

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



**FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ANTES Y DURANTE EL
EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2018**

Tesis presentada por las Bachilleres:
Gutiérrez Medina, Daniela Brigitte
Hurtado Rosas, Estefanía Arlet
Para optar el Título Profesional de:
Licenciada en Obstetricia

Asesora: Dra. Escobedo Vargas, Jannet

Arequipa - Perú

2018

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 31 de julio del 2018

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mg. Ricardina Flores Flores.....
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE: Md. Alfredo Rodríguez Zinanyuca.....
Md. Ramiro Rosado Samkander.....
Mg. Ricardina Flores Flores.....
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"Incidencia Sexual femenina antes y durante el embarazo en mujeres atendidas
en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2018."
.....
....."


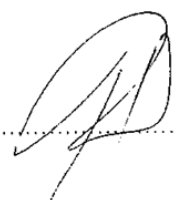
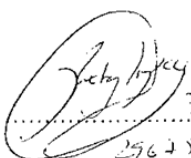
PRESENTADO POR:

Bach. Gutierrez Medina, Daniela Braggite.....
Bach. Hurtado Rosas, Estepanía Ariet.....

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado
BORRADOR DE TESIS, se da DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente,


.....

.....

.....
7670
25625415

A Dios, mi fuerza, mi protección, mi motivación para seguir adelante e iluminarme en cada etapa de mi vida.

A mi padre Daniel, por apoyarme y brindarme cada palabra de superación y ser mi ejemplo a seguir como gran profesional, por tener esa vocación de servicio y amar lo que hace, nunca partiste porque estas presente siempre, en mis pensamientos y en mi corazón, un abrazo hacia el cielo papá.

A mi madre Giovanna, por estar siempre a mi lado en mis buenos y malos momentos, por enseñarme valores y ser mi eterna consejera, admiro tu fortaleza.

A mi gran amiga Estefanía, por lograr juntas este gran paso.

A Alexandra y Vanessa, mis hermanas de corazón.

A Diego, mi cómplice, por confiar en mí y alentarme a seguir cuando las cosas se ponían difíciles.

A mi asesora y docentes por brindarme su apoyo y conocimientos.

A todas las personas que colaboraron con este trabajo de investigación.

Daniela

A Dios sobre todo, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y mi camino, por haberme permitido llegar hasta este momento de mi vida profesional.

A Jorge Alonso, mi ángel.

A mis padres Carmen y Fredy, pilar importante en mi vida, por su apoyo incondicional, su confianza y por su infinito y abnegado amor.

A Sofía, motor y motivo de cada uno de mis logros.

A mis abuelas, mujeres que admiro.

A Beatriz y Daniel, mis hermanos del alma.

A Daniela por su amistad y su compromiso para llevar a cabo esta investigación juntas y acompañarme en este camino tan lindo llamado Obstetricia.

A Henry, por enseñarme que el amor es fortaleza, es armonía, es felicidad, es gratitud, es paciencia, es belleza.

Estefanía



*Para cambiar el mundo, hace falta cambiar la forma de nacer.
Michel Odent*

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio buscó conocer la Función sexual femenina antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2018.

Materiales y métodos: Para tal fin se evaluó una muestra de 62 gestantes que acudieron para control del embarazo, en las que se aplicó el cuestionario de auto llenado de Índice de Función Sexual Femenina de Rosen para recabar datos sobre su vida sexual en el momento del embarazo y antes del mismo. Se compararon variables numéricas antes y después con prueba t pareada, y las variables categóricas con prueba chi cuadrado de McNemar.

Resultados: La edad promedio de las gestantes fue de 26.40 ± 5.34 años (rango: 18 - 41 años). El 25.8% fueron solteras, 54.8% convivientes y 19.3% casadas. La instrucción fue primaria en 8.06%, secundaria en 54.8%, y superior en 37.10%. En todas las fases de la respuesta sexual femenina los puntajes antes del embarazo fueron superiores a los registrados durante el embarazo ($p < 0.05$). En los dominios de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción no se encontró diferencia significativa antes y durante el embarazo. El nivel más alto de respuesta sexual se observó antes del embarazo en la lubricación (95.2%), comparado con 83.9% durante el embarazo. El componente más bajo fue en el orgasmo (8.1% antes del embarazo, 16.1% durante el mismo), aunque sin diferencias significativas ($p > 0.05$). El 80.6% de gestantes tuvieron altos niveles de función sexual antes del embarazo y 19.3% nivel medio sin embargo durante el embarazo el nivel alto disminuyó a 56.5% y el nivel medio con 38.7%, y un 4.8% con nivel bajo; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). Considerando el puntaje total, se encontró que el 9.6% de mujeres tuvieron signos de disfunción sexual antes del embarazo, y esta proporción subió a 24.19% durante el embarazo ($p < 0.05$).

Conclusiones: Se concluye durante el embarazo la función sexual disminuye y la proporción de disfunción sexual aumenta de manera significativa.

PALABRAS CLAVE: función sexual femenina – embarazo.

ABSTRACT

Objective: The present study sought to know the female sexual function before and during pregnancy in women treated at the Hospital Regional Honorio Delgado, 2018.

Materials and Method: For this purpose, a sample of 62 pregnant women who attended for pregnancy control, in which the questionnaire was applied, was evaluated. of self-filling Rosen Female Sex Function Index to collect data on their sex life at the time of pregnancy and before it. Numerical variables before and after were compared with paired t-test, and categorical variables with McNemar's chi-squared test.

Results: The average age of the pregnant women was 26.40 ± 5.34 years (range: 18 - 41 years). 25.8% were single, 54.8% were married and 19.3% were married. Instruction was primary in 8.06%, secondary in 54.8%, and superior in 37.10%. In all phases of the female sexual response scores before pregnancy were higher than those recorded during pregnancy ($p < 0.05$). In the excitation, lubrication, orgasm and satisfaction domains, no significant difference was found before and during pregnancy. The highest level of sexual response was observed before pregnancy in lubrication (95.2%), compared to 83.9% during pregnancy. The lowest component was in orgasm (8.1% before pregnancy, 16.1% during pregnancy), although without significant differences ($p > 0.05$). 80.6% of pregnant women had high levels of sexual function before pregnancy and 19.3% medium level, however during pregnancy the high level decreased to 56.5% and the average level with 38.7%, and 4.8% with low level; the differences were significant ($p < 0.05$). Considering the total score, it was found that 9.6% of women had signs of sexual dysfunction before pregnancy, and this proportion increased to 24.19% during pregnancy ($p < 0.05$).

Conclusions: It is concluded that sexual function decreases during pregnancy and the proportion of sexual dysfunction increases significantly.

KEY WORDS: female sexual function - pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad del ser humano es un fenómeno complejo, que varía en función a múltiples factores como el sexo, la edad, momento del ciclo reproductivo, y por factores sociales, que no guardan similitud con el comportamiento sexual de otras especies cercanas como los primates u otros mamíferos.

Dentro de la evolución del ser humano, la función sexual ha cobrado gran importancia para el proceso de sobrevivencia como especie, pero también como motor que ha impulsado la evolución de diversos factores culturales. Es así que en muchas sociedades hablar de la sexualidad se convierte en un “tabú”, y mucho más en algunas sociedades en la que el papel de la sexualidad femenina queda relegada a un segundo plano.

Como la mujer es la responsable biológicamente del desarrollo del embarazo, su función sexual puede experimentar cambios importantes desde la pubertad, la vida adulta y luego en la postmenopausia; durante la etapa fértil, es justamente la consecución del embarazo el logro de la evolución biológica de la función sexual. (8) La sexualidad sufre también modificaciones importantes durante el embarazo y poco después de culminado el mismo, hasta normalizar los cambios que permitan reiniciar el ciclo reproductivo.

