

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA 2023.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Chávez Pino, Daniela Lucia

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Mg. Nieto Valencia, Margareth

Lizbeth

Arequipa – Perú

2023

i

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 03 de Octubre del 2023

Dictamen: 009916-C-EPOYP-2023

Visto el borrador del expediente 009916, presentado por:

2018830162 - CHAVEZ PINO DANIELA LUCIA

Titulado:

FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2023

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



**29675415 - RODRIGUEZ ZINANYUCA ALFREDO
DICTAMINADOR**



FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	11%
2	repositorio.cientifica.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
5	revistas.unicauca.edu.co Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	gramgi2021.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

A toda mi familia. Principalmente, a mis padres que me apoyaron en todo momento.

A Mamá por enseñarme a levantarme si me caía y por estar siempre ahí

A Papá por esforzarte el doble y brindarme una buena educación para llegar a ser quien soy hoy en día, a mis hermanas Paola y Andrea por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a mi tía Roxana y Patty, gracias por apoyarme cuando más las necesitaba, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día.



AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a Dios quien me guio y dio inteligencia y sabiduría para recorrer este camino. Quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a mi asesora y jurados por su apoyo, quienes fueron los principales colaboradores durante todo este proceso, quienes con su dirección, conocimiento y paciencia me guiaron en este trabajo.

Daniela



INDICE GENERAL

DICTAMEN DE BORRADOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	ix
CAPITULO I	1
PLANTEAMIENTO TEORICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	2
2. OBJETIVOS	7
3. MARCO TEORICO	8
4. HIPOTESIS	24
CAPITULO II	25
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	25
1. TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION	26
2. CAMPO DE VERIFICACION	27
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	29
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	31
CAPITULO III	32
RESULTADOS	32
DISCUSION	40
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	58
ANEXO 1 PUNTAJE DE INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA	58
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
ANEXO 3 CUESTIONARIOS	60
ANEXO 4 INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA	63
ANEXO 5 AUTORIZACION DEL TRABAJO Y MATRIZ DE DATOS	69
	v

INDICE DE TABLAS

TABLA 1

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA 33

TABLA 2

FACTORES OBSTETRICOS EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA 34

TABLA 3

CREENCIAS RELACIONADAS AL COITO DURANTE LA GESTACION EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA 35

TABLA 4

FRECUENCIA INDICE DE LA FUNCION SEXUAL FEMENINA 36

TABLA 5

CARACTERISTICAS DE LA DISFUNCION SEXUAL DE ACUERDO CON EL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA 37

TABLA 6

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS RESPECTO AL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA 38

TABLA 7

FACTORES OBSTETRICOS RESPECTO AL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA 39

TABLA 8

CREENCIAS RESPECTO AL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA 41

RESUMEN

Introducción: El acto sexual durante la gestación ha sufrido constantes especulaciones, por falta de información, creencias religiosas y/o culturales por parte de las gestantes ocasionando cambios en su comportamiento sexual, y alteración del deseo sexual. El presente estudio busca determinar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche.

Materiales y métodos: Investigación del trabajo de campo, prospectivo, relacional; para el presente estudio el instrumento utilizado consta de un Cuestionario para factores sociodemográficos, factores obstétricos y creencias; y un Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) elaborado por Rosen y col. en el año 2000. Se conto con una población de 210 gestantes pertenecientes al Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Goyeneche, obteniéndose como muestra 103 gestantes.

Resultados: El 27% tenían entre 33 y 37 años, 63% tenían instrucción secundaria, 75% tenían una edad entre 27 y 40 años. El Índice de la función sexual femenina (IFSF) fue baja en un 77%. La falta de privacidad en relaciones sexuales y el IFSF bajo fue del 91.42% ($p<0.005$). El grado de instrucción superior y en IFSF bajo fue 55.5% ($p<0.05$). La obesidad y el IFSF bajo fue de 92.9% ($p<0.05$). La ausencia de creencias sociales (causar daño al bebe) y IFSF bajo fue del 32.2% ($p<0.05$), respecto a la ausencia de creencias sobre complicaciones en embarazo el IFSF bajo fue de un 38.3% ($p<0.05$), respecto a la ausencia de creencias sobre las complicaciones en el parto y IFSF bajo fue de 61.4% ($p<0.05$), respecto a la ausencia de creencias religiosas y IFSF bajo fue de un 74.4% ($p<0.05$) y respecto a las creencias culturales y IFSF bajo fue de 53.2% ($p<0.05$).

Conclusiones: Los factores Sociodemográficos como la privacidad en las relaciones sexuales, el IMC, las creencias religiosas, culturales y sociales (causar daño al bebe, complicaciones en el embarazo, complicaciones en el parto) fueron factores predisponentes para una disminución del IFSF, mostrando una relación estadísticamente significativa.

Palabras clave: Índice de función sexual femenina, gestación, disfunción sexual.

ABSTRACT

Introduction: The sexual act during pregnancy has suffered constant speculation, due to lack of information, religious and/or cultural beliefs on the part of pregnant women, causing changes in their sexual behavior, and alteration of sexual desire. The present study seeks to determine the factors associated with sexual dysfunction in pregnant women from the Obstetrics service of the Goyeneche Hospital.

Materials and Methods: Fieldwork research, prospective, relational; For the present study, the instrument used consists of a Questionnaire for sociodemographic factors, obstetric factors and beliefs; and an Index of Female Sexual Function (IFSF) prepared by Rosen et al. in the year 2000. There was a population of 210 pregnant women belonging to the Obstetrics Service of the Gynecology-Obstetrics Department of the Goyeneche Hospital, obtaining 103 pregnant women as a sample.

Results: 27% were between 33 and 37 years old, 63% had secondary education, 75% were between 27 and 40 years old. The Female Sexual Function Index (IFSF) was low by 77%. The lack of privacy in sexual relations and the low IFSF was 91.42% ($p < 0.005$). The degree of higher education and low IFSF was 55.6% ($p < 0.05$). Obesity and low IFSF was 92.9% ($p < 0.05$). The absence of social beliefs (causing harm to the baby) and low IFSF was 32.2% ($p < 0.05$), compared to the absence of belief about complications in pregnancy and low IFSF was 38.3% ($p < 0.05$), compared to the absence of beliefs about complications in childbirth and low IFSF was 61.4% ($p < 0.05$), regarding the absence of religious beliefs and low IFSF it was 74.4% ($p < 0.05$) and regarding cultural beliefs and Low IFSF was 53.2% ($p < 0.05$).

Conclusions: Sociodemographic factors such as privacy in sexual relations, BMI, religious, cultural and social beliefs (causing harm to the baby, pregnancy complications, delivery complications) were predisposing factors for a decrease in IFSF, showing a statistically significant relationship.

Keywords: Female sexual function index, pregnancy, sexual dysfunction.

INTRODUCCION

El acto sexual en la gestación y sus posibilidades de riesgo han sido, durante mucho tiempo, una especulación, por falta de criterio, deficiencia de información que muchas veces con lleva a actitudes negativas, como por ejemplo se puede apreciar que las mujeres que están en ésta etapa obvian el sexo por evitar riesgos al feto y/o tener complicaciones durante el embarazo, no se sienten atractivas por su condición física o porque piensan que la satisfacción sexual en esta etapa no es la misma; influyendo directamente en la conducta y actitud de la población de estudio en relación con su pareja, provocando cambios en el comportamiento sexual, sumando la práctica de manera errónea, de otro modo disminuye la frecuencia coital, la capacidad orgásmica, alterando en general su sexualidad (1,2).

A nivel internacional se ha reportado en general que durante la gestación desciende la libido y la capacidad orgásmica, la frecuencia de las relaciones coitales y la satisfacción sexual de la embarazada. El motivo es debido a que la mayoría de las veces el cuerpo de la madre gestante sufre cambios hormonales y físicos que influyen considerablemente en el grado de satisfacción sexual, determinando una disminución silente con respecto al deseo sexual (3).

Durante la atención prenatal se enfatiza la vigilancia de la salud materna y neonatal, cuyo objetivo es detectar y/o prevenir ciertos inconvenientes que se presenten en el embarazo promoviendo conductas saludables, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad materna perinatal. No obstante, la sexualidad sigue siendo un tema que no suele ser abordado en la atención prenatal porque aún la sexualidad en el embarazo es considerada como un tabú en nuestro medio (4).

Es por lo que la presente investigación pretende determinar cuáles son las características de la disfunción sexual en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche además de los factores que están asociados a la disfunción sexual en gestantes, lo cual es de suma importancia realizar estudios directos o relacionados al tema.



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el área de consultorios externos del servicio de obstetricia del hospital Goyeneche, Arequipa 2023.

1.2. DESCRIPCIÓN:

1.2.1. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- **ÁREA GENERAL:** Ciencias de la salud
- **ÁREA ESPECÍFICA:** Salud Sexual y reproductiva
- **LÍNEA:** Salud Sexual

1.2.2. OPERACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMS
	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 22 • 23 – 27 • 28 – 32 • 33 – 37 • 38 - 42
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente
		Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior
		Privacidad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES ASOCIADOS	FACTORES OBSTÉTRICOS	Índice de masa corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Sobrepeso • Obesidad 	
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Secundípara • Multípara 	
		Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 13 semanas • 14 – 26 semanas • 27 – 40 semanas 	
		Antecedente de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	
		Cambios sexuales durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	
	CREENCIAS	Creencias sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	
		Creencias religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	
		Creencias culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	
			Deseo	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de deseo o interés sexual. • Intensidad de deseo o interés sexual.
			Excitación durante la actividad coital	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de excitación sexual • Intensidad excitación sexual

<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>DISFUNCIÓN SEXUAL</p>	<p>ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Confianza de excitarse • Frecuencia de satisfacción con su excitación
		<p>Lubricación durante la actividad sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de lubricación o humedad vaginal. • Dificultad para lubricar. • Frecuencia para mantener lubricación hasta finalizar la actividad sexual. • Dificultad para mantener la lubricación.
		<p>Orgasmo o clímax</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para alcanzar el orgasmo. • Satisfacción con la capacidad de alcanzar el orgasmo.
		<p>Satisfacción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con la cercanía emocional durante la actividad sexual.
		<p>Dolor o discomfort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de discomfort o dolor

			<p>después de la penetración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal
--	--	--	--

1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos de las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son las creencias religiosas, sociales y culturales en relación al coito de las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche?
- ¿Cuál es la frecuencia del índice de función sexual femenina en las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son las principales características de la disfunción sexual de acuerdo al índice de función sexual femenina en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y creencias relacionadas a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche que se relacionan a la disfunción sexual?

1.2.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- El presente trabajo es de campo

1.2.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo relacional

1.3. JUSTIFICACIÓN

El trabajo es de **RELEVANCIA CIENTÍFICA** dado que se trata poder determinar los factores asociados a este evento, nos ayudará a proporcionar un abordaje temprano, oportuno, enfocado en brindar un buen control prenatal eliminando tabúes e ideas equivocadas sobre la sexualidad en el embarazo, brindando un buen cuidado y una maternidad saludable y una gestante informada y sin temores con un producto viable al núcleo familiar.

