

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN FISIOTERAPIA



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

“La relación entre la formación teórica de genito-urinario y la calidad de las relaciones sexuales en mujeres estudiantes de fisioterapia.”

AUTOR: RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, ELIA

Nº expediente: 2109

TUTOR: Dra. Juana Gallar Martínez

COTUTOR: Enrique Velasco Serna

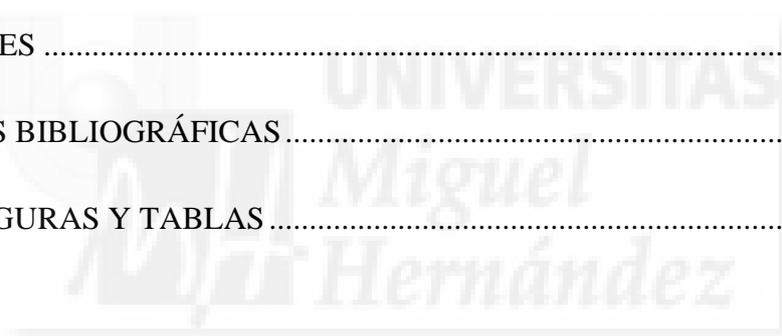
Departamento y Área: Fisiología

Curso académico 2019 - 2020

Convocatoria de junio

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN E HIPÓTESIS..... | 3 |
| OBJETIVOS..... | 5 |
| MATERIAL Y MÉTODOS..... | 6 |
| RESULTADOS..... | 9 |
| DISCUSIÓN..... | 10 |
| CONCLUSIONES..... | 15 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 16 |
| ANEXO DE FIGURAS Y TABLAS..... | 19 |



RESUMEN

Introducción: Las disfunciones sexuales tienen varias opciones de tratamiento documentadas, con eficacia y recomendación terapéutica variables. En la población general, existe un bajo nivel formativo respecto a estas disfunciones, por lo que nos planteamos si una intervención educativa sería útil para mejorar la calidad de vida sexual.

Objetivos: Determinar si existe relación entre recibir formación teórica sobre el complejo genito-urinario y la calidad sexual.

Material y Métodos: El trabajo es un estudio observacional de corte transversal en mujeres estudiantes de fisioterapia premenopáusicas. Se evaluaron diversas variables mediante un cuestionario online de tres apartados: datos generales, cuestionario Female Sexual Function Index(FSFI), y preguntas sobre conocimiento teórico. Para analizar los datos se separaron las sujetos en dos grupos: las que cursaron la asignatura de “fisioterapia del aparato genito-urinario” y las que no la cursaron.

Resultados: El único dominio del FSFI con diferencias significativa entre los grupos fue el dolor($p=0,036$). Se encontró relación entre el estado civil y la calidad en las relaciones sexuales, especialmente en la variable dolor($p<0.01$). Lo mismo se observó con el ejercicio específico de suelo pélvico($p=0,03$). Se reportó un aumento significativo en la cantidad de sujetos que practican estos ejercicios en el grupo formado(73,91%) respecto al no formado(24,52%).

Conclusiones: Cursar la asignatura genito-urinario no tiene beneficios sobre la calidad de las relaciones sexuales de forma global, aunque de forma específica reduce el dolor durante el coito. Podría ser útil en casos de sintomatología dolorosa.

Palabras clave: suelo pélvico, calidad sexual, función sexual femenina, dolor al coito, educación sexual.

ABSTRACT

Background: Sexual dysfunctions have several documented treatment options, with variable efficacy and therapeutic recommendation. In the general population, there is a low level of knowledge regarding these dysfunctions, so may use an educational intervention would be useful to improve the quality of sexual life.

Objective: To determine if there is a relationship between receiving theoretical training on the genito-urinary complex and the quality of sexual life.

Methods: The research consists of an observational cross-sectional study in premenopausal female physiotherapy students. Diverse variables were evaluated using an online questionnaire with three sections: general data, the Female Sexual Function Index(FSFI) questionnaire, and questions about theoretical knowledge. To analyze the data, the subjects were separated into two groups: the ones that have completed the subject of the genito-urinary system and the ones have not completed it.

Results: The only domain of the FSFI with significant differences between the groups with and without theory training was pain($p = 0.036$). Despite this, a relationship was found between marital status and sexual quality, especially in the pain variable($p < 0.01$). The same was observed with the pelvic floor exercise($p = 0.03$). A significant increase was reported in the number of subjects practicing these exercises in the trained group(73.91%) compared to the non-trained group(24.52%).

Conclusions: Taking the genito-urinary course does not have benefits on the sexual quality globally, although it specifically reduces pain during intercourse. Therefore, it could be useful in clinical cases with painful symptoms.

Keywords: pelvic floor, sexual quality, intercourse pain, female sexual function, sexual education.

INTRODUCCIÓN E HIPÓTESIS

La fisioterapia es una disciplina estrechamente ligada con la calidad de vida de las personas. Dicha calidad de vida puede verse afectada por varios factores, entre los que encontramos las disfunciones sexuales femeninas.