Consideramos que es de gran importancia el conocer cómo es que varía la función sexual femenina en la etapa del embarazo y puerperio en relación a la etapa interreproductiva, puesto que se tejen muchas ideas que no tienen siempre sustento en investigaciones serias. Es justamente la escasez de estudios al respecto lo que motivaron la realización del presente proyecto.

Por ello el presente estudio busca establecer diferencias en la función sexual femenina antes y durante el embarazo, lo que permitirá realizar recomendaciones acerca del manejo de la sexualidad en esta importante etapa de la vida de la mujer.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEORICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Enunciado del Problema	2
1.2. Descripción del Problema.....	2
1.3. Justificación del problema	4
1.4. Objetivos.	5
1.5. Hipótesis.....	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Función sexual	6
2.2. Sexo y sexualidad	9
2.3. Funciones de la Sexualidad	10
2.4. Dimensiones de la sexualidad:.....	11
2.5. Sexualidad Femenina	12
2.6. Gestación y Sexualidad	15
2.7. Efectos de la actividad sexual en el embarazo	21
2.8. Análisis de antecedentes investigativos.....	23
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	26
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	27
2. Campo de verificación.....	29
3. Estrategia de Recolección de datos.....	31
4. Estrategia para manejar los resultados.....	33
CAPÍTULO III: RESULTADOS	34
Conclusiones	48
Sugerencias.....	49
BIBLIOGRAFÍA	50

ANEXOS	52
Anexo 1. Consentimiento informado.....	53
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	54
Anexo 3: Ubicación geográfica del Hospital Honorio Delgado.....	58
Anexo 4: Autorización.....	59
Anexo 5: Matriz de Datos.....	60





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

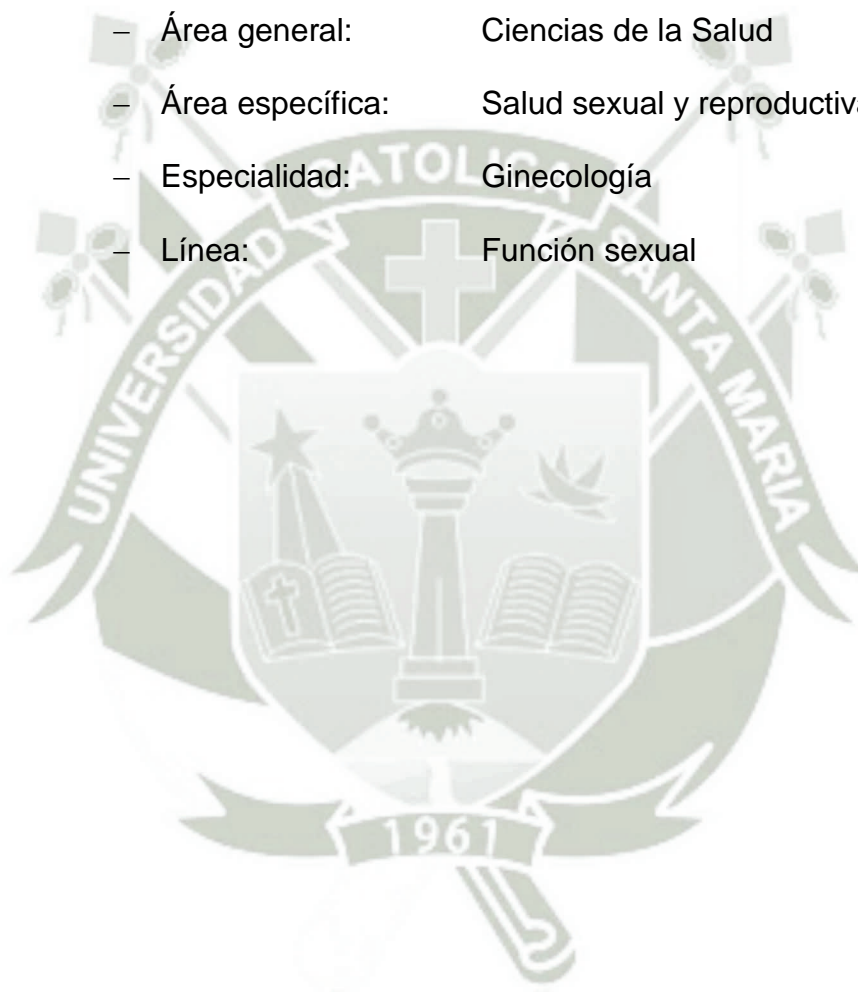
1.1. Enunciado del Problema

Función sexual femenina antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2018.

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Salud sexual y reproductiva
- Especialidad: Ginecología
- Línea: Función sexual



b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Sub indicador
Variables		
Función sexual femenina antes de la gestación	Índice de función sexual femenina, Rosen	Score Deseo
		Score Excitación
		Score Lubricación
		Score Orgasmo
		Score Satisfacción
		Score Dolor
		Con alteración de la función sexual femenina
Función sexual femenina durante la gestación	Índice de función sexual femenina, Rosen	Score Deseo
		Score Excitación
		Score Lubricación
		Score Orgasmo
		Score Satisfacción
		Score Dolor
		Con alteración de la función sexual femenina
Variables intervinientes		
Característica de la mujer	Edad	Años
	Estado civil	Soltera, conviviente, casada, separada
	Nivel de instrucción	Primaria, secundaria, superior
	Paridad previa	Nulípara, primípara, múltipara, gran múltipara

c) Interrogantes básicas

- ¿Cómo es la función sexual antes del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado?
- ¿Cómo es la función sexual durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado?
- ¿Existen diferencias en la función sexual antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado?

d) Tipo de Investigación

La presente investigación es un estudio de campo.

e) Nivel de investigación.

Se trata de un estudio descriptivo-comparativo.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio está dirigido a establecer diferencias en la función sexual antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el hospital regional Honorio Delgado durante el 2018. No hemos encontrado investigaciones similares al respecto, por lo que el tema es original.

Tiene relevancia científica porque se estudian los cambios de los componentes de la conducta sexual en el ser humano como ente biológico. Tiene relevancia social, puesto que la sexualidad femenina es un componente importante de la vida de la mujer en edad fértil, y cobra gran relevancia en los últimos tiempos, en los que se le da un renovado valor para lograr igualdad de género y mejorar la calidad de vida de las mujeres. Tiene relevancia práctica porque se identificará el momento en que aparezcan alteraciones de la función sexual durante el embarazo, o si ésta mejora o empeora con el mismo, para poder realizar recomendaciones de manejo de este componente de la vida de la mujer.

El estudio es contemporáneo ya que se da cada vez más importancia a la sexualidad femenina como forma de lograr igualdad de género en la sociedad.

El estudio es factible de realizar por tratarse de un diseño prospectivo con un instrumento validado y de fácil aplicación y porque se ha conversado con pacientes del hospital regional Honorio Delgado y si aceptarían colaborar con el presente estudio.

Además de satisfacer la motivación personal de realizar una investigación en la especialidad de la ginecología, lograremos una importante contribución académica al campo de la sexualidad, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en obstetricia, cumplimos con las políticas de investigación de la universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

1.4. Objetivos.

- 1) Conocer la función sexual antes del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado.
- 2) Conocer la función sexual durante del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado.
- 3) Establecer diferencias en la función sexual antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado.