El trabajo tiene **RELEVANCIA HUMANA**, porque ayuda a comprender mejor los factores relacionados a la disfunción sexual, que pueden llegar a ser paradójicos con respecto al propio criterio de cada persona; distanciando la pareja, generando una brecha que en algunas ocasiones es capaz de terminar una relación.

El trabajo tiene **RELEVANCIA SOCIAL** ya que contribuirá información adecuada a las gestantes. El embarazo es una de las etapas más importantes para cualquier mujer, debido a que hay cambios que afectarán su vida y también su libre desenvolvimiento de la función sexual adoptando sus propias creencias sobre las relaciones coitales durante el embarazo, por lo general influenciadas por información equivocada sobre las relaciones sexuales en el embarazo, convirtiendo este tema en un tabú.

El trabajo es **FACTIBLE**, ya que es un trabajo autofinanciado y se cuenta con acceso a entrevistar a las gestantes para determinar de esta manera cuales son los factores predisponentes a Disfunción sexual.

El trabajo es **CONTEMPORÁNEO** porque es un tema innovador, puesto que busca contribuir y reforzar el conocimiento de los profesionales de salud sobre los factores que están relacionados a la disfunción sexual en el embarazo. Al ser un tema poco estudiado se ha convertido en un problema social, a causa de los miedos y creencias que tienen las gestantes sobre las relaciones sexuales en el embarazo, causando que se cohíban en disfrutar una sexualidad plena.

El trabajo tiene **INTERÉS PERSONAL** ya que es una oportunidad de eliminar los miedos y conceptos que tienen las gestantes sobre el sexo en el embarazo, este estudio va a ser conveniente para nuestras pacientes gestantes, porque nosotras las obstetras estaremos empoderando a nuestras gestantes y brindado un cuidado integral en todos los aspectos, proporcionando un abordaje temprano y gestantes más informadas y disfrutando su sexualidad.

2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

- Determinar los factores sociodemográficos en las gestantes que acuden al servicio de Obstetricia del hospital Goyeneche
- Identificar cuáles son los factores obstétricos de las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche.
- Establecer cuáles son las creencias religiosas, sociales y culturales de las gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche.
- Conocer la frecuencia del índice de la función sexual femenina en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche
- Determinar las principales características de la disfunción sexual de acuerdo al índice de función sexual femenina en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del hospital Goyeneche.
- Conocer cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y creencias relacionadas a la disfunción sexual de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche que se relacionan a la disfunción sexual.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

La disfunción sexual es una entidad con una alta prevalencia en la mujer, mientras que el embarazo se puede presentar con mayor frecuencia. Por ello es importante que los profesionales de la salud sean conscientes de estos cambios y brinden información completa y clara. De acuerdo con algunos estudios la presencia de falta de satisfacción con el sueño, la senilidad, ingresos insuficientes, bajos niveles de educación, ser soltera, a quejarse de síntomas como la depresión y quejarse sobre el sistema de salud; demostraron ser factores de riesgo para disfunción sexual en las mujeres que se encuentran durante el embarazo, motivo por el cual se pueden generar algunos problemas dentro de la pareja (1). En otros estudios se mostró que, por otro lado, la presencia de estudios universitarios y parto asistido; fue un factor de riesgo para desarrollar disfunción sexual durante el periodo post parto (2); esto apoya la tesis de que la disfunción sexual que dificulta el parto es producto de su propia ausencia durante el embarazo; la presencia de un parto asistido que sea diferente a una cesárea es muestra que la falta de actividad sexual que busca fortalecer los órganos reproductores femeninos termina siendo un parto vaginal asistido, en algunas mujeres. También es importante aclarar que la preferencia por una vida sexual activa durante el embarazo es más frecuente en las mujeres que disfrutaron del mismo antes del embarazo, y por otro lado este es menor en aquellas gestantes que no disfrutaron del mismo antes de embarazo (3,4).

- A. **Grado de instrucción:** El grado de instrucción ha demostrado influir en la disfunción sexual presente en las gestantes; para los grados de nivel primario, secundario y universitario o superior. La educación juega un rol importante en la prevalencia de tabúes y creencias que son determinantes para elevar o disminuir la función sexual. El grado de Educación más común en Perú es el nivel secundario de acuerdo con el INEI 2014 (5,6).

3.1.2. FACTORES OBSTÉTRICOS

- A. **Índice de masa corporal:** Un IMC alto puede afectar negativamente en las mujeres embarazadas con su autoestima, debido a que esto puede contribuir a la sensación de sobrepeso y sentirse poco atractivas, lo que limita sus relaciones sexuales (4).
- B. **Paridad:** La cantidad y consistencia de la lubricación vaginal aumenta durante el embarazo, especialmente en multíparas, debido a que el embarazo va acompañado de un aumento de la secreción de la vagina (4).
- C. **Edad Gestacional:** Según Escudero (2015), la disminución de la actividad sexual aumenta mientras más incrementa la edad gestacional; principalmente por incremento de dolor durante el coito. Por otro lado, la disminución del interés en la actividad sexual mientras más se incrementa la edad gestacional es un factor importante que limita la libido en las mujeres gestantes que se encuentran en el 3er trimestre de embarazo (6).
- D. **Primer trimestre:** Durante el primer trimestre de embarazo es importante el deseo sexual y la intimidad; se mantienen relativamente conservadas; una tercera parte de las gestantes experimenta una disminución significativa en el deseo sexual mientras que las dos terceras partes restantes se mantienen sin ningún cambio (7), los cambios fisiológicos propios de la edad gestacional hacen a la mujer más sensible a acciones que anteriormente causaban placer, además de una disminución paulatina del libido que es propio de la progesterona durante el periodo gestacional(8).
- E. **Segundo trimestre:** Durante el segundo trimestre, paradójicamente; algunas gestantes tuvieron un incremento en la libido y el deseo sexual, algunas incluso reportaron que lograron conseguir su primer orgasmo durante este periodo (9).
- F. **Tercer trimestre:** El último trimestre de embarazo significó un punto de preocupación para numerosas gestantes, si bien es cierto la libido había disminuido progresivamente en los últimos días; posteriores a los primeros trimestres de embarazo, por la inflamación presente en el útero y en el clítoris. El punto de inflexión máxima para las gestantes fue la preocupación con el

periodo de parto; puesto que tenían miedo de que se presentara algún tipo de preocupación durante el mismo para su bebe (10)

G. Antecedente de aborto: Algunas gestantes manifestaron no mantener relaciones sexuales durante el embarazo, debido al temor de que pueda producirse un aborto espontaneo o por algún motivo provocar que se adelante el parto; relacionándolo a una creencia previa estimulada por sus temores y ansiedad que son de alguna manera propias del periodo de gestación (5,6,10).

H. Contraindicaciones de las relaciones coitales durante el embarazo: Si no hay complicaciones durante el embarazo, se puede mantener el sexo si:

- a) No hay antecedentes de abortos espontáneos (espontáneamente recurrente).
- b) No hay embarazo actual con sangrado vaginal activo.
- c) El útero no se contrae antes de lo habitual.
- d) Aborto peligroso debido a deficiencias hormonales, anomalías genéticas o placenta baja.
- e) No hay amenaza de parto prematuro.
- f) Hay presencia de una condición médica como diabetes o preeclampsia.
- g) Hay un embarazo ectópico (11).

3.1.3. Creencias

A. Creencias Sociales: Además, existen ciertos factores como la percepción social como los cambios en la imagen corporal que puede generar inseguridad o un síndrome dismórfico, presencia de síntomas fisiológicos propios del embarazo, disminución del nivel de energía y además de eso molestias corporales; que pueden generar una disminución en las mujeres gestantes, para lo cual sientan una apatía sexual exacerbada para la intimidad en pareja (12).

B. Creencias Culturales: Por otro lado un factor que incide de la apatía sexual es por el ambiente social en que se desarrolla la gestante; en nuestro medio, lo más común es que exista una partera o comadrona sobre todo en el medio rural, que se encargue de guiar el embarazo y dictaminar las pautas importantes que debe seguir la gestante, es por eso que creencias como “el embarazo debe llevarse en un ambiente sano” o “tener cuidado y no hacer fuerza”; son creencias que refuerzan la apatía sexual presente en las gestantes (13).

C. **Creencias religiosas:** Las creencias religiosas, influyen en las gestantes; sobre todo por los prejuicios que se puede generar. La promoción de la información a las gestantes pertinentes debe de ser prioridad con respecto a la educación y los conceptos erróneos sobre el sexo durante el embarazo, porque estas personas juegan un papel importante en la génesis de la inmoralidad sexual en esta época (14).

3.1.4. Índice de la función sexual femenina

- A. **Deseo:** El deseo sexual en las mujeres tiene su parte psicósomática y fisiológico, en este apartado describiremos su parte fisiológica; esta se inicia cuando la producción de andrógenos sexuales como la testosterona, los estrógenos y la progesterona, sobre todo la testosterona; ya que esta permite el incremento del deseo sexual. Por otro lado, al parecer no es más importante que su contraparte psicósomática, que en sí es la que genera el impulso de deseo sexual. Por tal motivo, no es recomendable medir los niveles de andrógenos sexuales en una persona con el objetivo de medir su deseo sexual (15).
- B. **Excitación:** La excitación en este contexto depende de los receptores de dopamina y norepinefrina; además de hormona estimulante de melanocitos alfa y la oxitocina. La dopamina es la más importante ya que se genera en mayores cantidades cuando la cantidad de testosterona y estradiol se incrementa dentro del suero de las mujeres gestantes; también la secreción de estradiol estimula la liberación de hormona estimulante de melanocitos alfa y oxitocina al igual que oxitocina (15).
- C. **Lubricación:** La lubricación es importante durante el acto sexual, y la misma depende de la producción de testosterona en el caso de las mujeres; durante el proceso de deseo y excitación, la cantidad de testosterona en el cuerpo femenino se incrementa llevando al desarrollo del acto sexual. Por ese mismo motivo, el incremento de la testosterona permite de manera indirecta la producción de lubricantes (por las glándulas de Bartolino) que permiten la lubricación de la vagina y su posterior preparación para la penetración (10,12).
- D. **Orgasmo:** El orgasmo es la consecuencia inmediata de la penetración o libido sexual (de cualquier manera) que se desencadena en una catarsis intensa que

refleja el pico más intenso de la respuesta sexual y suele ser la más corta del ciclo sexual. No todas las mujeres llegan al orgasmo, ya que el juego previo suele ser más importante y predispone a la existencia o no existencia del orgasmo al terminar el ciclo sexual de Plateau (11,14).

E. **Dolor:** La frecuencia de estas disfunciones varía, pero pueden considerarse buenas estadísticas: Hasta el 26% de las mujeres embarazadas reportan sentir dolor durante todos los encuentros sexuales, el 36 % reportó dolor relacionado con la actividad sexual. Suele ocurrir como consecuencia de una lubricación deficiente, vulvodinia, atrofia vaginal e infecciones; por tal motivo suele causar disfunción sexual por obligación. Por tal motivo genera estrés dentro de la relación, ansiedad, depresión y bajo nivel de calidad de vida (12,15).