Pese a existir varios estudios que hablan de disfunciones sexuales en mujeres postmenopáusicas, en postparto o en enfermedades como la endometriosis o el cáncer de mama, aún no hay consenso en el porcentaje de mujeres sanas que sufren disfunciones sexuales. Vemos varios estudios que reflejan la gran variabilidad de estos datos. El primero, publicado en la Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, concluye que un 33,3% de mujeres premenopáusicas sufren de disfunciones sexuales (Portillo Sánchez et al., 2017), mientras que, en otro estudio, contextualizado en la Encuesta de Salud de Estados Unidos, se observa que el 43% de mujeres presentan algún tipo de disfunción sexual (Laumann et al., 1999). Por último, un estudio de la Universidad de Melbourne dice que la prevalencia estimada de las disfunciones sexuales femeninas varía sustancialmente dependiendo el instrumento de medida utilizado (Hayes et al., 2008). Pese a no tener datos consensuados sobre la prevalencia e incidencia, hay bastante acuerdo entre los estudios actuales concluyendo que las disfunciones sexuales femeninas tienen múltiples causas y son un problema médico multidimensional. La función sexual en las mujeres puede verse afectada por causas biológicas, afecciones psiquiátricas, cambios hormonales, cambios inducidos por algunos fármacos, normas culturales, creencias religiosas, y abusos o acontecimientos traumáticos del pasado (Buster, 2013). Una afectación de la función sexual puede llegar a producir una disfunción sexual, entendiendo por disfunción sexual femenina cualquier afectación del deseo hipoactivo, la satisfacción, la excitación, el orgasmo y/o el dolor (Basson et al., 2000). Dichas disfunciones afectan negativamente la autoestima y la calidad de vida, llegando a causar estrés y problemas

en las relaciones de pareja (Pérez-Herrezuelo, 2019). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V), a partir del 2013, se deja de hacer distinción entre la disfunción sexual de causa orgánica y la de causa psicógena, y asume que la mayoría de las veces el trastorno se debe a una combinación de ambas. En el 95% de las mujeres con disfunción sexual femenina encontramos más de un trastorno de disfunción según la última clasificación del DSM-V, donde los más frecuentes son el trastorno de deseo, también llamado trastorno de deseo sexual hipoactivo, y el trastorno de la excitación sexual femenina (Portillo Sánchez et al., 2017).

El abordaje de estas patologías, por lo tanto, ha de ser multidisciplinar. En la literatura encontramos que la fisioterapia es una herramienta útil para tratar las disfunciones sexuales, sobre todo en aquellas que tiene que ver con el funcionamiento de las estructuras del suelo pélvico, como podrían ser el vaginismo o la dispareunia (Berghmans, 2018). Respecto al estudio ya mencionado de Laumann, este muestra una correlación negativa entre el nivel de estudios académicos de los sujetos, y la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres. Se encuentran diferencias, sobre todo, en el grupo de mujeres que no tienen el graduado y aquellas que tienen una carrera universitaria, siendo la mitad de probable que las mujeres que tienen un graduado tengan problemas de deseo. Las mujeres que han recibido menos educación reportan un nivel de placer menor, y un incremento de los niveles de ansiedad sexual (Laumann et al., 1999). Asimismo, encontramos una mejora en la calidad sexual en mujeres después de haber participado en programas específicos de educación sexual (Behboodi Moghadam et al., 2015)

Entonces, ¿se podría utilizar el conocimiento fisioterápico adquirido por las propias estudiantes de grado como tratamiento para las disfunciones sexuales? Viendo que el nivel de educación tiene un efecto positivo en la calidad de las relaciones sexuales en mujeres, en este estudio se pretende analizar las diferencias que tiene la enseñanza específica sobre este tema en la función sexual femenina de las estudiantes de fisioterapia de la Universidad Miguel Hernández (UMH).

Hipótesis: existe una relación entre la formación teórica sobre el funcionamiento del complejo genito-urinario¹ y la calidad de las relaciones sexuales percibida en mujeres estudiantes de fisioterapia.

OBJETIVOS

Objetivo general: determinar si existe una relación entre la formación teórica recibida sobre el funcionamiento del complejo genito-urinario y la calidad de las relaciones sexuales en mujeres estudiantes de fisioterapia.

Objetivos específicos:

- Comparar aisladamente los 5 dominios del FSFI entre el grupo de sujetos con formación específica de genito-urinario y el grupo no formado.
- Buscar relaciones en los datos obtenidos para determinar si la calidad de las relaciones sexuales puede estar condicionadas por otros aspectos más allá del conocimiento teórico adquirido sobre genito-urinario. Por ejemplo: edad, estado civil, práctica de ejercicio específico de suelo pélvico, el tabaquismo, el ejercicio físico general y la toma de anticonceptivos hormonales.
- Estudiar si haber cursado la asignatura de fisioterapia especializada en genito-urinario se relaciona con la adquisición de conocimientos específicos de suelo pélvico.

¹ Esta formación incluye conocimientos estructurales y funcionales sobre el suelo pélvico, el aparato genito-urinario, embarazo, disfunciones sexuales y nociones básicas de sexología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El trabajo trata de un estudio observacional de corte transversal en estudiantes de fisioterapia, realizado mediante un cuestionario online utilizando la plataforma Google Forms (Anexo 1).