1.5. Hipótesis.

DADO QUE antes del embarazo y durante este, se producen cambios anatómicos, hormonales y funcionales en el aparato reproductor femenino, ES PROBABLE que la función sexual femenina varíe de manera significativa antes y durante el embarazo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Función sexual

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana. Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. Trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual. (2)

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción. (2)

Rosen y cols, desarrollaron un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó “Índice de Función Sexual Femenina” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina. (2) En estos últimos años, la sexualidad ha pasado desde los confines de las discusiones privadas en susurros a una presencia aceptada en casi todos los dominios públicos adultos. Sin embargo, hablar seriamente acerca de temas específicos de sexualidad aún genera ansiedad en la mayoría de personas. Esta incomodidad trasciende a los

médicos y a sus pacientes en el contexto clínico, lo que genera un vacío significativo en la asistencia médica global. (3)

De acuerdo con la OMS, el mantenimiento de la salud sexual está entre las responsabilidades de los médicos. En el año 2000, la OMS en conjunción con la OPS, publicó un documento titulado “Promoción de la Salud Sexual” que incluye la definición de salud sexual actualmente aceptada: “La salud sexual, es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicosocial y sociocultural en relación con la sexualidad. La salud sexual se evidencia por la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que proporcionan bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No se trata meramente de la ausencia de disfunción, enfermedad o debilidad”. (3)

Para obtener y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y potencien los derechos sexuales y según refiere (Kingsberg & Janata,) en su aporte a la OMS, estos derechos incluyen: derecho a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad sexual, a la privacidad, equidad sexual, al placer sexual, a la expresión sexual - emocional, a la libre asociación sexual, a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y finalmente el derecho a la atención de la salud sexual. Por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados e irrenunciables. (4)

Así planteado, el estudio de la sexualidad en la mujer representa un campo muy amplio de exploración, debido a que la función sexual y su ejercicio es compleja y se ve influenciada por una multitud de factores físicos, hormonales y socio-culturales entre otros. Lo llamativo es que a esta temática, hasta hace poco, se le había dedicado muy poca investigación. Es por esto que el presente trabajo trata de evaluar la función sexual antes y durante el embarazo. (4)

Alteraciones de la función sexual son variadas y dependen de la afectación de sus componentes (por ejemplo: trastornos del deseo, excitación y orgasmo, entre otros) y su aparición no es despreciable; así,

en las mujeres la disfunción sexual es más prevalente (43%) que en el hombre (31%) y de esta disfunción, los trastornos más comunes son el deseo sexual hipoactivo (87%), seguido por los trastornos del orgasmo (83%), lubricación inadecuada (5%) y trastorno de dolor sexual (72%) (dispareunia, vaginismo) entre los más importantes. Hay que anotar que la ausencia de una clasificación diagnóstica bien caracterizada de la disfunción sexual de la mujer, ha representado una limitación a los avances en este ámbito. Sin embargo, se han descrito clasificaciones que incluyen: El Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), el Manual Diagnóstico y Estadístico de enfermedades mentales quinta Edición (DSM-5) y la clasificación oficial de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES). (5)

2.1.1. Evaluación de la Función Sexual

Evaluación de la Función Sexual a. Índice de función sexual femenina (IFSF): en el volumen 26 del Journal of Sex & Marital Therapy del año 2000 se publicó por primera vez el artículo denominado: "The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function" cuyo Autor fue: R. Rosen y compañía en la que presentan el desarrollo de un instrumento para la medición de la Función Sexual Femenina. Fue un estudio de casos y controles en la que se evaluó a 131 mujeres sin patologías y 128 con alguna afectación o desorden en la función sexual. Este estudio desarrolló un cuestionario corto, válido y confiable para la autoevaluación de la Función Sexual Femenina, el cual debiera ser administrado con facilidad a las mujeres cubriendo un amplio rango de edad, incluyendo mujeres post-menopáusicas. (12)

Este cuestionario posee 19 preguntas que evalúan 6 dominios de la Función Sexual: El deseo, La excitación subjetiva, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y discomfort. Luego de pasar por las diferentes etapas para la validación de un instrumento se obtuvo

un cuestionario accesible y psicométricamente válido, que diferencia adecuadamente entre la disfunción sexual objetiva y subjetiva que puede ser usado posteriormente en diferentes áreas de investigación. Este instrumento fue validado en población chilena en el año 2004 con el trabajo “Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer”, también fue aplicado en otros países de Latinoamérica. (12)

2.2. Sexo y sexualidad

El vocablo sexo comprende varios conceptos, cuya expresión se encuentra en la misma persona:

- a. **El sexo genético o cromosómico.** En tanto que el óvulo de la madre, siempre portador de un cromosoma X, sea fecundado por un espermatozoide paterno que lleve, a su vez, otro cromosoma X, o bien uno Y, tendremos un embrión XX, femenino, o uno XY, masculino; de la presencia de uno u otro cariotipo depende o no que se encuentre o no la cromatina nuclear. Sin preguntarnos nuestros propios deseos o preferencias se determinan, al menos genéticamente este sexo. externos, que en mayoría de los casos sin ninguna dificultad, permite que se nos asigne desde el nacimiento un género que expresa con el nombre masculino o femenino, o con el apelativo de niño o niña que se nos dé. Con los progresos técnicos esto es posible hoy en día desde la vida intrauterina. (3)
- b. **El sexo anatómico.** Última fase anatómica de la evolución de la sexualidad caracterizada por la aparición de las diferencias morfológicas masculinas o femeninas. (3)
- c. **El sexo fisiológico.** Además de la constitución genética y de la anatómica, la presencia de las gónadas masculinas testículos, o de las gónadas femeninas ovarios y el predominio hormonal de andrógenos o de estrógenos determinan un funcionamiento orgánico y unos caracteres sexuales secundarios propios del varón

o la mujer. Algunos autores dividen este sexo en gonadal y hormonal respectivamente. (3)

- d. **El sexo psicológico.** Lo constituye el sentido de ser varón o mujer, el sentirse macho o hembra del género humano. En la formación de este sentido influyen, sin duda, el sexo anatómico, el fisiológico, el comportamiento y los mensajes de quienes rodean al nuevo ser, especialmente los padres o quienes cumplan su papel. El núcleo de esta identidad sexual se consolida entre los dieciocho y los treinta seis meses de edad para algunos investigadores, entre los tres y los cinco años para otros, y se reafirma durante la adolescencia. (3)
- e. **El sexo social.** Consiste en aprender y asumir los papeles que la cultura asigna a uno u otro sexo, a uno u otro modo de ser en el mundo. Los padres transmiten paulatinamente dichos papeles al hijo desde la más tierna edad de este, desde los primeros contactos con el ambiente extrauterino. El sexo social implica, también unas conductas y unas maneras de responder que pueden estar de acuerdo o no con los sexos previamente citados. Es obvio que los tres primeros sexos son normalmente determinados, por así decirlo, desde la concepción; en cambio, el psíquico y el social son aprendidos y pueden estar de acuerdo con los anteriores o, por el contrario, en completo desacuerdo. (3)

La sexualidad es la integración y expresión de los cinco sexos en una persona humana (genético, anatómico, fisiológico, psicológico, social). (3)

2.3. Funciones de la Sexualidad

- Sexualidad como expresión de vida: A través de la sexualidad el ser humano satisface sus necesidades de dar y recibir amor y de perpetuarse en los hijos. La dimensión psicológica de la sexualidad se expresa en los intereses, sentimientos, deseos, valores e ideales de la persona. La

reproducción es una parte de la dimensión sexual y del amor de la pareja, materializada en forma voluntaria consciente en los hijos. (6)