3.1.5. **Índice de función sexual femenina:** Cuatro años después de la presentación de este instrumento, Blumel y Cols determinaron que cada dominio debe multiplicarse por un factor para encontrar la puntuación total de cada dominio. Los coeficientes fueron 0,6 para deseo, 0,3 para excitación y lubricación y 0,4 para orgasmo, satisfacción y dolor. De esta forma, el resultado final es la suma aritmética de los 6 campos. Si la puntuación total es inferior a 26,5 puntos, también se estima que, a mayor puntuación, mejor función y disfunción sexual (Ver anexo 1) (16).

3.1.6. **Poses Sexuales Durante el Embarazo:** Durante el embarazo no hay prohibición para mantener relaciones sexuales, es por lo que no existe una postura sexual específica para mantener relaciones sexuales durante el embarazo. De acuerdo a la bibliografía se ha observado preferencia por el misionero durante el primer trimestre del embarazo, en el segundo trimestre de embarazo la posición sexual preferida fue la penetración desde atrás y por último durante el tercer trimestre de embarazo la posición de preferencia fue la penetración de lado o la penetre desde atrás; sin embargo, también se ve que en muchas ocasiones durante el primer trimestre del embarazo las gestantes suelen olvidarse de su pareja y enfocarse en su hijo, lo que puede disminuir durante el segundo trimestre del embarazo, ya que los malestares pueden regularse y la mujer despierta su deseo sexual (14,15). En otros estudios se vio que, a pesar de los cambios fisiológicos propios del embarazo,

no hubo cambios en las posiciones sexuales preferidas por las gestantes durante todo el periodo de embarazo (16,17).

3.1.7. **Disfunción sexual:** Según el DSM V, el trastorno del deseo sexual hipoactivo se define como “una falta persistente de fantasías sexuales recurrentes (o ausentes) y deseo de actividad sexual que causa malestar marcado o dificultades interpersonales. Para calificar como un trastorno, no debe ser superior a otros trastornos. Las fluctuaciones normales deben ser consideradas para el diagnóstico observados en relación con el tiempo, la edad, la salud personal y las condiciones de vida (17). Algunos estudios epidemiológicos recientes han demostrado que la disminución de la libido está relacionada con el estrés en las mujeres e indica que son problemas sexuales que causan dificultades y alcanzan su punto máximo en la edad adulta y la vejez (18). La fisiopatología de la disfunción sexual es compleja y se debe considerar un enfoque biopsicosocial. Este enfoque enfatiza la importancia de comprender la salud y la enfermedad humanas en su contexto más amplio, considerando sistemáticamente los factores biológicos, psicológicos y sociales y sus complejas interacciones con la salud y la enfermedad. Los factores biológicos que pueden contribuir a la disminución del deseo pueden ser por mecanismos tanto directos como indirectos (19). Las mujeres pueden tener una disminución de la libido debido a cambios neuroendocrinos (disminución de la testosterona, cambios neuroquímicos y cambios indirectos en la pérdida de estrógeno). Las sensaciones genitales pueden variar, por lo que se requiere una estimulación más intensa y prolongada para lograr la excitación. Los niveles bajos de estrógeno pueden causar atrofia vulvovaginal y dispareunia, que se asocian con una disminución de la libido. Estos factores, junto con factores psicosociales específicos que ocurren en esta etapa de la vida, afectan el funcionamiento sexual (19,20).

3.1.8. **Disfunción sexual en el embarazo:** El estado del embarazo provoca varios cambios anatómicos, funcionales y psicológicos que afectan el comportamiento, especialmente la actividad sexual, como resultado a ello provocando una disfunción sexual por miedo a dañar al feto. En esta etapa existen varios tabúes y temores irracionales sobre este tema por la falta de información. La mayoría de las

parejas experimentan un deterioro sexual durante el embarazo (21). El embarazo es un momento especial en la vida de la mujer que también puede modificar este comportamiento por sus efectos fisiológicos, hormonales y psicológicos. La función sexual femenina disminuye significativamente durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre y persiste durante los primeros 3 a 6 meses después del nacimiento. Se defienden tres razones principales para reducir las relaciones sexuales durante el embarazo y son las preocupaciones sobre el parto prematuro, el daño fetal y las infecciones vaginales. Varios factores pueden contribuir a la disfunción sexual durante el embarazo, incluidos los cambios físicos y hormonales que pueden provocar la pérdida del atractivo y una disminución de la autoestima debido a cambios en la imagen corporal y otros factores psicológicos. La disfunción sexual femenina en mujeres embarazadas es un reto para los profesionales de la salud que están comprometidos con esto, se han observado errores y malos manejos en algunos casos y este problema surge simplemente porque los profesionales de la salud no están suficientemente preparados, obstetras tanto como médicos, El propósito principal de desarrollar este protocolo es la contribución de conocimiento, información y educación. Científicamente lo evidencia los factores involucrados preguntas con el objetivo de aumentar el conocimiento médico y la conciencia y ayuda oportuna basada en un enfoque preventivo (20,21,22).

3.1.9. **La actividad sexual durante el embarazo:** Se define como la forma en que cada persona interpreta o da sentido a los diversos estímulos que nos rodean, demostrando un comportamiento constructivo que está previsto por todos los conocimientos previos. Los estudios demuestran que la actividad sexual de una mujer embarazada afecta de manera diferente la función sexual y las emociones de la pareja, por lo que no todas las mujeres embarazadas tienen la misma libido en esta etapa, algunas disfrutan más de la emoción de ser amadas, otras cambian (anatomía, fisiología), reduciendo libido. Las actividades sexuales están estrictamente contraindicadas y, por lo tanto, afectan los aspectos intelectuales y socioculturales de las mujeres embarazadas (23,24,25).

3.1.10. Acciones de promoción y prevención: La promoción de la salud es parte de la política estatal que proporciona recursos para apoyar la calidad de la población. Por lo tanto, su comportamiento debe ser diferente y de diferente naturaleza e implicar mucha intervención de las autoridades. La atención primaria de salud en el sistema nacional de salud es la principal estrategia de atención integral a las personas, familias y comunidades y se expresa como un punto de inflexión para la mejora de la salud. De tal manera, que se puedan aplicar medidas tales como la divulgación de conceptos sobre una adecuada educación sexual para los jóvenes y adultos que la necesiten; además de mantener en constante capacitación al público en general mediante charlas y campañas de función sexual, indicar las guías idóneas para ser consultadas para ampliar la información recibida y finalmente realizar un diagnóstico situacional con respecto a la salud sexual de la población; tomando en cuenta sus factores de riesgo, sus intereses y los trastornos sexuales que los puedan afectar (26,27,28). El estudio de la sexualidad en las instituciones educativas es importante y una buena atención de salud y las instituciones de salud ayudarán a los jóvenes a tener más conocimientos, actitudes positivas y abiertas, buenas estrategias de relaciones sexuales y otros obstáculos, y a considerar otras posibilidades de disfrutar del sexo (29,30). Las actividades de promoción se centran en la educación sexual para la población general, personas en riesgo, docentes y padres de jóvenes, así como profesionales y profesionales de la salud. Es importante pensar en cómo identificar las necesidades educativas de las personas e identificar los factores de riesgo, los métodos utilizados y cómo planificar las intervenciones; estas intervenciones hicieron que los participantes mejoraran sus conocimientos; en algunos casos, además de sus actitudes y habilidades y los temas que se dice que reducen el embarazo adolescente, se ve que se pone énfasis en los aspectos de la vida sexual, lo que demuestra que es necesario un sistema completo, que tenga en cuenta los aspectos psicosociales. y aspectos culturales (31,32,33). Para comenzar el estudio de la población vulnerable, se identifican factores negativos y de riesgo que pueden estar relacionados con la presencia sexual y problemas sexuales, otro es que la gente lo está comprobando. la capacidad de las personas, que puede ayudar en el cambio

de malos hábitos y mejorar la salud sexual. Es necesario apoyar la labor principal del médico y otros grupos entre otros profesionales de la comunidad que puedan desarrollar intervenciones para la promoción y prevención de las relaciones sexuales con métodos y estudios tales como: grupos de discusión, charlas y procesos. cursos de enseñanza; y el uso de los medios (34).



3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Título: Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín.

Autores María Jaramillo, Alejandro Colonia - Toro, Gina Andrea Posada, María del Pilar Uribe

Fuente: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, vol. 23 Número 1 (2021)

Resumen: El embarazo y el parto son un momento especial en la vida de una mujer por las consecuencias físicas, hormonales y psicológicas, así como por los cambios sociales y culturales que pueden afectar su sexualidad. Varios factores están asociados con una mayor incidencia de disfunciones sexuales durante el embarazo y el puerperio, con tasas de hasta el 50% durante estos períodos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo y su asociación con algunos factores de riesgo y describir la conducta sexual en mujeres embarazadas y puérperas.

Métodos: Estudio transversal de pacientes embarazadas y puérperas de tres centros obstétricos de Medellín.

Resultados: Los estudios individuales evaluaron a 259 gestantes y puérperas en 3 maternidades diferentes de la ciudad de Medellín. Se encontró que la prevalencia de disfunción sexual femenina era del 60,2%. La forma más común de coito fue vaginal (69%).

El 85% de las madres y el 71,4% de los padres creen que las relaciones sexuales pueden dañar al niño. El 30% de médicos se la brindaron, lo que se considera un factor para la disfunción sexual y se relaciona con la estabilidad de la relación entre marido y mujer. Como factores de riesgo se observó el sistema de subsidio del sistema de seguridad social y la idea del daño al

embarazo de la madre fueron identificados como factores de riesgo.

Conclusión: La disfunción sexual es muy común en comparación con la población general y existen algunas consideraciones especiales durante el embarazo.

Por esta razón, los profesionales de la salud deben informar este aspecto de la atención prenatal y brindar información adecuada sobre la seguridad de las relaciones sexuales durante el embarazo y los posibles cambios en la libido, el rango orgásmico y la satisfacción sexual (35).

Título: Prevalencia de disfunción sexual en primigestas en el municipio de Río Branco, Acre, Brasil.

Autores: Adriani Castro de Lima, Leila María Geromel Dotto, Marli Villela Mamede

Fuente: Revista Cad. Saúde Pública.

Resumen: El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de disfunción sexual antes y durante el embarazo. Este es un estudio transversal. Usando entrevistas posparto, 778 primíparas y sus parejas dieron a luz entre el 1 de febrero y el 31 de julio de 2010, en dos clínicas obstétricas en Acririo Branco, Brasil.

Resultados: La edad promedio de las primeras fue de 20 años, el 45% son adolescentes, el 19% cursó la enseñanza primaria, el 30% están empleadas y el 86,5% utiliza los servicios públicos (SUS). La frecuencia de disfunción sexual fue 23,9% antes del embarazo y 67,7% durante el embarazo. La frecuencia de falta de libido fue del 20,2% antes del embarazo y del 51% durante el embarazo. La lubricación vaginal durante el embarazo disminuyó un 29,1%, la dispareunia fue un 1,2% antes del embarazo, un 14,4% durante el embarazo, la insatisfacción con la vida sexual fue un 3,3% antes del embarazo y un 10,8% durante el embarazo.

Conclusiones: Los resultados mostraron que las mujeres estudiadas tenían una mayor frecuencia de disfunción sexual durante su primer embarazo que antes de este embarazo (36).