Dicho cuestionario se divide en tres apartados:

- Información general de las sujetos. En esta parte se pregunta a las sujetos por sus hábitos diarios, tabaquismo, actividad física, toma de anticonceptivos y/o fármacos y edad entre otros.
- Índice de Función Sexual Femenina (FSFI); cuestionario validado en castellano sobre la función sexual femenina (Blümel et al., 2004) (Rosen et al., 2000). Está subdividido en 5 dominios: deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción y excitación. Este cuestionario tiene una puntuación propia, por secciones y total, sobre 36 puntos (Anexo 2).
- Preguntas generales estilo examen para evaluar cualitativamente los conocimientos de las sujetos sobre el complejo de genito-urinario.

El cuestionario se eligió en base a una búsqueda bibliográfica en PubMed donde se buscaron artículos científicos que evaluaran la calidad de las relaciones sexuales en mujeres mediante un cuestionario validado en español. Para ello se utilizaron los términos “*female sexual function*”, “*women*”, “*assessment*”. Se encontraron diversos cuestionarios utilizados, tras una lectura de ellos, se decidió que el que mejor se ajustaba a lo que se quería evaluar en este trabajo y el más utilizado en la literatura internacional era el FSFI (López-Olmos, 2010) (Blümel, et al., 2004). Concretamente en España, un estudio reciente concluye que es un buen indicador de la calidad de las relaciones sexuales en mujeres postmenopáusicas (Pérez-Herrezuelo 2019). Las razones para seleccionar este cuestionario pues, son las siguientes; contempla el componente multifactorial de la función sexual femenina, es anónimo, autoadministrado y se limita a utilizar

las relaciones sexuales que han ocurrido en las últimas 4 semanas, evitando así el posible sesgo de memoria de las encuestadas.

Con el fin de asegurarnos que ninguna pregunta del FSFI se quedaba en blanco por error, a algunas preguntas se les añadieron las siguientes respuestas: No he tenido actividad sexual (preguntas 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14), No he tenido actividad sexual en pareja (pregunta 15) y No he tenido penetración vaginal (preguntas 17, 18, 19).

Ética y consentimiento informado

El cuestionario se formuló de forma anónima y solo se requería la dirección de correo para evitar duplicaciones, que se eliminaron una vez recogidos los datos.

El consentimiento informado se envió de forma separada al cuestionario y se pidió otra vez el correo electrónico para verificar que coincidía con el que se había utilizado en el cuestionario y así poder utilizar los datos de las sujetos (Anexo 3).

Población del estudio

Los criterios de inclusión para definir la población elegida para formar parte del estudio fueron: mujeres premenopáusicas mayores de edad, estudiantes de fisioterapia de primero, segundo y cuarto curso de la Universidad Miguel Hernández, fisioterapeutas profesionales y fisioterapeutas cursando el máster de suelo pélvico. Las sujetos están separadas en dos grupos, las que están formadas y las no formadas. La formación que reciben las sujetos incluye conocimientos estructurales y funcionales sobre el suelo pélvico, el aparato genito-urinario, embarazo, disfunciones sexuales y nociones básicas de sexología. También sobre el abordaje fisioterápico en ese campo. A lo largo del estudio nos referiremos a esta formación como formación en genito-urinario para que la lectura sea más ligera. Se excluyen las estudiantes de tercer curso, puesto que están a mitad de cursar la asignatura utilizada en este estudio y no se podían asignar a ningún grupo.

Todos los sujetos contestaron el cuestionario online, que se facilitó a través de los delegados de grado, compañeros de promoción y ex estudiantes de fisioterapia de la UMH. El cuestionario se mandó de noviembre de 2019 hasta febrero de 2020, en la provincia de Alicante.

El cuestionario evalúa solo las experiencias sexuales comprendidas en las últimas cuatro semanas antes de contestar el cuestionario, por lo tanto, se excluyó a los sujetos que no habían mantenido relaciones sexuales en ese tiempo.

Análisis estadístico

Con las preguntas del FSFI se utilizó su propia conversión numérica de respuestas (anexo 2) para obtener variables cuantitativas, mientras que a las demás variables categóricas se les asignaron números naturales para poder comparar los datos. Este proceso se hizo en una hoja de cálculo con el programa Microsoft Excel (2016). A la hora de analizar los datos se utilizó el programa SPSS 20.0 de (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics para Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Se comprobó el tipo de distribución de datos mediante gráficas y tests de normalidad de los 6 dominios del FSFI y de la puntuación total. Se encontró que los apartados deseo hipoactivo, excitación y puntuación total seguían una distribución normal, mientras que los datos de los apartados lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor no eran normales. Debido a esto se utilizaron dos tipos de pruebas estadísticas, para comparar datos entre grupos: para las variables normales se utilizó el T-Test, y para las no normales se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Cuando había más de dos grupos en el análisis de datos se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para muestras no normales y el ANOVA de una vía para los datos normales.

Los valores considerados outliers o extremadamente atípicos se eliminaron de dicho análisis estadístico, pero no de la muestra total, debido al reducido tamaño de la muestra. Para determinar los outliers, el programa selecciona y marca los datos que están tres rangos

intercuartílicos separados de la mediana. Con tal de poder eliminar los valores outliers, se analizaron los datos dos veces, la primera se hizo para detectarlos mediante la prueba de Tukey y eliminarlos, la segunda para obtener los datos descriptivos finales. Los valores atípicos no extremos (los que se mantenían separados de la media menos de tres rangos intercuartílicos) se mantuvieron en el análisis estadístico final.