- Sexualidad como comunicación e interacción afectiva: La sexualidad orientada por el amor adquiere verdadera calidad humana y se evidencia en la felicidad y el bienestar del otro, sin que suponga la pérdida de la identidad personal. Amar es mostrarse en confianza, amistad, dulzura entre dos. (6)

Capacidad de goce sexual son importantes valores humanos que deben acompañarse con la máxima responsabilidad. La sexualidad es afecto, gozo, alegría y satisfacción; por lo tanto, es una posibilidad de desarrollo personal. (6)

2.4. Dimensiones de la sexualidad:

El comportamiento sexual se da en tres dimensiones:

- **BIOLOGICA:** Comprende las bases anatómicas y fisiológicas que diferencian a los seres humanos varones y mujeres, y cuya función es fundamentalmente reproductiva. Todo ser humano con un sexo definido. (4)
- **PSICOLÓGICA:** Es la vivencia en cuanto al pensar, sentir y actuar como varón o como mujer, que se logra a través de mensajes y conductas sexuales que se perciben durante toda la vida y en relación con otros seres humanos. (4)
- **SOCIAL Y CULTURAL:** Es la respuesta del ser humano frente a valores y normas establecidos, que reflejan comportamientos aprendidos a través de procesos de socialización, en contacto con su familia y otros grupos humanos o por influencia de la educación, de los medios de comunicación o de otros agentes. En este sentido, la imagen del padre y la madre juega un papel muy importante en la formación de la identidad personal. (4)

2.5. Sexualidad Femenina

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad. En un estudio reciente se ha descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. (5)

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana. Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual. Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual. (5)

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción. (5)

2.5.1. Fases de la Respuesta sexual femenina

Frente a un estímulo de tipo sexual, el ciclo de la respuesta humana recorre en la mujer, al igual que en el hombre las etapas de:

- a) excitación
- b) meseta

- c) orgasmo
- d) resolución

a) Fase de Excitación

Se observa:

- Lubricación vaginal por dilatación de los vasos sanguíneos perivaginales y extravasación de líquidos a través de las paredes de la vagina.
- Los dos tercios internos de la vagina se alargan y distienden preparándose para recibir el pene.
- El útero se eleva, tirando de la vagina y haciéndola mucho más voluminosa.
- Por acumulación de sangre, las paredes vaginales se vuelven de color rojo oscuro.
- Los labios menores se congestionan y aumentan de tamaño.
- Adelgazamiento, aplastamiento y retracción de los labios mayores para permitir el acceso del pene.
- El clítoris se dilata.
- Los músculos se tensan.
- Muchas mujeres contraen el esfínter rectal para aumentar la estimulación.
- Se produce erección de los pezones por acumulación de suero sanguíneo.
- Dilatación de las glándulas mamarias.
- Rubor sexual en pechos y senos

b) Fase de Meseta

- El tercio externo de la vagina por congestión sanguínea venosa disminuye su abertura formando la "plataforma orgásmica"
- Los labios menores aumentan su congestión variando de color al rojo tinto. Esta es una de las variaciones fisiológicas más expresivas.
- El clítoris se retrae, colocándose en posición inaccesible debajo del capuchón del clítoris.
- El rubor sexual se difunde al pecho, abdomen etc. Es la respuesta sexual de la piel.

c) Fase Orgásmica

- La respiración aumenta tres veces más.
- Las pulsaciones cardiacas, aumentan al doble.
- La presión sanguínea aumenta.
- Se tensan los músculos del cuerpo.
- Se producen contracciones rítmicas de la vagina, que se originan en la plataforma orgásmica, en el tercio exterior de la vagina. Dicha plataforma se contrae rítmicamente con intervalos de 0,8 segundos y en número de tres a quince.
- El útero se contrae al mismo tiempo que las contracciones vaginales.
- En ocasiones se producen contracciones del esfínter rectal exterior.

Existen variantes entre las mujeres en esta fase e incluso en una misma mujer en distintas ocasiones. A veces el orgasmo comienza con una contracción espástica de la vagina que dura de 2 a 4 segundos y luego es seguida por contracciones repetidas. Fisiológicamente, el orgasmo es la liberación del

espasmo muscular y de la ingurgitación de los vasos sanguíneos, producidos por estimulación sexual. Subjetivamente, representa el punto álgido del placer físico que proporciona la experiencia. (5)

Se ha demostrado fehacientemente la falsedad de la existencia de dos orgasmos diferentes: el clitoridiano y el vaginal. Un orgasmo es un orgasmo. No hay dos tipos diferentes de orgasmo. La observación directa de las reacciones del clítoris y de la vagina, demuestra que las contracciones orgásmicas se producen en la vagina y en el útero, sea cual fuere la zona erótica estimulada o la técnica utilizada. (5)

d) Fase de Resolución:

Desaparición de la oleada de rubor e hinchazón en los pezones y glándulas mamarias. El cuerpo se representa cubierto de sudor. El clítoris que se había retraído recupera su posición normal. Si éste se ha dilatado vuelve a su forma primitiva. Desaparece la plataforma orgásmica ampliándose la abertura vaginal. Los labios mayores y menores retornan rápidamente a su tamaño normal. Desaparece la vasocongestión sanguínea pelviana. Desciende el cérvix, y los dos tercios internos de la vagina pierden su distensión. Desaparece el espasmo muscular. (5)

2.6. Gestación y Sexualidad

La mujer carga casi todo el peso del embarazo sobre el diafragma pélvico, con compresión e isquemia de los músculos por la presentación, distensión y eventual ruptura de fibras de tejido conectivo, laxitud articular, y distensión de fibras nerviosas con denervación secundaria. (9)

En la función sexual, como en toda actividad humana influyen muchos factores, sobre todo los socioculturales, los hábitos y las experiencias previas. Las parejas jóvenes, que se percatan de una primera gestación

generalmente deseada y consultan dentro de las primeras 4-6 semanas del último período menstrual y que cursa sin las molestias típicas del embarazo, como pirosis, náuseas y vómitos, que suele aquejar respectivamente el 50-75%, 16% y el 7% de las gestantes y con ausencia o escasa somnolencia y cansancio, sólo desean que el médico les confirme la permisibilidad e inocuidad de esta función, que ellos consideran como parte de la vivencia en pareja y desean realizarla, si esto no entraña peligro para la mujer y el embarazo. (9)

Generalmente la mayor demanda de consejería sobre la conveniencia de realizar o abstenerse de la función sexual durante el embarazo, suele provenir de primigrávidas de 30 o más años o de mujeres cuyos compañeros son mayores de 40 años, de multigestas con patología obstétrica previa y de parejas que han logrado una gestación después de algún período de esterilidad involuntaria. (9)

2.6.1. Cambios específicos de la respuesta sexual en el embarazo

En el apartado anterior se han descrito algunos cambios fisiológicos que se producen en el embarazo en las distintas fases de la respuesta sexual y que pueden, por tanto, modificar esta respuesta. (7)

La mayoría de los autores coinciden en que la actividad sexual, el deseo, la satisfacción y la frecuencia coital y orgásmica presentan una disminución progresiva a lo largo del embarazo en comparación con el estado pregestacional. Según diferentes autores, esta disminución del deseo sexual puede afectar entre un 58 y un 72% de las gestantes. (7)

De forma paralela, puede existir una persistencia e incremento de las actividades manipulativas alternativas al coito como masturbación, besos, caricias, estimulación mamaria, sexo oral o anal, de un 11%, 19% y 43% en el primer, segundo y tercer trimestres respectivamente, con relación al 5% pregestacional, aunque en algunos casos esta actividad puede verse reducida. En esta etapa además las mujeres

suelen tomar la iniciativa de la actividad sexual con menor frecuencia que antes del embarazo. (16)

Estos cambios parecen estar influenciados por la sexualidad previa al embarazo, como se ha descrito en diferentes estudios. De forma que las parejas que manifiestan una buena sexualidad previa al embarazo, la siguen manteniendo durante el embarazo. Siendo el primer trimestre el que parece condicionar la sexualidad que se mantiene en el resto del embarazo. (17)

Los cambios físicos y hormonales pueden modificar de forma especial la respuesta sexual.