Título: **Disfunción sexual femenina y factores que influyen durante la gestación. Una revisión sistemática en Sudamérica y Asia en la última década.**

Autores: Mayra Alejandra Ramos Cárdenas, Lauro Marcoantonio Rivera Félix, Milena López Sánchez y Elva Rosa Quiñones Colchado

Fuente: National Library of Medicine

Resumen: La disfunción sexual femenina (DSF) se define como alteraciones en el deseo, la excitación, el orgasmo y/o el dolor durante las relaciones sexuales que causan angustia personal y afectan la calidad de vida. Esta revisión sistemática describe los siguientes factores. Afecta principalmente a la disfunción sexual en mujeres embarazadas. El objetivo de este trabajo fue analizar los artículos publicados en América del Sur y Asia en los últimos diez años sobre los factores que inciden en la disfunción sexual en mujeres embarazadas.

Resultados: La disfunción sexual femenina en las mujeres embarazadas puede verse afectada por varios factores, con mayor frecuencia al inicio del embarazo, durante el embarazo, miedo a las complicaciones o creencias, estado emocional y estilo de vida de la gestante.

Conclusiones: Hay muchos factores detrás de estos cambios en el comportamiento sexual, con el fin de evitar la disfunción sexual en la mujer durante el embarazo, se recomienda que las mujeres embarazadas reciban instrucciones adecuadas sobre los cambios y dificultades en el comportamiento sexual que se producirán durante este período (37).

3.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Título: Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio–septiembre 2015

Autores: Lizeth Alicia Gonzales Ysla.

Fuente: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina 2016

Objetivo: Identificar factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho de julio a septiembre de 2015.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal con métodos cuantitativos en una muestra de 306 gestantes que asistieron a consultorio de obstetricia y recibieron el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina, otro cuestionario utilizado para identificar factores asociados a la disfunción del índice de función y la conducta sexual durante el embarazo.

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para el análisis inferencial de asociaciones se utilizaron herramientas estadísticas con la prueba de chi-cuadrado (X^2) al 95% de nivel de confianza.

Resultados: El 82% de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho presentaron disfunción sexual. Los factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes fueron la edad ($p=0,000$), el nivel educativo ($p=0,000$) y la intimidad sexual en el hogar ($p=0,001$).

Los factores biológicos asociados a la disfunción sexual fueron el índice de masa corporal ($p=0,000$), la paridad ($p=0,000$), la edad gestacional ($p=0,002$) y el embarazo no deseado ($p=0,000$).

Los factores asociados con las creencias sobre la disfunción sexual fueron no recibir información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo ($p=0,000$), la creencia de que las relaciones sexuales causarían algún daño

al niño ($p=0,000$), algunas complicaciones durante el embarazo ($p=0,000$) o ciertas complicaciones. durante el parto ($p=0,002$) y se sintió obligada a satisfacer las necesidades sexuales del hombre ($p=0,027$).

Conclusión: Entre las gestantes que acudieron a la Maternidad del Hospital San Juan de Lurigancho, los principales factores asociados a la disfunción sexual fueron el índice de masa corporal, la paridad, el nivel de educación, la intimidad para el sexo en el hogar, la creencia de que el sexo causará algún daño al niño o el embarazo. algunas complicaciones durante el período (38).

Título: Factores relacionados a la disminución de la actividad sexual en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2019

Autores: Angela Estefania Uzurriaga Otero

Fuente: Universidad Científica del Sur, Facultad de Medicina 2019

Resumen: El objetivo de este estudio fue identificar factores asociados a la disminución de la actividad sexual en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2019.

Material y método: Este estudio es un tipo de análisis transversal retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 242 gestantes que acudieron al policlínico. Se encontraron los siguientes resultados: gestantes con actividad sexual reducida menores de 19 años (91,5% y $p=0,006$), estado civil soltera (62,7% y $p=0,027$), nacidas en la Sierra (81,4% y $p=0,001$) y no tenían privacidad en el dormitorio (76% y $p=0,014$), con educación secundaria (61% y $p=0,004$), gestantes que no recibieron consejería sobre relaciones sexuales durante el embarazo (59,3% y $p=0,001$), creían que la relación sexual causaría algún daño al feto (61% y $p=0,002$), índice de masa corporal sobrepeso (86,4% y $p=0,021$) y primer embarazo (36% y $p=0,000$). Se encontró que los factores sociales, culturales y obstétricos estaban estadísticamente asociados con una actividad sexual reducida.

Conclusiones: Los factores sociales relacionados con la disminución de la actividad sexual en gestantes fueron la edad, el estado civil, lugar de nacimiento y el no tener privacidad en su dormitorio. Se identificó los factores culturales relacionados con la disminución de la actividad sexual en gestantes y estos fueron el grado de instrucción, el recibir consejería sobre las relaciones sexuales durante el embarazo y pensar que las relaciones sexuales pueden causar algún daño en el feto (39).

Título: Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú

Autores: Cristian Díaz-Vélez, Frine Samalvides-Cuba

Fuente: Revista. Chilena Obstetricia y Ginecología. vol.82 no.4 Santiago oct. 2017

Objetivo: Identificar factores asociados a la disfunción sexual en mujeres que asisten a un hospital de tercer nivel de atención.

Material y Método: Es un estudio de casos y controles emparejado por edades e IMC de mujeres de 18 a 59 años. Se utilizó el Índice de Función Sexual Femenina para identificar casos (≥ 24 puntos) y controles (< 24 puntos), y los factores a evaluar fueron el síndrome metabólico definido por la Federación Internacional de Diabetes (FID), la ansiedad y la depresión mediante una prueba validado. menopausia, bebida, tabaquismo, estado de salud, estado civil, educación, ocupación, número de embarazos.

Resultados: Participaron un total de 342 mujeres (114 casos/228 controles), edad media $40,5 \pm 9,2$, IMC $25,2 \pm 3,5$; 45,9% (157) hijos casados. En educación secundaria, el 41,5% (142) eran amas de casa, el 17,8% (61) eran menopáusicas y el 34,8% (119) tenían síndrome metabólico. Además, las enfermedades crónicas representaron el 32,7% (112), la ansiedad el 16,4% (56), la depresión el 5% (17) y el consumo de drogas el 35,1% (72). En el análisis bivariado de factores influyentes, el estado civil fue la viudez, la profesión retirada, el antecedente de 2 embarazos, la mala salud, las enfermedades crónicas, el tabaquismo, la ansiedad y la depresión, y el estado civil y el mayor nivel

educativo fueron factores importantes como factores protectores. El análisis multivariado mediante regresión logística arrojó 0,58 (IC 95%: 0,33-0,87) como factores asociados al estado civil, convivencia 8,11 (IC 95%: 2,36-17,84), tabaquismo 2,26 (IC 95%: 1,08 - 4).

Conclusiones: La Disfunción sexual femenina está asociada al estado civil/familiar de convivencia, ansiedad, estado de salud y tabaquismo (5).

3.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se ha encontrado.



4. HIPÓTESIS

DADO QUE la disfunción sexual femenina puede estar relacionada a factores de diversa índole, que ocurre sobre todo en el embarazo

ES PROBABLE QUE los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche, sean las creencias y los factores obstétricos





1. TÉCNICAS, INSTRUMENTAL Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. Técnica: Comunicativa

1.2. Instrumentos:

- Para la variable independiente se utilizó un Cuestionario
- Para la variable dependiente se utilizó el Índice de función sexual femenina.

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Variable independiente Factores asociados	1. Factores sociodemográficos 2. Factores obstétricos 3. Creencias	Cuestionario	Ficha de preguntas (Ver ANEXO 3)
Variable dependiente Características de la disfunción sexual	Indica la Función Sexual Femenina	Técnica de comunicación	The Female Sexual Function Index (FSFI) de Rosen y cols en el año 2000 (Ver ANEXO 4)

- Cuestionario: Se desarrolló para poder indagar e identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y creencias religiosas, sociales y culturales, que están asociados a la disfunción sexual que presentan las gestantes que acuden al área de consultorios externos del servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche. (Ver Anexo 3).

- **Índice de Función Sexual Femenina:** Se aplicó un cuestionario The Female Sexual Function Index (FSFI) de Rosen y cols en el año 2000. El FSFI: Female Sexual Function Index es un instrumento breve y multidimensional que evalúa la función sexual femenina. Está compuesto por 19 preguntas que evalúan 5 dominios de la respuesta sexual (RS): deseo y estímulo subjetivo, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor o discomfort. Las puntuaciones individuales se obtienen por la suma de los ítems que comprenden cada dominio (puntuajes simples), que son multiplicadas por el factor de ese dominio y dan el puntaje ponderado. La puntuación final (puntaje total: mínimo 2 y máximo 36) se obtiene por la suma de los puntajes ponderados de cada dominio (Ver Anexo 4).

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación espacial:

- **Precisión del Lugar:**
 - País: Perú
 - Región: Arequipa
 - Provincia: Arequipa
 - Distrito: Cercado
 - Ámbito específico: Av. Goyeneche N°100
- **Características del Lugar:** Hospital III Goyeneche en el servicio de Obstetricia. En el área de consultorios externos del servicio de obstetricia que se encarga de brindar servicios de salud a toda la zona urbana rural está ubicado en Av. Goyeneche N°100.
- **Delimitación Gráfica del Lugar:** Croquis del Hospital III Goyeneche y del servicio de obstetricia (Ver anexo 5)

2.2. Ubicación Temporal:

- **Cronología:**

Junio del 2023 a Julio 2023
- **Visión temporal:**

Prospectivo

- **Corte temporal:**

Transversal

2.3. Unidades de estudio

- **UNIVERSO:**

210 pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche, en el área de consultorios externos del servicio de Obstetricia en el mes de junio a Julio.

2.4. Cualitativo

Criterios de inclusión:

- Gestante atendida en el área de consultorios externos del servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche
- Gestantes comprendidas entre las edades de 18-42 años
- Gestante que acepte ser parte del estudio y firme el consentimiento informado
- Gestante que no presente alguna discapacidad física mental.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que no desean firmar el consentimiento
- Gestantes menores de edad.

2.5. Cuantitativo

- La muestra de estudio estuvo constituida por aproximadamente 103 gestantes atendidas en el hospital Goyeneche en el área de consultorios externos del servicio de obstetricia. La cual se obtuvo con la información recabada de gestantes atendidas en el año 2022 de 210. Esta muestra es con un intervalo de confianza al 95%, con una proporción del 5% y una precisión del 3 %.
- $$N = \frac{1.96^2 * 210 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 (210 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$
- N= 103
- TAMAÑO MUESTRAL 103

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se realizará las siguientes actividades:

- Para la recolección de datos se solicitó la autorización respectiva al Hospital III Goyeneche para realizar el estudio, se hará la coordinación con el Dr. Henry Rodríguez quien es el jefe del Departamento de Gineco Obstetricia.
- Se selecciono a las usuarias con previa autorización, que cumplan con los criterios de inclusión, ya descritos.
- Se procedió a la recolección de datos con previa lectura y firma del consentimiento (Ver anexo 2)

3.1. RECURSOS HUMANOS

- Bachiller
Daniela Lucia Chávez Pino
- Asesora
Mgter. Margareth Lizbeth Nieto Valencia

3.1.1. Físicos

- Infraestructura del Hospital Goyeneche
- Computadora
- Impresora
- Papelería
- Material de escritorio

3.1.2. Económicos

- Autofinanciado

3.2. VALIDACION DE INSTRUMENTO

The Female Sexual Function Index (FSFI) de Rosen y cols en el año 2000: Índice de función sexual femenina, el cual permitió el diagnóstico de los casos de disfunción. Este instrumento ha sido propuesto por Rosen y cols en el año 2000 (Anexo IV), el cual cumplía con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Los coeficientes de confiabilidad fueron altos para cada uno de los dominios ($r = 0,79-0,86$). Además de poseer un alto grado de coherencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0.82 a más). Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupan en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 a 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5 (24).