RESULTADOS

Al cuestionario contestaron 102 personas, de las cuales se eliminaron 7 sujetos puesto que no cumplían los criterios de inclusión, esto dejó un N= 95 distribuidas de la siguiente forma (Tabla 1).

Primero se analizó entre los 5 subgrupos si existía diferencias significativas entre la calidad de las relaciones sexuales reportada mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes ($p>0.1$). Después, se agruparon los sujetos en 2 grupos más grandes, todos los que no cursaron genito-urinario (Grupo No Formado, NF) y los que si cursaron genito-urinario (Grupo Formado, F). Se compararon los 6 dominios del FSFI y la puntuación total entre los dos grupos y se determinó que cursar los conocimientos de genito-urinario disminuye significativamente la percepción del dolor durante la penetración vaginal ($p=0.036$), mientras que para las demás dimensiones no se encontraron diferencias significativas ($p>0.1$). Puesto que la media de edad del grupo F es significativamente superior a la del grupo NF (22.5 ± 2.8 vs 20.1 ± 3.1 , $p<0.01$), se decidió comprobar si existía una correlación entre los dominios del FSFI y la edad, para ver si esta diferencia significativa en el dolor entre ambos grupos se debía a la edad más elevada del grupo F. Se encontró una correlación entre la puntuación total del FSFI y la edad ($r=0.22$, $p=0.024$) a mayor la edad mejor la calidad de las relaciones sexuales reportadas. Por otro lado, entre el dolor y la edad no se encontró una relación significativa, aunque sí se insinúa una tendencia.

Una vez hecho este análisis, se pasó a comparar los distintos dominios del FSFI para observar si la calidad sexual reportada estaba influenciada por otros factores más allá de haber cursado genito-urinario. Se encontró que el estado civil está relacionado con la calidad sexual de las sujetos, especialmente en el dolor percibido durante la penetración ($p < 0.01$), las sujetos con pareja reportaban menos dolor. Haber practicado ejercicio específico de suelo pélvico se relaciona con menor dolor percibido durante el coito ($p = 0.03$). Esto no es extensible a practicar ejercicio en general ($p > 0.1$) por lo que es un efecto específico del ejercicio de suelo pélvico. No se ha encontrado diferencia significativa entre la calidad sexual reportada en las sujetos que tomaban o no anticonceptivos hormonales ($p = 0.844$) y entre las que fumaban tabaco y las que no ($p = 0.093$), aunque este último factor muestra una tendencia no significativa.

Dentro de los diferentes dominios del FSFI, se encontró utilizando la Correlación de Pearson que existía una correlación significativa ($p < 0.05$) entre todos los factores menos entre el dolor y el deseo ($p = 0.268$) y el dolor con el orgasmo ($p = 0.613$).

Por último, se compararon los grupos iniciales, para obtener datos sobre si cursar la asignatura de genito-urinario tenía alguna relación con la tercera parte del cuestionario, referente a los conocimientos que las sujetos poseían respecto al funcionamiento del suelo pélvico. Se encontró un aumento significativo ($p < 0.01$) en la cantidad de sujetos que practican ejercicios específicos de suelo pélvico en el Grupo F con 73,91% respecto al Grupo NF con solo un 24,52% que practicaban dichos ejercicios. Respecto a los conocimientos sobre el orgasmo, en el Grupo NF solo un 13,2% contestaron correctamente la pregunta 'Qué es un orgasmo' frente al 52,17% de respuestas correctas del Grupo NF ($p < 0.01$).

DISCUSIÓN

Partiendo del objetivo principal, no podemos afirmar que la adquisición de conocimientos teóricos sobre genito-urinario mejore la calidad de las relaciones sexuales en mujeres en

general, puesto que, de las 6 dimensiones de esta, solo la que evalúa el dolor durante la penetración presenta una diferencia significativa entre ambos grupos (Formado y No Formado). Un estudio similar a este, hecho en estudiantes de medicina, concluye que los conocimientos teóricos sobre el propio cuerpo y los mecanismos fisiológicos referentes a la fertilidad femenina son importantes en la función sexual, pero no suficientes para mejorarla (Guida et al., 2019). Estos resultados se parecen a los obtenidos en nuestro estudio y pudiera ser que simplemente el conocimiento teórico no bastase por sí solo para mejorar la calidad sexual. En cambio, sí que hemos obtenido datos significativos que muestran una disminución en el dolor a la penetración en el grupo F respecto al grupo NF. Como ya se comenta en la introducción, al dolor durante el coito se conoce como dispareunia y hay poco consenso respecto al porcentaje de mujeres que sufren esta disfunción, pero hay varios estudios que sugieren una mayor incidencia en mujeres jóvenes respecto a mujeres adultas (Danielsson, et al 2003) (Landry et al 2009). Un estudio realizado en Estado Unidos muestra que la prevalencia de las disfunciones sexuales es mujeres, excepto para problemas de lubricación, tiene una tendencia a disminuir con la edad (Laumann et al 1999). Relacionando estos estudios con los datos obtenidos respecto al dolor (significativamente menor en el grupo F) se podrían deber a que la media de edad es más elevada en el grupo formado. Aun así, consideramos poco probable que esta diferencia lo explique todo, ya que pese a haber una diferencia significativa entre los grupos de edad, dicha diferencia de edad es pequeña (2 años) en comparación con la diferencia reportada en los estudios de Danielsson y Landry (20-40 años), además, la correlación entre dolor a la penetración y edad no es significativa. Otro factor contribuyente a la reducción del dolor en el grupo formado es que tras recibir las clases de genito-urinario, el número de sujetos que practican regularmente ejercicios de suelo pélvico se incrementa, y aquellas que los realizan reportan también menor dolor a la penetración. Por tanto, la cadena de causalidad consistente en cursar genito-urinario→ejercicios de suelo pélvico→reducción del dolor puede ser otro