Durante la *fase de excitación*, la vasocongestión existente en el embarazo se suma a la congestión vascular propia de esta fase, lo que puede provocar irritación y dolor en las mamas durante la relación sexual, sobre todo en el primer trimestre y en mujeres nulíparas. Del mismo modo ocurre con la lubricación vaginal, que aparece incrementada durante la gestación, siendo algo dolorosa al inicio, como describieron Master y Johnson. (1)

En la *fase de meseta*, la vasocongestión de la porción externa vaginal está muy aumentada en la mujer gestante en comparación con la no gestante y la reducción del diámetro vaginal se hace mayor a medida que avanza el embarazo. (1)

Durante la fase orgásmica se producen contracciones uterinas de mayor intensidad en las mujeres gestantes, que pueden asociarse a una pérdida involuntaria de orina, e incluso a eyección láctea, debido al aumento de secreción de oxitocina durante el orgasmo. (1)

La *fase de resolución* es molesta en la mujer embarazada con respecto a lo no gestante, ya que la congestión pelviana disminuye con mayor lentitud. En ocasiones existe una congestión tan marcada que puede impedir el orgasmo, aumentando la tensión sexual y el sentido de frustración. Para algunos autores esto podría justificar el dolor y la falta de confort en gestantes durante las relaciones sexuales, causando una disminución de la frecuencia coital. (1)

2.6.2. Influencia del tiempo de gestación

Se ha descrito una ligera disminución del interés sexual durante el primer trimestre del embarazo, seguido por un patrón variable de conducta en el segundo y por un descenso marcado en el período final de la gestación, llegando incluso a niveles definidos como disfunción sexual. (8)

a) Primer Trimestre

En los tres primeros meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante la gestación y a asumir el rol de padres. Los cambios hormonales provocan un estado de labilidad emocional, por lo que la mujer demandará más atención y demostración de afecto por parte de la pareja. Debe tenerse en cuenta que muchas mujeres requerirán realizar un esfuerzo mayor para mantener el ritmo sexual usual como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, repugnancia a alimentos y olores, astenia y otras molestias propias de esta etapa, como sialorrea, cefaleas, somnolencia e hipersomnia. Se describe con frecuencia una falta de confort debido al aumento del útero gestante, que impide la movilidad y el desplazamiento adecuado durante el coito. No debemos olvidar la presencia del feto, que puede adoptar la figura de intruso o de una tercera persona, provocando en ocasiones en la pareja inseguridad o miedo a dañarlo. (8)

El deseo sexual presenta una respuesta variable al inicio de la gestación. Según Master y Johnson, el 76% de las mujeres primigestas presentan una disminución del deseo y de la satisfacción sexual, así como de la frecuencia de relaciones. Sin embargo, la mayoría de gestantes con un parto anterior no manifiestan cambios. El deseo puede presentar una disminución al principio, en relación a las modificaciones físicas y miedos al inicio

del embarazo, intensificándose al final del trimestre, por la confirmación del desarrollo normal de la gestación. (8)

Además, existe una importante respuesta vasocongestiva en la pelvis y los genitales por el efecto hormonal, que contribuye a una excitación más rápida y a un aumento de lubricación vaginal, que permiten la penetración y el alcance del orgasmo con mayor rapidez que lo habitual. También se ha descrito un mayor desarrollo de la plataforma orgásmica con obstrucción del tercio externo de la vagina por lo que los orgasmos pueden ser más intensos y frecuentes. (8)

Un síntoma característico de esta etapa es el aumento de la sensibilidad mamaria que puede llegar a ser dolorosa, con aumento de tamaño y tumefacción de la areola y el pezón. Muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, pero el dolor desaparece, por lo que la excitación es mayor.

b) Segundo Trimestre

Se mantienen los cambios observados en la etapa anterior, aunque muchas mujeres manifiestan que el deseo sexual aumenta, apareciendo un creciente interés por la actividad coital y manipulativa, ya que generalmente los miedos disminuyen en esta etapa respecto a las otras dos y existe mayor bienestar porque se alivian o desaparecen las molestias físicas. En algunos casos puede aparecer temor a perder el embarazo cuando la gestante comienza a notar los movimientos fetales. (18)

La vasocongestión genital durante la fase de excitación puede llegar a ser tan intensa en esta etapa que la luz vaginal se reduce en un 75%, según describieron Master y Johnson. La vagina está más lubricada en esta etapa y esto favorece la penetración, por lo que existe una mayor satisfacción. (18)

Aunque la frecuencia y la intensidad del orgasmo disminuyen a medida que transcurre el embarazo, una mayor congestión

pelviana y genital en este momento va a favorecer el orgasmo, aumentando así la calidad de la vivencia orgásmica. Hay mujeres que experimentan su primer orgasmo u orgasmos múltiples durante el segundo trimestre del embarazo debido a esta importante vasocongestión pelviana. También es característico que en la fase de resolución, el alivio post orgásmico sea más lento y transitorio. (18)

c) Tercer Trimestre

En esta etapa se ha descrito una importante disminución del deseo sexual en la mayoría de mujeres, generalmente debido a exigencias físicas, dado el volumen que adquiere el abdomen materno y la sensación de pesadez, al cese de actividad sexual por indicación médica en algunos casos, o por aspectos psicológicos, como que la gestante tenga una visión distorsionada de su propio cuerpo y de los cambios corporales que sufre en esta etapa avanzada del embarazo, que le pueden hacer pensar que es poco o nada atractiva para su pareja. (15)

Hay un aumento en los cambios experimentados en el trimestre anterior y las sensaciones vividas durante el orgasmo disminuyen considerablemente. Durante el estímulo sexual o, más a menudo, durante el orgasmo pueden aparecer contracciones uterinas intensas que provocan en la pareja un estado de ansiedad por temor a un parto pre término o a una rotura prematura de membranas y que no parecen ser más peligrosas que las que habitualmente se sienten de forma espontánea cerca del término del embarazo, pudiendo resultar beneficiosas para preparar el útero a las exigencias del parto. (15)

Masters y Johnson observaron que en la mujer embarazada en el último trimestre y, sobretodo, en las últimas cuatro semanas de gestación, el músculo uterino durante el orgasmo se contrae en forma de espasmo tónico. Estas contracciones se caracterizan por

durar un minuto y pueden observarse hasta media hora después.