3.3. ASPECTOS ETICOS:

Este proyecto de investigación fue realizado teniendo en cuenta la declaración de Helsinki y el Artículo N051 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, dentro del cual se establece que los investigadores tienen el deber de respetar el derecho que tiene el paciente a la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernan, y que la discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son también confidenciales y conducidos con la discreción que se merecen; se tomó en cuenta también al 19 Artículo número 95 del mismo código, para que la realización de esta investigación conservará el anonimato del paciente. Además, se obedeció las consideraciones éticas señaladas en la Ley General de Salud del Estado Peruano, Ley N026842, donde se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud, y la importancia de que nuestra investigación sea realizada por profesionales con experiencia y con respaldo de una institución respetable.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento.

4.1.1. Tipo de procesamiento: Los datos fueron tabulados mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 22.

4.1.1.1. Plan de Operaciones:

- Clasificación: Se empleó la matriz sistematizada según variable a estudiar.
- Codificación: Código según variable.
- Tabulación: Se empleó tablas de doble entrada.
- Gráficos según las tablas.
- Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado para determinar si existe asociación en un cuadro de contingencia obtenido con datos de una muestra.
- Con la fórmula que exige el uso de frecuencias absolutas.

4.1.2. Plan de análisis de datos: Tipo de análisis. - El análisis de los resultados se contrastó con información recabada en el marco teórico, con el cual se contrastó las discusiones indicador por indicador para las conclusiones del presente estudio.



CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA 1. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA

DATOS	FRECUENCIA		
	N° = 103	% = 100	
Edad (años)	18 a 22	24	23,00
	23 a 27	15	15,00
	28 a 32	26	26,00
	33 a 37	27	27,00
	38 a 42	11	9,00
Estado Civil	Casada	23	23,00
	Conviviente	80	67,00
Instrucción	Secundaria	64	63,00
	Superior	39	37,00

Fuente: Elaboración personal

En la tabla 1, el 27% corresponden a edades de 33 a 37 años, el 67% a convivientes, el 63% a grado de instrucción secundaria.

TABLA 2. FACTORES OBSTETRICOS EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA

Características		Total	
		N°=103	%= 100
IMC	Normal	42	41%
	Sobrepeso	47	46%
	Obesidad	14	14%
Paridad	Nulípara	33	32%
	Secundípara	35	34%
	Múltípara	35	34%
Edad gestacional (semanas)	14 a 26	27	26%
	27 a 40	76	74%
Antecedente de Aborto	Si	35	34%
	No	68	66%
Cambios Sexuales en Embarazo	Si	78	76%
	No	25	24%
Privacidad en Relaciones Sexuales	Si	68	66%
	No	35	34%

Fuente: Elaboración personal

En la tabla 2, el 46% presento sobrepeso, el 34% fueron secundípara y múltípara, el 74% tuvo edad gestación entre 27 a 40 semanas, en 66% no tuvo antecedente de aborto, el 76% si tuvo cambios sexuales durante el embarazo y el 66% si tuvo privacidad durante las relaciones sexuales.

TABLA 3 CREENCIAS RELACIONADAS AL COITO DURANTE LA GESTACION EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA

Características	Total		
	N°=103	%=100	
Creencia Social (Complicación en embarazo)	Si	66	64%
	No	37	36%
Creencia Social (causar daño al bebé)	Si	68	66%
	No	35	34%
Creencia Social (Complicación en Parto)	Si	46	45%
	No	57	55%
Creencia Religiosa	Si	17	17%
	No	86	83%
Creencia Cultural	Si	56	54%
	No	47	46%

Fuente: Elaboración personal

En la tabla 3, el 64% si tuvo la creencia de que habría complicaciones en el embarazo, el 66% si tuvo la creencia social de causar daño al bebe, se observó 55% no tuvo la creencia de complicación durante el parto, el 83% no tuvo creencia religiosa, el 54% si tuvo una creencia cultural.

TABLA 4. FRECUENCIA INDICE DE LA FUNCION SEXUAL FEMENINA

DATOS	FRECUENCIA		
	N° =103	% = 100	
IFSF	Bajo	78	77,00
	Alto	25	23,00

Fuente: Elaboración personal

En cuanto el Índice de la Función Sexual Femenina, se observó que el 77% de las participantes presentan disfunción sexual (índice de la función sexual bajo), mientras que el 23% no presentaron una disfunción sexual.

**TABLA 5. CARACTERISTICAS DE LA DISFUNCION SEXUAL DE ACUERDO
CON EL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA**

DOMINIO IFSF	Columna1	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEO	ALTO	34	33.0
	BAJO	69	67.0
EXCITACION	ALTO	52	50.0
	BAJO	51	50.0
LUBRICACION	ALTO	52	50.0
	BAJO	51	50.0
ORGASMO	ALTO	36	34.0
	BAJO	67	66.0
SATISFACCION	ALTO	34	33.0
	BAJO	69	67.0
DOLOR	ALTO	40	38.0
	BAJO	63	62.0

Fuente: Elaboración propia

Según las características de la función sexual, deseo fue bajo para el 67%, la excitación fue alta para el 50%, la lubricación fue alta para el 50%, el orgasmo fue bajo para el 66% la satisfacción fue baja para el 67% y el dolor fue bajo para el 62% de las gestantes.

TABLA 6. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS RESPECTO AL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA

Características	Total	BAJO		ALTO		X ² P	
		Nº=103	Nº= 78	%	Nº=25		%
Edad (años)	18 a 22	24	18	83,3	6	16,7	1,68
	23 a 27	15	10	66,7	5	33,3	0,79
	28 a 32	26	21	80,8	5	19,2	
	33 a 37	27	22	77,8	5	22,2	
	38 a 42	11	7	75	4	25	
Estado Civil	Casada	23	17	80	6	20	0,06
	Conviviente	80	61	78	19	22	0,54
Instrucción	Secundaria	64	57	89,55	7	10,45	16,51
	Superior	39	22	55,5	17	44,4	0.005

Fuente: Elaboración propia

Según los factores relacionados al IFSF se observó que, según su edad el 83.3% de las gestantes que tuvieron entre 18 y 22 años presentaron disfunción sexual. Según su estado civil, el 80% de las casadas presentaron disfunción sexual, según su grado de instrucción el 55.6% tuvieron un grado de instrucción superior y presentaron disfunción sexual, mientras que el 44.4% no lo presentaron; mostrando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.005).

TABLA 7. FACTORES OBSTETRICOS RESPECTO AL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA

IFSF		Total	BAJO		ALTO		X ²
Características		N°=103	N°= 78	%	N°=25	%	P
IMC	Normal	42	27	64,3	15	35,7	7,2
	Sobrepeso	47	40	82,97	7	17,03	0,02
	Obesidad	14	11	92,9	3	7,1	
Paridad	Nulípara	33	23	72,7	10	27,3	4,39
	Secundípara	35	27	71,4	8	28,6	0,11
	Múltipara	35	28	85,71	7	14,29	
Edad gestacional (semanas)	14 a 26	27	20	81,48	7	18,52	0,16
	27 a 40	76	58	76,32	18	23,68	0,46
Antecedente de Aborto	Si	35	23	71,4	12	28,6	1,35
	No	68	55	82,5	13	17,5	0,18
Cambios Sexuales en Embarazo	Si	78	56	74,3	22	25,6	2,74
	No	25	22	91,7	3	8,3	0,08
Privacidad en Relaciones Sexuales	Si	68	46	69,11	22	30,89	7,29
	No	35	32	91,42	3	8,57	0,005

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, el 82.97% de las gestantes tuvieron sobrepeso teniendo una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.02), el 85.71% de las múltiparas presentaron un índice de función sexual bajo, 76.32% de las gestantes que se encontraban entre la semana 27 y 40 de embarazo presentaron Disfunción Sexual, que el 82.5% de las que no tuvieron abortos, presentaron disfunción sexual, a los cambios sexuales en el embarazo, se observaron que el 91.7% de las que no presentan cambios, presentaron disfunción sexual y el

91.42% de las que no tuvieron privacidad si presentaron disfunción Sexual, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.005).



TABLA 8 CREENCIAS RESPECTO AL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA

IFSF		Total	BAJO		ALTO		X ²
Características		N°=103	N°= 78	%	N°=25	%	P
Creencia So- cial (Comple- ción en em- barazo)	Si	66	66	100	0	0	54,75
	No	37	12	38,3	25	61,7	0.005
Creencia So- cial (causar daño al bebé)	Si	68	68	100	0	0	59,94
	No	35	10	32,2	25	67,8	0.005
Creencia So- cial (Comple- ción en Parto)	Si	46	46	100	0	0	21,28
	No	57	32	61,4	25	38,6	0.005
Creencia Re- ligiosa	Si	17	17	100	0	0	4,59
	No	86	61	74,4	25	25,6	0,02
Creencia Cul- tural	Si	56	56	100	0	0	31,81
	No	47	22	53,2	25	46,8	0.005

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8, la creencia social (complicación en el embarazo) 38.3 % de las gestantes que no tuvieron dicha creencia presentaron disfunción sexual, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.005), la creencia social (causar daño al bebe) 100% si presento dicha creencia y presentaron disfunción sexual, mientras que el 32.2% de las que no tuvieron la creencia y que tuvieron disfunción sexual presentaron una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.005), la creencia social (complicación en el parto) se observó que el 61.4% de las que no creen, presentaron disfunción sexual, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05

(0.005). Respecto a la creencia religiosa, se observó que el 74.4% que no tuvieron dicha creencia presentaron una disminución función Sexual, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.02), la creencia cultural 53.2% que no tuvieron dicha creencia presentaron una disfunción sexual, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 (0.005).