factor contribuyente a esta diferencia de dolor a la penetración entre el grupo Formado y el No Formado. El ejercicio específico de suelo pélvico es algo que se ha investigado sobre todo en posparto. Se le atribuyen numerosos beneficios para la calidad de vida y la calidad de las relaciones sexuales en mujeres. Pese a esto, una revisión sistemática realizada en 2015 concluyó que la mayoría de los estudios que comparan los ejercicios específicos de suelo pélvico con la función sexual en mujeres tiene que ser leídos con precaución debido a los tipos de estudios que utilizan. Se necesitan estudios de mayor calidad diseñados específicamente para investigar el impacto del entrenamiento específico de suelo pélvico (Ferreira 2015). En este trabajo, empezaremos a ver que practicar ejercicios específicos de suelo pélvico (independientemente del tipo de ejercicio) podría estar relacionado con una reducción del dolor percibido durante el coito.

Por otro lado, y siguiendo con la dimensión del dolor, hay estudios que muestran una clara reducción del dolor percibido en los pacientes después de ser sometidos a educación sobre los mecanismos biológicos del dolor (Moseley et al 2015). Este tema no se trata directamente en los contenidos de genito-urinario, pero habría que tener en cuenta la posibilidad de que la reducción del dolor percibido en el grupo Formado se deba a la información teórica que obtienen sobre la dispareunia y el funcionamiento de las estructuras pélvicas en la asignatura, que podrían hacer el papel de educación sobre el dolor.

Los resultados del grupo de sujetos que reportan no tener pareja son notables. Se observa que las mujeres solteras reportan un nivel de dolor percibido mayor si las comparamos con el grupo de mujeres que tienen pareja, en este caso la edad no varía significativamente entre grupos. Según algunos autores, el hecho de no tener una pareja estable combina periodos de inactividad sexual con cambios bruscos de pareja sexual. Esta inestabilidad puede llegar a generar encuentros sexuales estresantes, incrementando la posibilidad de sufrir dolor coital y ansiedad (Laumann et al 1999). Sin embargo, también podría contemplarse desde otra perspectiva donde

la relación sea a la inversa, las mujeres que tienen problemas sexuales y dolor durante el coito evitan tener pareja. Pese a haber una correlación, con los datos obtenidos en este estudio no podemos confirmar la causalidad de estos resultados.

En lo referente a la toma de anticonceptivos orales, hay controversia respecto al tema. Existe una gran variedad de anticonceptivos hormonales en el mercado y pocos estudios que comparen todos sus efectos aplicados a la calidad sexual. Un estudio comparativo en universitarias, entre la toma de anticonceptivos hormonales y no hormonales, concluye que las mujeres que utilizaban anticonceptivos hormonales reportaban una mejor calidad de vida (León-Larios et al 2019). Este estudio no hace distinción entre distintos tipos de hormonas, lo cual ofrece un resultado poco generalizable. Otro trabajo habla de dos tipos de anticonceptivos hormonales, medroxiprogesterona y Cyclofem, y concluye que pueden afectar a la función sexual, más concretamente el deseo y el dolor coital (Ozgoli et al 2015). Estos son ejemplos de lo dispares que son los artículos que encontramos. A pesar de esto, hay bastante consenso en lo referente a como los cambios hormonales pueden afectar a la función sexual, por ejemplo, los ocurridos durante la menopausia, que una disminución de estrógenos y andrógenos pueden producir problemas de lubricación, disminución del deseo y causar incluso atrofia vaginal (Bachmann, 1995). Teniendo esto en cuenta, parece lógico que la toma de hormonas tenga también algún tipo de efecto en la función sexual puesto que está cambiando la composición hormonal del organismo. Nuestros resultados no coinciden con ninguno de los datos mostrados anteriormente, no se observan cambios significativos en la calidad sexual entre el grupo de mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales y las que no. Esto podría deberse a que no se especificó el tipo de tratamiento hormonal utilizado, o al tamaño de la muestra. Sin embargo, habría que contemplar la posibilidad de que existiera un sesgo de publicación, y que los estudios que no muestran cambios ni buenos ni malos, en la calidad sexual no se lleguen a publicar. La idea de que los anticonceptivos hormonales tiene un efecto, en muchas mujeres negativo, en la

función sexual es un campo que se empieza a esclarecer, pero todavía queda mucho por investigar en el futuro (Smith et al., 2014) y se necesitan estudios de mayor calidad para llegar a un consenso.