(15)

2.7. Efectos de la actividad sexual en el embarazo

La influencia de la actividad sexual en la evolución del embarazo ha sido descrita ampliamente en la literatura. De manera que algunos estudios muestran que la actividad coital durante la gestación puede ser peligrosa tanto para la salud de la embarazada como la del feto en circunstancias determinadas, con mayor riesgo de parto pre término, rotura de membranas, hemorragia, enfermedad inflamatoria pélvica, embolia gaseosa o alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. (10)

Entre las diferentes teorías, se ha propuesto que el principal peligro de las relaciones sexuales durante el embarazo es el coito como riesgo primario, dejando el orgasmo en un rol secundario. El mecanismo sugerido es que el coito promueve infecciones y amnioniotis, que provocan rotura prematura de membranas y parto pretérmino. También se propone que el semen juega un papel importante favoreciendo el crecimiento bacteriano y aportando prostaglandinas adicionales, al igual que la presión del pene sobre el cuello uterino en el embarazo avanzado, que puede asimismo liberar prostaglandinas. Otro elemento que participa en esta teoría es que el orgasmo puede desencadenar contracciones uterinas dolorosas y prolongadas, lo que aumenta la posibilidad de que las membranas dañadas previamente se rompan bajo el aumento de presión provocada por la contracción uterina. (10)

Sin embargo, otros autores no han podido demostrar esta relación, incluso han determinado un papel protector de las relaciones sexuales sobre el parto pretérmino, encontrando una mayor asociación de la actividad sexual con el parto a término que con el pretérmino. (10)

Asimismo, se han descrito casos de embolia gaseosa durante el embarazo y el postparto, aunque muy poco frecuentes, como consecuencia del coito o de la insuflación intravaginal de aire durante el contacto orogenital, produciéndose el paso de aire desde la vagina hasta los vasos uteroplacentarios, que se encuentran muy dilatados en esta etapa. (13)

En lo que la mayoría de autores parecen estar de acuerdo, es que existen situaciones especiales durante la gestación en las que las relaciones sexuales podrían ser consideradas como prácticas de riesgo y estar contraindicadas. Esto ocurre en el caso de algunas patologías obstétricas y maternas. (13)

Así, se consideran contraindicaciones absolutas el sangrado vaginal no filiado (amenaza de aborto, metrorragia del segundo y tercer trimestre), la placenta previa, la dilatación cervical en la gestación preterminal y la rotura prematura de membranas preterminal. Como contraindicaciones relativas se incluyen una historia de parto pretérmino y la gestación múltiple. (13)

La amenaza de aborto es una de estas situaciones en las que el coito pudiera estar contraindicado; no así el antecedente de abortos espontáneos y recurrentes, ya que los abortos debidos a trauma o actividad física son extremadamente raros. Además, la localización intrapélvica del útero y el efecto amortiguador del líquido amniótico parecen proteger al feto del trauma físico. (13)

Con excepción de estas contraindicaciones, la mujer embarazada con una gestación de curso normal puede mantener su vida sexual habitual a lo largo del embarazo, siempre limitada por la distensión abdominal propia de las etapas avanzadas de gestación. De manera que el riesgo de la gestante de padecer un resultado adverso en el embarazo como consecuencia de las relaciones sexuales debe ser individualizado y discutido según cada caso. (14)

2.8. Análisis de antecedentes investigativos.

2.8.1. Autores: Carta M, González M.

Título: Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo.

Fuente: Rev Obstet Ginecol Venez, 2016; 76(3):232-247

Resumen: Estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, transversal, incluyó 345 gestantes, se utilizaron 2 instrumentos: ficha de patrón sexual e Índice de Función Sexual Femenina. La frecuencia global de disfunción sexual fue 63,5 %, en el primer trimestre fue 62,9 %, en el segundo fue 55,9 % y en el tercero fue 75 %. La fase más afectada fue el deseo (67 %), la menos afectada fue la lubricación (33 %), todos los dominios se modificaron con la edad gestacional ($P < 0,05$), menos el dolor $P = 0,068$. La frecuencia de actividad sexual fue 2-3 veces por semana en 34,2 %, el coito fue la actividad sexual predominante (78 %), la orientación sexual que prevaleció fue heterosexual (88,1 %), la posición más practicada es mujer arriba-hombre abajo (46,9 %), la actividad sexual se vio limitada por dificultad de las posiciones sexuales (35,9 %), temor a hacer daño al bebe (25,5 %) y miedo al aborto (15,3 %), la fuente de información sobre la sexualidad durante el embarazo proviene del personal médico (31,9 %) pero 30,1 % refirió no haber recibido ninguna información. Se concluye que existe una elevada frecuencia de disfunción sexual durante la gestación, que es mayor en el primer y tercer trimestre. La fase más afectada fue el deseo. El coito es la actividad sexual más practicada. La frecuencia fue 2-3 veces por semana. Entre las gestantes hay una elevada desinformación sobre el tema.

2.8.2. Autores: Quilca NA, Moreno GL.

Título: Factores asociados en la Disfunción Sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Santa Anita, Período Enero - Octubre 2016.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Norbert Wiener, 2017

Resumen: Objetivo: Determinar los factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo enero - octubre 2016. Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal de 201 gestantes aplicando el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y para el análisis estadístico se empleó la prueba de Chi cuadrado. Resultados: La edad promedio de las gestantes fue $26,2 \pm 4,3$ años, donde el 94,5% corresponden a gestantes entre 19 a 34 años de edad. Las características sociodemográficas predominantes fueron las convivientes con 64,2% y grado de instrucción secundaria con 46,8%. Presentaron disfunción sexual en el 42,8% de gestantes estudiadas. Los factores asociados que influyeron en la disfunción sexual fueron: edad gestacional ($p < 0,001$); embarazo no planificado ($p < 0,001$) y la presencia de infección del tracto urinario ($p < 0,001$). La infección de tracto urinario es 5,7 veces mayor en las gestantes con disfunción sexual respecto a aquellas que no tienen disfunción sexual. En el tercer trimestre de gestación la disfunción sexual es 13,5 veces mayor respecto a aquellas que no tienen disfunción sexual. La prevalencia de la disfunción sexual es mayor en el primer y tercer trimestre de gestación; en cambio, mejora la sexualidad en el segundo trimestre de gestación. Las gestantes que planificaron su embarazo presentan una mayor valoración en el dominio de satisfacción; mientras, las que no planificaron presentan una mayor valoración en la fase lubricación y satisfacción. La presencia de infección del tracto urinario deteriora significativamente la función sexual alterando todos los dominios. Conclusiones: Los hallazgos sugieren que los factores asociados como infección del tracto urinario, embarazo no planificado

influyen en la disfunción sexual durante el embarazo con mayor prevalencia durante el primer y tercer trimestre de gestación.

2.8.3. Autores: Guibovich A, Angulo T, Luján-Carpio E.

Título: Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú.

Fuente: Horiz. Med. 2015; 15(3):6-12.

Resumen: Estudio exploratorio, multicéntrico, descriptivo y transversal, realizado durante el primer semestre del 2014 en 9 hospitales públicos de Lima Metropolitana. La muestra fue conformada por las gestantes sin riesgo obstétrico que asistieron a los Consultorios Externos de los Servicios de Obstetricia. Se usó un modelo no probabilístico por conveniencia. En quiénes aceptaron voluntariamente participar y firmaron el consentimiento informado, se realizó una encuesta validada por expertos. La información fue analizada usando el software STATA 21. Se encuestaron 1991 gestantes, 924 (46,4%) tenían entre 15 y 25 años, la mayoría eran casadas, y católicas (81,8%) y 1380 (69,3%) habían nacido en Lima. La mayoría, era multigesta (46,3%), con embarazo a término y 86,3%, afirmó no haber tenido RN pre-término. 1347 (67,6%) tenían parto vaginal. La frecuencia de actos sexuales, el deseo sexual, el patrón de respuesta y el miedo a ejercer relaciones sexuales disminuyó de periodicidad a mayor edad gestacional. El miedo a tener actos sexuales aumentó de 12,6% a 76,2% en el tercer trimestre. La mayoría, refirió ausencia de orgasmo durante el coito (42,8%). La posición para el acto sexual pasó de “Él sobre ella” durante el primer trimestre a “De lado”, durante el tercer trimestre, con significancia estadística. Se concluye que a mayor edad gestacional, la actividad sexual en las gestantes de Lima Metropolitana tiende a disminuir en frecuencia, deseo, y ciclo de respuesta. Siendo la posición “De lado” la más utilizada en el tercer trimestre.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consiste en una ficha de recolección de datos y en el Índice de Función Sexual Femenina (Anexo 1).