DISCUSION

- En lo datos generales de la población participante se observaron las siguientes frecuencias: Según su edad, el 27% correspondían a edades entre 33 y 37 años. Estos datos fueron congruentes a los encontrados por Ppocco y Choquehuaca (2022) quienes encontraron un 35% de las gestantes evaluadas que tuvieron edades entre 32 a 39 años (40); los mismos resultados no fueron congruentes con Amorim y colaboradores (2020), quienes encontraron 38 gestantes entre los 21 a 30 años y 8 que fueron mayores a los 31 años. Según su estado civil, el 20% fueron casadas y el 80% fueron convivientes (30). El 67% fueron convivientes y el 23% casadas; estos datos no fueron congruentes para Amorim y colaboradores (2020), pero si fueron congruentes para Castillo (2019); quien encontró que 23.8% gestantes de su población fueron casadas mientras que 66.3% fueron convivientes (31). Según su instrucción, el 63% de las gestantes tienen secundaria completa, y el 37% de las gestantes son de grado superior, estos datos fueron congruentes con los encontrados por Castillo (2019) pero diferentes a los encontrados por Amorim y colaboradores (2020) que encontraron 89% de gestantes con un grado de educación superior y 18% que solo recibió la secundaria completa (30); Uzurriaga (2019) quien encontró que el 61% de las gestantes tuvo un grado de educación secundaria (24), siendo a su vez congruente a lo encontrado por Espitia (2020) con un 57.29% de gestantes que cursaban el nivel secundario (41). Por otro lado, María y colaboradores (2021) encontraron un grado de instrucción de secundaria incompleta 41.3% y secundaria completa 34.7% (37).
- En cuanto al índice de masa corporal se observa que, el 82.97 % de las gestantes que presentan sobrepeso, tienen un índice de función sexual bajo, mientras que el 35.7% de las gestantes que tienen un índice de masa corporal normal, presentan un índice de función sexual alto, existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Espitia (2021) quien encontró que la prevalencia de obesidad y disfunción sexual afecto a los dos tercios de su población de estudio; teniendo como principales problemas las alteraciones del deseo y los trastornos del orgasmo (43). En otro trabajo realizado por Bustos y Perez (2018) encontraron que el 81% de las gestantes tenían algún grado de sobrepeso u obesidad, motivo por el cual tenían una disfunción sexual presente durante los momentos íntimos en pareja, predominando principalmente la falta de deseo (14). Según su edad gestacional, el 81.48% tienen entre 14 y 26 semanas, mientras

que el 76.32% tienen entre 27 y 40 semanas, presentaron un índice de función sexual bajo; estos resultados no fueron congruentes a los encontrados por Castillo (2019) quien encontró que el 50% de gestantes se encontraba entre la semana 15 a 28 mientras que el otro 50% se encontraba entre la semana 28 a 40 (31). En cuanto a su privacidad al tener relaciones sexuales, se observa que el 91.42% de las gestantes que no tienen privacidad, presentan un índice bajo de función sexual existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Esther (2021) quien encontró que el 82% de su población presentó disfunción sexual al no tener privacidad en su dormitorio (33); y Gonzales (2016) quien encontró que el 73.7% de su grupo de estudio no presentó privacidad al momento de tener relaciones sexuales; esto demuestra que la privacidad es la piedra angular que determina la plenitud de la intimidad marital, mostrando de esta manera que su ausencia afecta de manera significativa la resolución de los sentimientos reprimidos por la pareja (34).

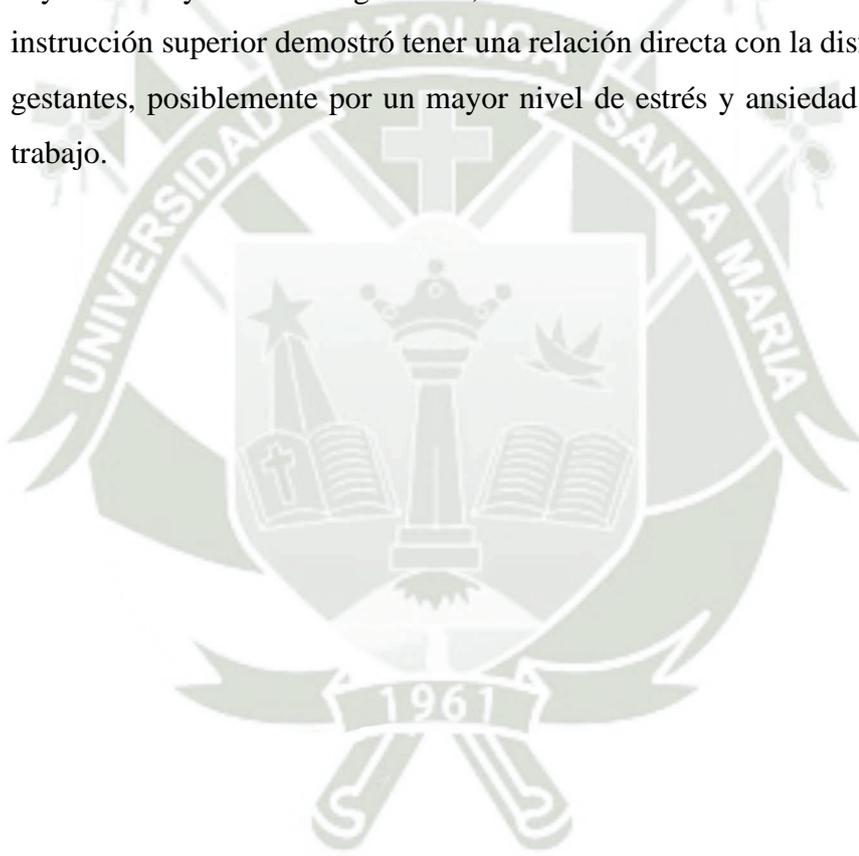
- Según las creencias sociales de complicaciones en el parto, se observa que el 100% de las gestantes que, si creen, presentan un índice de función sexual bajo, mientras que el 61.4 % de las gestantes que no creen, presentando estos últimos un índice de función sexual bajo existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Jimenez (2021) quien encontró que la creencia de tener relaciones sexuales podría traer complicaciones en el parto, sobre todo del parto vaginal 45% (45). En cuanto a las creencias religiosas, se observa que el 100% de las gestantes que si creen presentan un índice de función sexual bajo, mientras que el 74.4% de las gestantes que no creen, presentan un índice de función sexual bajo, existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Monterrosa y colaboradores (2020) que encontró que una adecuada perspectiva espiritual, servía como un factor de disfunción sexual en las mujeres (46). En cuanto a las creencias culturales se observa que, el 100% de las gestantes que sí creen, presentan un índice de función sexual bajo, mientras que el 53.2% de las gestantes que no creen, presentan un índice de función sexual bajo, existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Brito y Matute (2021), encontró que la satisfacción sexual femenina disminuía considerablemente cuando se trataba de sus creencias culturales; si bien es cierto no existió una disminución de la

satisfacción sexual antes del embarazo, las mismas creencias culturales disminuyeron la satisfacción sexual después del mismo (47).

- En cuanto a las creencias sociales se observa que, según las creencias de causarle daño al bebé, el 100% de las gestantes que si creen presentan un índice de función sexual bajo, mientras que el 32.2 % de las que no tienen dicha creencia, presentan un índice de función sexual bajo, existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Espitia (2020) quien encontró que el 81,45% de las gestantes tuvieron miedo de perjudicar la evolución del embarazo, 86,87% tuvieron miedo de herir al feto y 74,79% reportar haberse sentido vigiladas por el feto; motivo por el cual hubo una disminución con respecto a su función sexual (41). En otro estudio realizado por Sologuren y colaboradores (2020) encontró que 32.1% pensaban que tener relaciones durante el embarazo dañaba al feto, además encontró que un 55,5% creía que se podía tener relaciones hasta un mes antes del parto (44). En cuanto a las creencias sociales de complicaciones en el embarazo, se observa que el 100% de las gestantes que sí creen, presentan un índice de función sexual bajo, mientras que el 38.3 % de las gestantes que no creen, presentan un índice de función sexual alto, existiendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto es congruente con Mora (2019) que encontró que el 97.8 % de las gestantes tuvo la creencia que tener relaciones durante la gestación traería complicaciones durante el embarazo; esto demuestra que la creencia de sufrir complicaciones en el embarazo empeora progresivamente la función sexual (6), los mismos datos fueron incongruentes con Uzurriaga (2019) quien encontró que el 59.3% de las gestantes creían que el tener relaciones sexuales puede causar complicaciones en el embarazo y que además tuvieron Disfunción Sexual (24), respecto a las creencias en general se observa que las personas que tuvieron apego por alguna creencia, tuvieron además disfunción sexual; pero no fueron solo ellos los afectados por la disfunción sexual sino también las personas que no tuvieron ningún apego por creencia alguna, lo que nos lleva a pensar que posiblemente existan otros factores asociados a las creencias que puedan influir en la disfunción sexual.

- En cuanto a las frecuencias del Índice de la Función Sexual Femenina, se observa que el 77% de las participantes presentan una función sexual bajo. Estos resultados fueron congruentes a los encontrados por Gonzales (2016) quien encontró un 75.7% de disfunción sexual para las gestantes que tenían la creencia de que las relaciones durante el embarazo podrían perjudicar el parto y dañar al producto (34), los mismos también fueron congruentes con Espitia (2020) quien encontró un 71.66% de disfunción sexual entre las gestantes tomadas en cuenta para el estudio (41). En otro estudio dirigido por González (2022) encontró que la disfunción sexual estaba presente en un 73.6% en las pacientes que tenían mayor riesgo de trastornos psiquiátricos como depresión (4)
- Podemos observar que las características de la disfunción sexual fueron 67% bajo para deseo, 66% bajo para orgasmo, 67% bajo para satisfacción y 62% bajo para dolor. Esto es congruente con Burgos y Rivera (2020) quienes encontraron que el deseo, el orgasmo y el dolor fueron bajos para el 70% de las gestantes que presentaron Disfunción Sexual (48). En el estudio realizado por Espitia (2020) encontró el deseo estuvo disminuido en 71.94%, la satisfacción fue baja para el 79.38% de las gestantes; resultados que fueron congruentes con nuestro estudio, pero de igual manera encontró que el orgasmo fue bajo para el 39.79% de las gestantes y el dolor fue bajo para el 26.45% de las gestantes, resultados que no fueron congruentes con nuestro estudio (41).
- Según los factores relacionados al IFSF se observan los siguientes resultados. Según su edad, el 80.8% de las que tienen entre 28 y 32 años, presentan un índice bajo de función sexual. Esto es congruente con Bustos y colaboradores (2018) quien encontró un Índice de Función Sexual de 25.8% en gestantes entre los 28 y 34 años (14); en otro estudio dirigido por Gonzales y colaboradores (2016) describe la presencia de Disfunción Sexual en gestantes entre los 28 y 34 años de edad (34).
- Según su estado civil, el 80% de las casadas, presentan un índice bajo de función sexual, esto es congruente con Gonzales y colaboradores (2016) quien encontró un 84% de gestantes casadas quienes presentaron Disfunción Sexual, pero los mismos resultados no fueron congruentes con los encontrados por Diaz y colaboradores (2017) quien determinó que el 50% de las gestantes casadas no presentó Disfunción Sexual (5). Según su grado de instrucción se observa que, el 89.55% de las que son de nivel secundario, presentan un índice de función sexual bajo, mientras que el 55.5% de las que tienen grado superior, presentan un índice de función sexual alto.