Basándonos en nuestros resultados, fumar tabaco no tiene relación con la función sexual, aunque cabría mencionar que estas variables tienen una tendencia, aunque no significativa. Sin embargo, si los comparamos con la literatura actual encontramos un resultado similar, fumar tabaco no tiene relación con las disfunciones sexuales femeninas y no se considera un factor de riesgo (Allen et al., 2018). Puesto que las disfunciones sexuales tienen un origen multifactorial, y muchas veces se relacionan con otras patologías, habría que ver cómo afecta el tabaco a dichas patologías y no solo a las disfunciones sexuales. Por ejemplo, fumar está relacionado con padecer diabetes mellitus (Maddatu et al., 2017), y la diabetes es un factor de riesgo de padecer disfunciones sexuales (Pontiroli et al., 2013). Por otro lado, sí que vemos ciertos aspectos del tabaco que pueden afectar a la función sexual femenina, como es la nicotina. La adicción a la nicotina, por su parte, sí que está asociada a una disminución del deseo, en cambio un uso moderado de esta podría relacionarse con un aumento del deseo (Costa et al., 2015). Pese a que la relación entre grupos de nuestro estudio no es concluyente, es algo que consideramos se ha de tener en cuenta de cara a futuras investigaciones.

Con los datos obtenidos y como futuras líneas de investigación, sería interesante seguir profundizando en como varía el dolor coital respecto al conocimiento teórico en la población general, usando, por ejemplo, como intervención charlas divulgativas presenciales o en redes sociales, cada vez más comunes en nuestro entorno. También para dotar de mayor fuerza interpretativa y causal a las conclusiones planteadas, sería interesante plantearlo como un estudio longitudinal, sobre la misma población, comparando los mismos sujetos en primero y en cuarto de carrera.

Limitaciones del estudio

No se ha encontrado a penas bibliografía que relacione directamente el conocimiento teórico sobre suelo pélvico y el aparato genito-urinario con la calidad sexual en mujeres.

Respecto a la parte del cuestionario que evalúa los conocimientos de las alumnas sobre suelo pélvico, no es un cuestionario validado, la información se extrajo de la materia proporcionada en clase por las docentes.

No ha habido doble ciego a la hora de la recogida y el analizar los datos, esto se ha llevado a cabo por las mismas personas.

CONCLUSIONES

Cursar la asignatura de genito-urinario promueve que las mujeres adquieran conocimientos sobre su anatomía pélvica y el funcionamiento de esta. Por otro lado, más allá de una reducción significativa del dolor durante el coito no tiene beneficios sobre la calidad de las relaciones sexuales en mujeres estudiantes de fisioterapia. Pese a esto, el conocimiento teórico podría ser útil como posible tratamiento en casos clínicos que reporten sintomatología dolorosa.

Por otro lado, las mujeres que tienen pareja reportan un nivel de calidad sexual más elevado, especialmente una disminución del dolor.

Estar formada en genito-urinario incrementa las posibilidades de realizar ejercicio específico de suelo pélvico con regularidad, y este ejercicio a su vez, se relaciona con un descenso del dolor percibido durante el coito.

No se demostró diferencia significativa entre la calidad sexual reportada respecto a la toma o no de anticonceptivos hormonales y al consumo de tabaco, aunque este último factor se encuentra al límite de la significación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen MS, Walter EE. Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis of Population-Based Research. *J Sex Med.* 2018;15(4):458-475
2. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40 Suppl 1:16-22
3. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogats L, Ferguson D, Fourcroy J, Whipple B. REPORT OF THE INTERNATIONAL CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: DEFINITIONS AND CLASSIFICATIONS. *The Journal of Urology*, 2000; 163(3), 888–893.
4. Behboodi Moghadam Z, Rezaei E, Khaleghi Yalegonbadi F, et al. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *J Res Health Sci.* 2015;15(2):124-128
5. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International Urogynecology Journal*, 2018; 29(5),631–638.
6. Blümel MJ E, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 2004; 69(2): 118-125.
7. Buster J E. Managing female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*, 2013;100(4), 905–915.
8. Costa RM, Peres L. Smoking is unrelated to female sexual function. *Subst Use Misuse.* 2015;50(2):189-194.
9. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health.* 2003;31(2):113-8.

10. DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5^a Ed. Washington, D. C.: American Psychiatric association ;2013
11. Ferreira C H, Dwyer P L, Davidson M, De Souza A, Ugarte J A, Frawley H C. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *Int Urogynecol J*. 2015;26(12):1735-1750.
12. Guida M, Troisi J, Saccone G, et al. Contraceptive use and sexual function: a comparison of Italian female medical students and women attending family planning services. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(6):430-437.
13. Hayes R D, Dennerstein L, Bennett C M, and Fairley C K. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 2008;5:777–787.
14. Landry T, Bergeron S. How Young does Vulvo-Vaginal Pain Begin? Prevalence and Characteristics of Dyspareunia in Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 2019; 6(4), 927–935.
15. Laumann, E O, Paik A, Rosen R C. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA*, 1999; 281(6), 537.
16. Leon-Larios F, Vazquez-Valeo CG, Sanchez-Sanchez A, Gomez-Baya D, Macías-Seda J, Cabezas-Palacios MN. Health-related quality of life in undergraduate women using any contraceptive. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):90.
17. López-Olmos J. Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e hysterectomizadas, y normales), *Clin Invest Gin Obst*. 2010; 37(1): 14–26
18. Maddatu J, Anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Smoking and the risk of type 2 diabetes. *Transl Res*. 2017;184:101-107.