Variable	Indicador	Técnica	Instrumento
Variable:			
Función Sexual Femenina antes de la gestación	Score Deseo	Cuestionario	Ficha de recolección de datos generales
	Score Excitación		
	Score Lubricación		
	Score Orgasmo		
	Score Satisfacción		
	Score Dolor		
	Con alteración de la función sexual femenina		
	Sin alteración de la función sexual femenina		
Función Sexual Femenina durante el embarazo	Score Deseo	Cuestionario	Ficha de recolección de datos generales
	Score Excitación		
	Score Lubricación		
	Score Orgasmo		
	Score Satisfacción		
	Score Dolor		
	Con alteración de la función sexual femenina		
	Sin alteración de la función sexual femenina		
Variable interviniente:			
Característica de la mujer	Edad Estado civil Nivel de instrucción Paridad previa	Cuestionario	Ficha de recolección de datos generales

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

La investigación se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa. (Av. Daniel Alcides Carrión 505)

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el año 2018.

2.3. Unidades de estudio:

Gestantes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.1.1. Población:

Totalidad de gestantes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio.

2.1.2. Muestra:

Se calculó un tamaño de muestra en base a la fórmula para cálculo de proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[\frac{Z\alpha \sqrt{2(\hat{p} \cdot \hat{q})} + Z\beta \sqrt{(p_1 \cdot q_1) + (p_2 \cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Dónde:

n = Tamaño mínimo de muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad, para precisión del 95% = 1.96

Z β = Coeficiente de potencia para el 80% = 0.84

p_1 = proporción de función sexual satisfactoria antes del embarazo = 90%

p_2 = proporción de función sexual satisfactoria durante el embarazo = 70%

$q = 1 - p$ en todos los casos

De donde: $n = 61.53 \approx 62$ mujeres en cada grupo.

Considerando un factor de pérdida de 20% ($12.4 \cdot 53 \approx 13$ mujeres) en los últimos trimestres del embarazo por complicaciones maternas o fetales, se consideró un tamaño final de 62 mujeres.

Además las pacientes cumplieron los siguientes criterios de selección.

2.1.3. Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Gestantes que se encuentren en cualquier trimestre del embarazo
- Mayor de edad (18 a más años)
- Que manifiesten vida sexual activa
- Participación voluntaria en el estudio

b. Criterios de exclusión

- Patología materna desarrollada durante el embarazo: amenaza de aborto, metrorragia del segundo y tercer trimestre, placenta previa, dilatación cervical en la gestación pre término y rotura prematura de membranas pre término.
- Gestación múltiple
- Con trastornos mentales o psiquiátricos diagnosticados
- Analfabetas/ Iletradas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se establecieron coordinaciones con la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia para la realización del estudio.

Se captó a las gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se realizó una entrevista a las gestantes para explicar la intención del estudio y solicitar su participación anónima mediante un consentimiento informado (Anexo 1) y voluntaria durante el periodo de seguimiento. Se les entregó un cuestionario con datos sociodemográficos y sobre las características de la vida sexual en el embarazo, el cuestionario de auto llenado de Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (Anexo 2) para que sea completado en un ambiente tranquilo y con privacidad. Se volvió a aplicar el mismo cuestionario a la gestante (Índice de Función Sexual Femenina de Rosen) ahora recordando como era su vida sexual antes de la gestación.

3.2. Recursos:

a. Humanos

- Investigadoras:
 - Daniela Brigitte Gutiérrez Medina
 - Estefanía Arlet Hurtado Rosas
- Asesora
 - Obsta. Jannet Escobedo Vargas

b. Físicos

- Material de escritorio
- Ficha de datos
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y base de datos

c. Económicos

- Autofinanciado

d. Institucionales

Se utilizaron las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado
- Arequipa.

3.3. Validación del Instrumento:

En el año 2000, Rosen R. y col. Publican el índice de Función Sexual Femenina proponiéndola como un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina. Está basada en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (anexo 2). Consta de 19 preguntas con el siguiente sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)- 5	0,4	0,8	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales, donde el score máximo es 36,0 y el mínimo 26,56) validado en Latinoamérica en la Rev. Chil Obstet Ginecol 2004; 69(2): 118-125.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1. Plan de procesamiento

a. Tipo de procesamiento

Se construyó una matriz de datos a partir de las variables y las respuestas dadas en la célula de la encuesta se ingresaron en una base de datos diseñada de acuerdo a las preguntas de la cédula de encuesta.

b. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además fueron numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizaron gráficos de barras y torta.

4.2. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con determinación de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; para variables numéricas se calculó medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar). La comparación entre variables numéricas en grupos pareados se realizó con la prueba t pareada, y para las variables categóricas se empleó la prueba chi cuadrado de McNemar. Se consideró significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó el programa Excel 2016 con su complemento analítico, y el paquete estadístico SPSS v.22 para Windows.



CAPÍTULO III

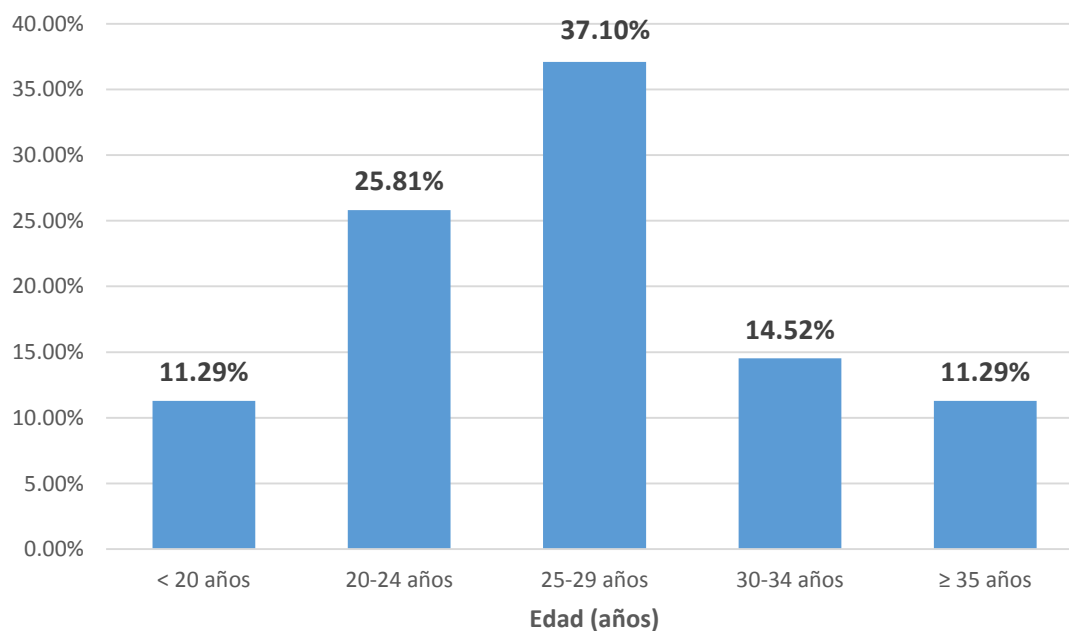
RESULTADOS

Tabla 1
Distribución de gestantes evaluadas según edad

Edad	N°	%
< 20 años	7	11.29%
20-24 años	16	25.81%
25-29 años	23	37.10%
30-34 años	9	14.52%
≥ 35 años	7	11.29%
Total	62	100.00%

Tabla 1: Se muestra la edad de las gestantes evaluadas; el 11.29% fueron menores de 20 años, el 77.42% de casos tuvieron edad reproductiva ideal y el 11.29% fueron gestantes añosa. La edad promedio de las gestantes tuvo un rango de 18 a 41 años.