Siendo una relación estadísticamente significativa, con un P valor menor a 0.05. Esto concuerda con González (2022), quien encontró que las gestantes con un grado de instrucción secundaria tuvieron 2.5 veces más riesgo de disfunción sexual en comparación con las gestantes que tuvieron un grado de instrucción superior, en el mismo estudio nos comenta que en contraste con otro trabajo; el cual consideraba a la educación como un factor protector para la disfunción sexual (42). Por otro lado, en el estudio de Ppocco y Choquehuanca (2022), encontraron que el 69.7% de las gestantes que tuvieron educación secundaria solamente tuvieron disfunción sexual (40), lo que nos llevó a pensar que a pesar que el grado de instrucción secundaria haya sido mayor entre las gestantes, en nuestro estudio se observó que el grado de instrucción superior demostró tener una relación directa con la disfunción sexual en gestantes, posiblemente por un mayor nivel de estrés y ansiedad relacionado a su trabajo.

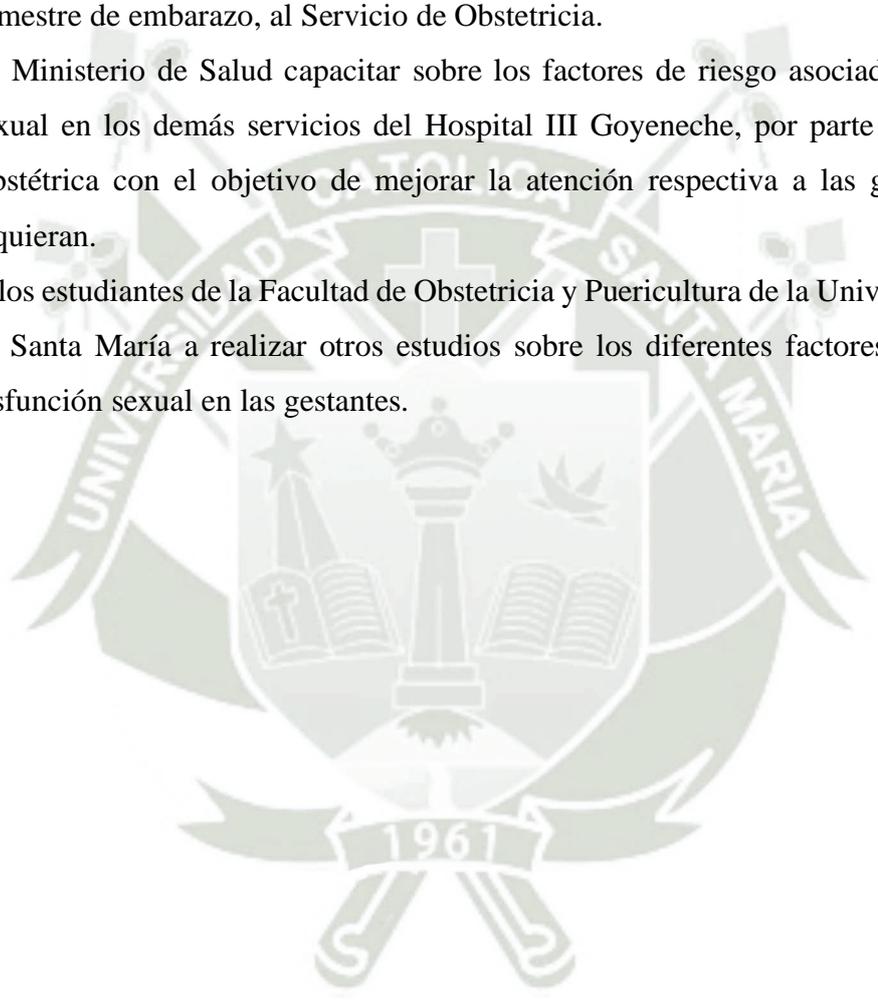


CONCLUSIONES

- PRIMERA: Tener un grado de instrucción superior demostró tener una fuerte relacionada con la disfunción sexual a pesar de que el grado de instrucción más frecuente fue el grado de instrucción secundaria.
- SEGUNDA. En los factores obstétricos en las gestantes que acuden al servicio de obstetricia fueron la edad gestacional entre 27 a 40 semanas, multípara y secundípara, las que no tuvieron privacidad en las relaciones sexuales, las que no tuvieron antecedente de aborto y finalmente de las que no tuvieron cambios sexuales durante el embarazo.
- TERCERA En las creencias que más importancia tuvieron en las gestantes que acuden al servicio de obstetricia fueron culturales, sociales tales como causar daño al bebe, complicaciones en el embarazo.
- CUARTA La frecuencia del índice de función sexual fue bajo en un 78% (disfunción sexual) y alto en un 25%.
- QUINTA. Las características principales de la disfunción sexual en gestantes fueron; deseo 67%, excitación 50%, lubricación 50%, dolor 62%, satisfacción 67% y orgasmo 66%.
- SEXTA. En los factores sociodemográficos el grado de instrucción superior fue el más importante, los factores obstétricos el IMC (obesidad) y la privacidad en las relaciones sexuales; y en las creencias fueron las creencias sociales (causar daño al bebe y complicaciones en el embarazo) y creencias culturales relacionados con la disfunción sexual en las gestantes.

RECOMENDACIONES

- Al equipo personal de consultorio externo del servicio de Obstetricia del Hospital III Goyeneche, promover charlas sobre cultura sexual durante el pre y el post embarazo para las gestantes en el Servicio de Obstetricia.
- Al personal de salud del servicio de Obstetricia del Hospital III Goyeneche implementar estrategias de seguimiento a las gestantes sobre todo durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, al Servicio de Obstetricia.
- Al Ministerio de Salud capacitar sobre los factores de riesgo asociados a disfunción sexual en los demás servicios del Hospital III Goyeneche, por parte del Servicio de Obstétrica con el objetivo de mejorar la atención respectiva a las gestantes que lo requieran.
- A los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María a realizar otros estudios sobre los diferentes factores asociados a la disfunción sexual en las gestantes.



REFERENCIAS

1. Romano S, Martins J, Aparecida I. Predictive Factors for the Risk of Sexual Dysfunction in Climacteric Women: Population-based Study. *J Sex Med.* (internet) 2022 (citado el 7 de junio de 2023) 19(10):1546-1552. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35931606/>.
2. Hidalgo P, Pérez S, Jiménez A. Factors Associated with Postpartum Sexual Dysfunction in Spanish Women: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med.* (internet) 2022 (citado el 7 de junio de 2023) 2;12(6):926. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9225642/>.
3. Fuchs A, Czech I, Sikora J. Sexual Functioning in Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health.* (internet) 2019 (citado el 7 de junio del 2023) 30;16(21):4216. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862185/>.
4. Vargas M. Conducta del embarazo función sexual. *Fertilab* (internet) 1974 (citado el 10 de abril 2023) Capítulo 7. Disponible en: http://www.fertilab.net/cientifico/libro_obstetricia_moderna/conducta_con_el_embarazo/capitulo_7-funcion_sexual_1.
5. Díaz V, Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Rev. chil. obstet. ginecol.* (internet) 2017 (citado el 11 de junio del 2023); 82(4): 386-395. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400386&lng=es.
6. Mora L. Estereotipos de genero asociados al deseo sexual en gestantes del Centro de Salud Carlos Elizalde 2018. Repositorio de Universidad de Cuenca. (Internet) 2019 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33003/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>.
7. Cedres S, Dartayete G. La sexualidad durante el embarazo. *Plenus.* (Internet). 2021 (citado el 10 de abril de 2023) Pág: 70-71. Disponible en: <https://drsantiagocedres.com.uy/wp-content/uploads/2020/10/La-sexualidad-durante-el-embarazo.pdf>.
8. Estrada L. Prácticas sexuales en las mujeres atendidas en el centro de salud 9 de octubre, Pucallpa, diciembre 2017. *Rep UAP* (internet) 2018 (citado el 8 de junio del 2023) Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/8358>.

9. Melissa N. Características de la respuesta sexual en mujeres del Hospital de Ventanilla 2018. Rep UAP (internet) 2018 (citado el 8 de junio del 2023) Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/8215>.
10. Olivares E, Montoya R, Arteaga A. Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020-2021. Rev Colomb Obstet Ginecol. (internet) 2021 (citado el 10 de abril del 2023) Tomo 30;72(4):368–76. Disponible en: <https://acortar.link/RVUpjJ>.
11. Mendoza L. Factores predisponentes a la disminución de la actividad sexual en gestantes atendidas del centro de salud Manzanares, 2017 – 2018. Rep de tesis UAP. (internet). 2018 (citado el 7 de junio del 2023). Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/8782>.
12. González I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. Rev cubana. (internet) 2001 (citado el 10 de abril del 2023) 17(5):497–501. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015.
13. Ordinola M, Barrena M, Gamarra T. Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). Arnaldoa [Internet]. 2019 [citado el 8 de junio del 2023]; 26(1): 325-338. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-32992019000100015&lng=es.
14. Bustos B, Perez V. Relacion entre factores psicosociales y el indice de funcion sexual femenina en poblacion rural de la comuna de Teno, Region Maule. ScienceDirect. (Internet) 2018 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533718300372>.
15. Pichucho C. Suquillo P. Actividad sexual y modificaciones de la misma en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los Centros de Salud Unión de Ciudadelas y Pío XII durante los meses de abril a julio de 2015. Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado. (internet). 2015 (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10246>.
16. Pettigrew A, Novick A. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. J Midwifery Womens Health. (internet) 2021 (citado el 8 de junio del 2023) 66(6):740-748. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8673442/>.

17. Maseroli E, Vignozzi L. Testosterone and Vaginal Function. *Sex Med Rev.* (internet) 2020 (citado el 8 de junio del 2023) 8(3):379-392. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434695/>.
18. Hill D, Taylor C. Dyspareunia in Women. *Am Fam Physician.* (internet) 2021 (citado el 8 de junio del 2023) 15;103(10):597-604. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983001/>.
19. Blumel J, Binfa L, Cataldo P. Índice de la función sexual femenina: una prueba para evaluar la sexualidad de la mujer. *Scielo* (internet) 2004 (citado el 8 de junio del 2023) Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>.
20. Oliveira C, Margarita S. Conductas sexuales de gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2013. *Repositorio Universidad Privada Norbert Wiener.* (internet) 2013 (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/83>.
21. Campo A, Herazo E. Novedades, críticas y propuestas del DSM 5; el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos. *Elsevier* (internet) 2018 (citado el 8 de junio del 2023) pág. 56-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-novedades-criticas-propuestas-al-dsm-5-S003474501630083X>.
22. Espitia J. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Rev. chil. obstet. ginecol.* (Internet). 2020 (citado el 10 de abril de 2023); Pág: 85(5): 537-548. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500537&lng=es.
23. Zagaceta Z. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio a septiembre 2015. *Cybertesis.* (internet) 2016 (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4731?show=full>.
24. Uzurriaga O. Factores relacionados a la disminución de la actividad sexual en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2019 Universidad Científica del Sur (internet); 2019 (citado el 10 de abril del 2023). Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12805/709>.
25. Vizcaíno A. Montero Y. Promoción de salud sexual y acciones para la prevención de disfunciones sexuales. *Gramgl* (internet) 2021 (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/download/190/124>.