19. Moseley G L, Butler D S. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 2015 ;16(9), 807–813.
20. Ozgoli G, Sheikhan Z, Dolatian M, Simbar M, Bakhtyari M, Nasiri M. Comparison of Sexual Dysfunction in Women Using Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Cyclofem. *J Reprod Infertil*. 2015;16(2):102-108.
21. Pérez-Herrezuelo I, Hita-Contreras F, Martínez-Amat A, Aibar-Almazán A, Cruz-Díaz D, Wangensteen R, Achalandabaso-Ochoa A, Díaz-Mohedo E. The female sexual function index: reliability and validity in Spanish postmenopausal women. *Menopause*, 2019; 26(4), 401–408.
22. Pontiroli AE, Cortelazzi D, and Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2013;10:1044–1051.
23. Portillo-Sánchez S, Pérez-Medina T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Prog Obstet Ginecol*. 2017;60(4):320-327.
24. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function, *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(2): 191-208
25. Smith N K, Jozkowski K N, Sanders S A. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med* 2014;11:462–470.

ANEXO DE FIGURAS Y TABLAS

Anexo.1: Cuestionario

27/12/2019

TFG - Cuestionario

TFG - Cuestionario

*Obligatorio

1. Dirección de correo electrónico *

2. Edad *

3. Actualmente, estás cursando: *

Marca solo un óvalo.

- 1º Fisioterapia
- 2º Fisioterapia
- 4º Fisioterapia
- Fisioterapeuta profesional
- Especialista de suelo pélvico

4. Estado Civil

Marca solo un óvalo.

- En una relación
- Soltera

5. ¿Cuanto ejercicio físico realizas por semana?

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- 1-2 Veces
- 2-3 Veces
- 4 Veces o más

6. ¿Fumas tabaco?

Marca solo un óvalo.

- No lo he probado
- Lo he probado pero no fumo
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diariamente

7. ¿Padeces alguna enfermedad?

Marca solo un óvalo.

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Hipercolesterolemia
- Depresión
- Síndrome de ansiedad
- Arterosis
- Otro: _____

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

8. **¿Toma habitual de fármacos?**

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

9. **En caso afirmativo, ¿Cuáles?**

10. **Método Anticonceptivo**

Marca solo un óvalo.

- No utilizo ningún método anticonceptivo
 Pastilla Anticonceptiva
 Preservativo
 DIU
 Otro: _____

11. **¿HAS TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? (La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, masturbación.....) ***

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No (aunque se marque esta opción es necesario seguir contestando el cuestionario)

FSFI

12. **1. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?**

Marca solo un óvalo.

- Siempre o casi siempre
 La mayoría de las veces (más de la mitad)
 Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 Casi nunca o nunca

13. **2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?**

Marca solo un óvalo.

- Muy alto
 Alto
 Moderado
 Bajo
 Muy bajo o ninguno

14. **3. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?**

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
 Siempre o casi siempre
 La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
 Casi nunca o nunca

15. 4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o ninguno

16. 5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan segura estaba de que se iba a excitar sexualmente durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Muy segura
- Segura
- Moderadamente segura
- Poco segura
- Casi nada o nada segura

17. 6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha estado a gusto con su excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18. 7. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha conseguido estar lubricada ("mojada") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19. 8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan difícil le ha resultado lubricar ("mojarse") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Un poco difícil
- Nada difícil

20. 9. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se mantuvo usted lubricada ("mojada") hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

21. 10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan difícil fue mantenerse lubricada ("mojada") hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Un poco difícil
- Nada difícil

22. 11. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿con qué frecuencia logró el orgasmo?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

23. 12. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿qué tan difícil fue lograr el orgasmo ?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Un poco difícil
- Nada difícil

24. 13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan conforme ha estado con su capacidad de lograr el orgasmo durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Muy conforme
- Moderadamente conforme
- Ni conforme ni inconforme
- Moderadamente inconforme
- Muy inconforme

25. 14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con el nivel de cercanía emocional durante la actividad sexual con su pareja?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

26. 15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado en sus relaciones sexuales con su pareja?

Marca solo un óvalo.

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

27. 16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con su vida sexual en general?

Marca solo un óvalo.

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

28. 17. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido penetración vaginal
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
- Casi nunca o nunca

29. 18. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido incomodidad o dolor luego de la penetración vaginal?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido penetración vaginal
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
- Casi nunca o nunca

30. 19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

Marca solo un óvalo.

- No he tenido penetración vaginal
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o ninguno

Preguntas de Genito-Urinario

31. ¿Sabes lo que es el suelo pélvico?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

32. Explicalo brevemente con tus palabras el concepto de suelo pélvico

33. ¿Sabes qué es el orgasmo?

Marca solo un óvalo.

- Una contracción tetánica de la musculatura superficial
- Es una contracción voluntaria de la musculatura vaginal
- Es una contracción involuntaria lenta de la musculatura del suelo pélvico
- No sabría contestar

34. ¿Eres capaz de contraer ahora, analítica y voluntariamente tu musculatura de suelo pélvico?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

35. ¿En el último año, has practicado algún ejercicio específico de suelo pélvico?

Marca solo un óvalo.

