener estricta confidencialidad sobre la información proporcionada durante la aplicación de la encuesta y demás instrumentos relacionados con el estudio.

La información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos e investigativos. Los datos personales de la participante no serán divulgados, publicados ni entregados a terceros. Para proteger la identidad de cada participante, los resultados serán presentados de manera general, sin nombres, apellidos ni información que permita su identificación directa.

De igual manera, se me ha informado que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias negativas para mí o para mi vinculación con el proyecto CAEMBA-RAIZ.

Declaro que he comprendido la información proporcionada y acepto participar en la investigación bajo las condiciones de confidencialidad antes descritas.

Firma de la participante:

Nombre: _____

C.I.: _____

Firma de la investigadora:

Nombre: _____

C.I.: _____

Anexo 4. Infografía sobre ejercicios Kegel para activación y fortalecimiento de suelo pélvico.

EJERCICIOS de Kegel

Fortalece tu suelo pélvico, mejora tu salud y calidad de vida

¿QUÉ ES EL SUELO PÉLVICO?

Es un conjunto de músculos que se encuentran en la parte baja de la pelvis.

Sostienen la vejiga, el útero y el recto, y nos ayudan a controlar la orina, los gases y a tener una vida sexual saludable.



¿PARA QUÉ SIRVEN?

- Previenen y mejoran pérdidas de orina.
- Mejoran la estabilidad de la pelvis.
- Ayudan en la recuperación postparto.
- Aumentan la sensibilidad y el placer sexual.
- Previenen prolapsos de órganos pélvicos.



¿CÓMO IDENTIFICAR LOS MÚSCULOS?

1. Imagina que quieres detener el chorro de orina o evitar expulsar gases.
2. Contrae esos músculos como si los elevaras hacia adentro y hacia arriba.
3. Asegúrate de NO contraer glúteos, muslos ni abdomen.



¿CÓMO HACER LOS EJERCICIOS DE KEGEL?

1 CONTRACCIONES LENTAS

Fortalecen la resistencia muscular.



- Contrae el suelo pélvico lentamente.
- Mantén la contracción 5 segundos.
- Relaja 5 segundos.

Repite 10 veces
Haz 3 series al día

2 CONTRACCIONES RÁPIDAS

Mejoran la respuesta muscular.



- Contrae rápidamente el suelo pélvico.
- Relaja rápidamente.
- 10x Repite 10 veces seguidas.

Haz 3 series al día

3 CONTRACCIÓN PROLONGADA

Aumenta fuerza y resistencia.



- Contrae el suelo pélvico con fuerza.
- Mantén la contracción de 8 a 10 segundos.
- Relaja 8 a 10 segundos.

Repite 6 a 8 veces
Haz 3 series al día

RECOMENDACIONES IMPORTANTES

- Respira normalmente, no contengas el aire.
- Realiza los ejercicios todos los días.
- Puedes hacerlos sentada, acostada o de pie.
- No deben causar dolor.
- Los resultados se notan con la constancia.



¿CUÁNDO Y DÓNDE PUEDO HACERLOS?



Al despertar | Mientras cocinas | Mientras amamantas | Mientras ves televisión | Antes de dormir

¡Tú decides el momento! Lo importante es ser constante.

RECUERDA

Un suelo pélvico fuerte es sinónimo de bienestar, confianza y calidad de vida.

¡Cuida de ti, tu cuerpo te lo agradecerá!

NOTA

Si presentas dolor, pérdidas de orina frecuentes o sensación de peso en la pelvis, consulta a un profesional de salud.