26. Fuertes A, Gonzales E. La salud afectivo-sexual de la juventud en España. Revista de estudios de juventud [Internet], 2019 [citado el 10 de abril del 2023]. p.109-120. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf.
27. Vanegas B, Pabón M, Plata R. Contribución de la investigación a la educación en sexualidad para prevenir el embarazo en adolescentes. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2023 [citado 10 de abril del 2023];16(13):32-42. Disponible en: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/>.
28. Hernandez M, Programa Nacional de Educación y Salud Sexual. La Habana: CENESEX. Ministerio de Salud Publica, Cuba. (internet) 2021 (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/cenesex-educacion-integral-de-la-sexualidad-para-todas-las-personas/>.
29. Sánchez F, Pérez M, Borrás J. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Elsevier. (internet) 2004 (citado el 10 de abril de 2023) Pág: 15;34(6):286-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7669196/>.
30. Amorim L, Pereira C, Gomes R. Sexualidad y factores de riesgo asociados a las mujeres embarazadas. Scielo. (Internet). 2020 (Citado el 19 de julio del 2023). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bFjK4GHj8tTnRtvMLJGvM7n/?format=pdf&lang=en>.
31. Castillo M. Percepcion de cambios en la actividad sexual en gestantes del III trimestre; Hospital La Caleta, Chimbote, 2018. Repositorio Institucional Universidad San Pedro. (Internet). 2019 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/12480/Tesis_62579.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
32. Jaramillo M, Colonia T, Posada G. Factores asociados a la disfuncion sexual durante el embarazo: estudio multicentrico en la ciudad de Medellin. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cauca. (Internet) 2021. (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1626/1494>.
33. Malpartida E. Factores que intervienen en la disfuncion sexual en mujeres adultas centro de salud delicias de villa chorrillos noviembre 2020. Repositorio Institucional de la Universidad Privada San Juan Bautista. (Internet) 2021 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en:

- <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3002/T.%20%20TPLE%20-MALPARTIDA%20APARCO%20ESTHER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
34. Gonzales Y. Factores asociados a la disfuncion sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio – setiembre 2015. Cybertersis. (Internet). 2016. (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4731/Gonzales_yl.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
35. Jaramillo M, Colonia A, Posada A. Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca. (Internet) 2021 (Citado el 10 de abril del 2023) 23;23(1):15–22. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1626>.
36. Castro A, Geromel L, Mamede M. Prevalencia de disfunción sexual en primigestas en el municipio de Rio Branco, Acre, Brasil. Scielo. (internet). 2015. (citado el 10 de abril del 2023). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/T389pGxwPrWpMnDbbkNp6Sg/abstract/?lang=es>.
37. Ramos M, Rivera L, Sanchez L. Disfunción sexual femenina y factores que influyen durante la gestación. Una revisión sistemática en Sudamérica y Asia en la última década. Rev. Fac. Cien Med Univ Nac Cordoba (internet) 2022 (citado el 10 de junio de 2023) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9987313/>.
38. Ysla L. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio a septiembre 2015. CYBERTESIS. (internet) 2016, (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4731>.
39. Uzurriaga A. Factores relacionados a la disminución de la actividad sexual en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2019. Alicia. (internet) 2019 (citado el 10 de abril del 2023) Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/709>.
40. Ppocco Y, Choquehuanca K. Factores obstetricos asociados a la dispareunia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2022. Repositorio Institucional Universidad de Roosevelt. (Internet) 2022 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1158>.
41. Espitia F. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). Scielo. (Internet) 2020 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000500537&script=sci_arttext.

42. Gonzalez A. Factores asociados a la disfuncion sexual en mujeres climatericas. Repositorio Digital de la Universidad Privada Antenor Orrego. (Internet) 2022 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9739>.
43. Espitia F. Disfunciones sexuales en mujeres con obesidad en el Quindío (Colombia) 2016-2019. Estudio de prevalencia. Universitas Medica (Internet) 2021 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/62-3%20\(2021\)/231066999017/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/62-3%20(2021)/231066999017/).
44. Sologuren G, Linares L, Flores R. Ejercicio de la sexualidad en gestantes de tacna. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Dic [citado el 20 de julio del 2023]; 85(6):584-594. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600584&lng=es.
45. Jimenez A. Repercusion del proceso del parto en la salud sexual de la mujer. Universidad de Cordoba. (Internet) 2021 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <https://helvia.uco.es/handle/10396/21429>.
46. Monterrosa C, Ulloque C, Colón I. Resiliencia en gestantes adolescentes del Caribe colombiano: evaluación con la escala de Wagnild y Young. Iatreia [Internet]. 2019; 33(3):209-221. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180565303002>.
47. Brito P, Matute D. Frecuencia y factores de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres adscritas al centro de salud Carlos Elizalde, Cuenca Ecuador 2021. Repositorio Universidad de Cuenca. (Internet) 2021 (citado el 19 de julio del 2023) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/37171/1/trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>.
48. Burgos A, Rivera L. Disfuncion sexual femenina 6 meses post parto y su relacion con la episiotomia en dos Hospitales nivel IV en Bogota, 2020. Repositorio Universidad del Rosario. (Internet) 2020 (citado el 22 de julio del 2023) Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/ea0a8718-622b-448f-ae73-ae299e8d58b4/content>.

ANEXOS

ANEXO 1: PUNTAJE DE INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA

<i>PUNTAJE DE ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</i>					
<i>Dominio</i>	Pregun tas	Punt aje	Factor	Mínimo	Máximo
<i>Deseo</i>	1	1-5	0.6	1	6
	- 2			. 2	
<i>Excitación</i>	3	0-5	0.3	0	6
	- 6				
<i>Lubricación</i>	7-10	0-5	0.3	0	6
	11-13	0-5	0.4	0	6
<i>Orgasmo</i>	14-16	0-5	0.4	0	6
	17-19	0-5	0.4	0	6
<i>Satisfacción</i>				2	36
<i>Rango tota</i>					

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES ASOCIADOS A

DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ”

INVESTIGADORA: Daniela Lucia Chávez Pino

LUGAR: Hospital Goyeneche, Usted ha sido invitada a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar cuáles de los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden al Hospital Goyeneche.

PROCEDIMIENTOS: Esta investigación es altamente confidencial, por lo tanto, es anónima, para lo cual usted deberá llenar un cuestionario, donde nos permitirá saber los resultados de esta investigación. Este estudio es completamente voluntario.

CONSENTIMIENTO: Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprende los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del participante

Firma de la investigadora

Fecha

ANEXO 3: CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL.

Conteste las preguntas del siguiente cuestionario, cabe resaltar que todos los datos que consigne

en esta ficha son anónimos, por lo cual se le pide absoluta tranquilidad y sinceridad en sus respuestas.

DATOS SOCIOCULTURALES DE LA GESTANTE

1) Edad:

- 18 a 22
- 23 a 27
- 28 a 32
- 33 a 37
- 38 a 42

2) Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Conviviente

3) ¿Tiene usted privacidad para tener relaciones sexuales?

- Si
- N

4) Educación:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

DATOS BIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES

5) Índice de masa corporal:

- Normal
- Sobrepeso
- Obesidad

6) Paridad

- Nulípara
- Secundípara
- Multípara

7) Edad Gestacional:

- 1 a 13 semanas

- 14 a 26 semanas
- 27 a 40 semanas
- 8) Antecedentes de aborto
 - Sí
 - No
- 9) ¿Tuvo cambios sexuales durante el embarazo?
 - Sí
 - No

DATOS SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS GESTANTE

- 10) ¿Piensa que al tener o cuando tiene relaciones sexuales puede causar algún daño a su bebé?
 - Sí
 - No
- 11) ¿Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo?
 - Sí
 - No
- 12) ¿Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el parto?
 - Sí
 - No
- 13) ¿Su religión que profesa le ha impedido disfrutar de su vida sexual?
 - Sí
 - No
- 14) ¿Piensa usted que al tener relaciones sexuales podría afectar, su atractivo sexual, dar a luz a un niño deforme, morir durante el parto o un parto prematuro?
 - Sí
 - No

ANEXO 4: ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (The Female Sexual Function Index (FSFI) de Rosen y Cols en el año 2000)

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda

las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales. Marque sólo una alternativa por pregunta

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

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
 - a) Siempre o casi siempre
 - b) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - c) A veces (alrededor de la mitad)
 - d) Pocas veces (menos que la mitad)
 - e) Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - a) Muy alto
 - b) Alto
 - c) Moderado
 - d) Bajo
 - e) Muy bajo o nada

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

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - a) Sin actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - a) Sin actividad sexual
 - b) Muy alto

- c) Alto
 - d) Moderado
 - e) Bajo
 - f) Muy bajo o nada
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Muy alta confianza
 - c) Alta confianza
 - d) Moderada confianza
 - e) Baja confianza
 - f) Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible

- c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Poco difícil
 - f) No me es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre la mantengo
 - c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Poco difícil
 - f) No me es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- a) Sin actividad sexual

- b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Poco difícil
 - f) No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Muy satisfecha
 - c) Moderadamente satisfecha
 - d) Ni satisfecha ni insatisfecha
 - e) Moderadamente insatisfecha
 - f) Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- a) Sin actividad sexual
 - b) Muy satisfecha
 - c) Moderadamente satisfecha
 - d) Ni satisfecha ni insatisfecha
 - e) Moderadamente insatisfecha
 - f) Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- a) Muy satisfecha
 - b) Moderadamente satisfecha
 - c) Ni satisfecha ni insatisfecha
 - d) Moderadamente insatisfecha
 - e) Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
- a) Muy satisfecha
 - b) Moderadamente satisfecha
 - c) Ni satisfecha ni insatisfecha

- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- a) Sin actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- a) Sin actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- a) Sin actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

ANEXO 5: AUTORIZACION DEL TRABAJO Y MATRIZ DE DATOS

	EDAD	
	18 a 22	1
	23 a 27	2
	28 a 32	3
	33 a 37	4
	38 a 42	5
	ESTADO CIVIL	
	Casada	1
	Conviviente	2
	¿TIENE USTED PRIVACIDAD PARA TENER RELACIONES SEXUALES	
	Si	1
	No	2
	EDUCACION	
	Secundaria	1
	Superior	2
	INDICE DE MASA CORPORAL	
	Normal	1
	Sobrepeso	2
	Obezidad	3
	PARIDAD	
	Multipara	1
	Secundipara	2
	Multipara	3
	EDAD GESTACIONAL	
	1 a 13 semanas	1
14 a 26 semanas	2	
27 a 40 semanas	3	
ANTECEDENTES DE ABORTO		
Si	1	
No	2	
¿TUVO CAMBIOS SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO?		
Si	1	
No	2	
CREENCIA SOCIAL - Piensa que al tener o cuando tiene relaciones sexuales puede causar algún daño a su bebé		
Si	1	
No	2	
CREENCIA SOCIAL - Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo		
Si	1	
No	2	
CREENCIA SOCIAL - Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el parto		
Si	1	
No	2	
CREENCIA RELIGIOSA - Su religión que profesa le ha impedido disfrutar de su		
Si	1	
No	2	
CREENCIA CULTURAL - Piensa usted que al tener relaciones sexuales podría afectar, su atractivo sexual, dar a luz a un niño deforme, morir durante el parto o		
Si	1	
No	2	
Indice de función sexual femenina		
BAJO	1	
ALTO	2	