- Kegel
- Hipopresivos
- Bolas chinas
- Ejercicios de contracciones voluntarias
- No he practicado ningún ejercicio específico
- Otro: _____

36. **¿Crees que el suelo pélvico es importante para la calidad de tus relaciones sexuales?**
Marca solo un óvalo.
- Sí
- No
37. **¿Notaste algún cambio en la calidad de tus relaciones sexuales una vez te formaste en Genito-Urinario en la carrera?**
Marca solo un óvalo.
- Sí
- No
- No la he cursado todavía
38. **¿Cuántas mujeres crees que sufren Disfunciones Sexuales entre la población general?**
Marca solo un óvalo.
- 0-10%
- 15-20%
- 30-50%
- más del 55%



Anexo. 2: Conversión numérica FSFI

| FSFI SCORING APPENDIX | |
|---|--|
| Question | Response Options |
| 1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest? | 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never |
| 2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest? | 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all |
| 3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never |
| 4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all |
| 5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence |
| 6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never |

Page 1 (of 4)

| | |
|--|--|
| 7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never |
| 8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult |
| 9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never |
| 10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult |
| 11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)? | 0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never |
| 12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)? | 0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult |

Page 2 (of 4)

| | |
|--|---|
| 13. Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied |
| 14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner? | 0 = No sexual activity 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied |
| 15. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner? | 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied |
| 16. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life? | 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied |
| 17. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration? | 0 = Did not attempt intercourse 1 = Almost always or always 2 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 4 = A few times (less than half the time) 5 = Almost never or never |
| 18. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration? | 0 = Did not attempt intercourse 1 = Almost always or always 2 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 4 = A few times (less than half the time) 5 = Almost never or never |
| 19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration? | 0 = Did not attempt intercourse 1 = Very high 2 = High 3 = Moderate 4 = Low 5 = Very low or none at all |

Page 3 (of 4)

FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

| Domain | Questions | Score Range | Factor | Minimum Score | Maximum Score | Score |
|------------------------|-------------|--------------|--------|---------------|---------------|-------|
| Desire | 1, 2 | 1 – 5 | 0.6 | 1.2 | 6.0 | |
| Arousal | 3, 4, 5, 6 | 0 – 5 | 0.3 | 0 | 6.0 | |
| Lubrication | 7, 8, 9, 10 | 0 – 5 | 0.3 | 0 | 6.0 | |
| Orgasm | 11, 12, 13 | 0 – 5 | 0.4 | 0 | 6.0 | |
| Satisfaction | 14, 15, 16 | 0 (or 1) – 5 | 0.4 | 0.8 | 6.0 | |
| Pain | 17, 18, 19 | 0 – 5 | 0.4 | 0 | 6.0 | |
| Full Scale Score Range | | | | 2.0 | 36.0 | |

Anexo. 3: Consentimiento informado

15/4/2020 Consentimiento informado para formar parte de el Trabajo de Fin de Grado "La relación entre la formación teórica y control motor v..."

Consentimiento informado para formar parte de el Trabajo de Fin de Grado "La relación entre la formación teórica y control motor voluntario del suelo pélvico y la calidad de las relaciones sexuales en mujeres estudiantes de fisioterapia."

1.- Identificación, descripción y objetivos de la utilización de información personal.
Dentro de la titulación del Grado en Fisioterapia, el Área de Fisioterapia de la Universidad Miguel Hernández coordina, entre otras, la asignatura de Trabajo de Fin de Grado. Esta permite a los estudiantes acreditar la adquisición de los conocimientos y competencias asociados al título mediante el desarrollo de un trabajo final dirigido por uno o varios profesores de la Universidad Miguel Hernández.

Al finalizar el desarrollo de la asignatura la alumna, Elia Rodríguez Martínez, deberá entregar una memoria del trabajo que además será expuesto ante un tribunal calificador.

Los siguientes datos proporcionados a la estudiante servirán para comparar el grado de satisfacción sexual que tienen las estudiantes de fisioterapia antes y después de cursar la asignatura de Genito-Urinario.

2.- Protección de datos personales y confidencialidad.
La información sobre sus datos personales y de salud será incorporada y tratada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria. Asimismo, usted tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Por tanto, entiendo que mi participación en este proyecto es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Cabe destacar, que los datos serán tratados anónimamente, puesto que el único distintivo será el correo electrónico proporcionado y este se mantendrá oculto durante el estudio.

3. Beneficios
La participación en este estudio no reporta ningún beneficio directo para los participantes.

De este modo, otorgo mi consentimiento para que la alumna Elia Rodríguez Martínez utilice información personal derivada de los datos correspondientes a mi persona obtenidos mediante el cuestionario, únicamente con fines docentes y de investigación, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos, con el objetivo de realizar una La información y el presente documento se me ha facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión de forma libre y responsable.

Por tanto, facilitando el correo y marcando ENVIAR, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y CONSIENTO colaborar con el Trabajo de Fin de Grado.

***Obligatorio**

1. Dirección de correo electrónico *

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

| SUJETOS TOTALES DEL ESTUDIO N= 95 | | | |
|--|----------------------------|--|--------------------------------------|
| GRUPOS | SUBGRUPOS | Frecuencia relativa (casos/total grupo) | Frecuencia absoluta (% total) |
| No Formado | 1° Fisioterapia | 33/51 | 34.73 |
| | 2° Fisioterapia | 18/51 | 18.95 |
| Formado | 4° Fisioterapia | 22/44 | 23.16 |
| | Fisioterapeuta Profesional | 19/44 | 20.00 |
| | Máster Suelo Pélvico | 3/44 | 3.16 |

Tabla 1: Sujetos del estudio