Gráfico 1



Fuente: Matriz de Datos

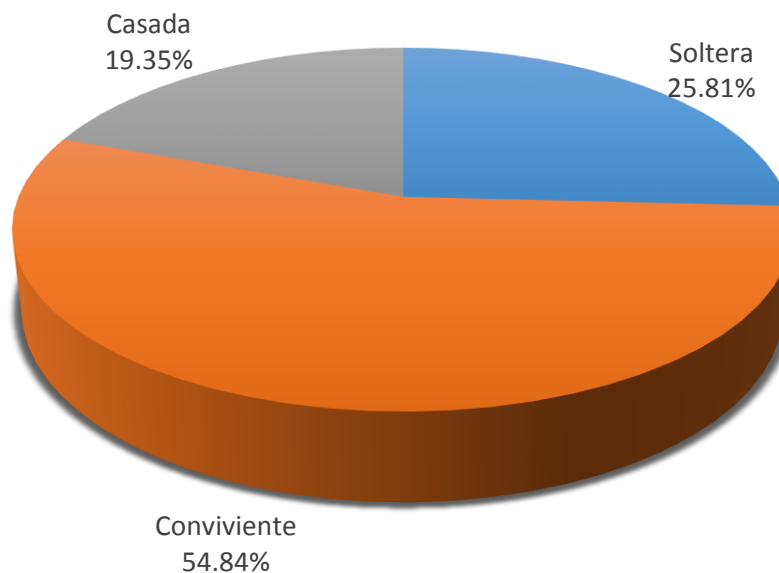
Elaboración: Propia

Tabla 2
Distribución de gestantes evaluadas según estado civil

E. civil	N°	%
Soltera	16	25.81%
Conviviente	34	54.84%
Casada	12	19.35%
Total	62	100.00%

Tabla 2: Se muestra el estado civil de las gestantes; en su mayoría convivientes con un resultado de 54.84%.

Gráfico 2



Fuente: Matriz de Datos

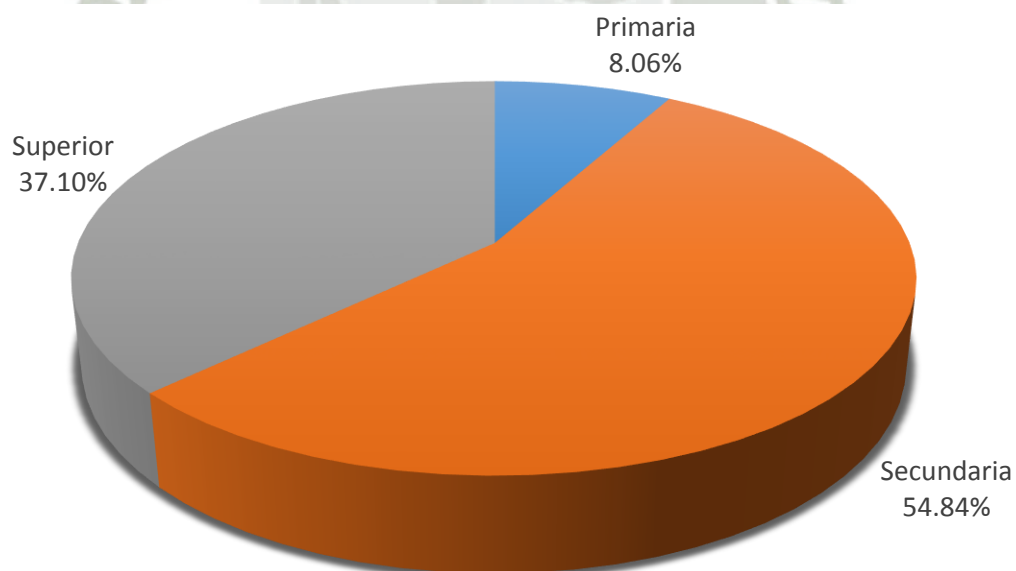
Elaboración: Propia

Tabla 3
Distribución de gestantes evaluadas según nivel de instrucción

Instrucción	N°	%
Primaria	5	8.06%
Secundaria	34	54.84%
Superior	23	37.10%
Total	62	100.00%

Tabla 3: Se muestra que el nivel de instrucción secundaria es mayor con un resultado de 54.84%.

Gráfico 3



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Propia

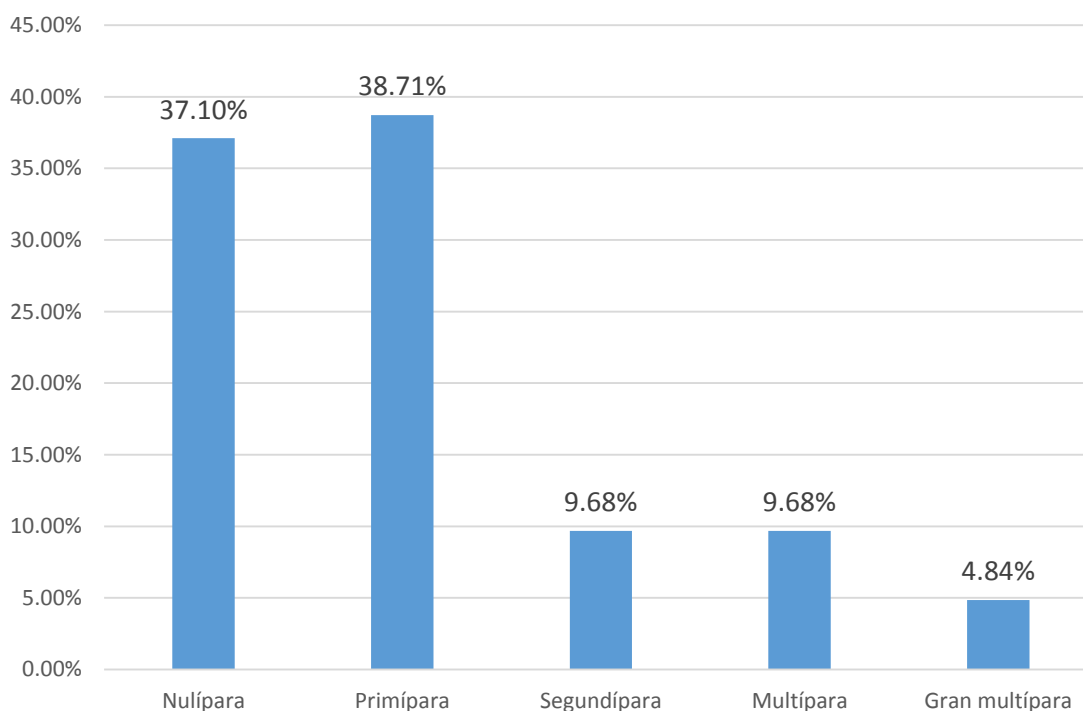
Tabla 4

Distribución de gestantes evaluadas según paridad

Paridad	N°	%
Nulípara	23	37.10%
Primípara	24	38.71%
Segundípara	6	9.68%
Múltipara	6	9.68%
Gran múltipara	3	4.84%
Total	62	100.00%

Tabla 4: Se encontró un porcentaje mayor en primíparas con 38.71% y siendo el porcentaje menor gran múltiparas con 4.84%.

Gráfico 4



Fuente: Matriz de Datos

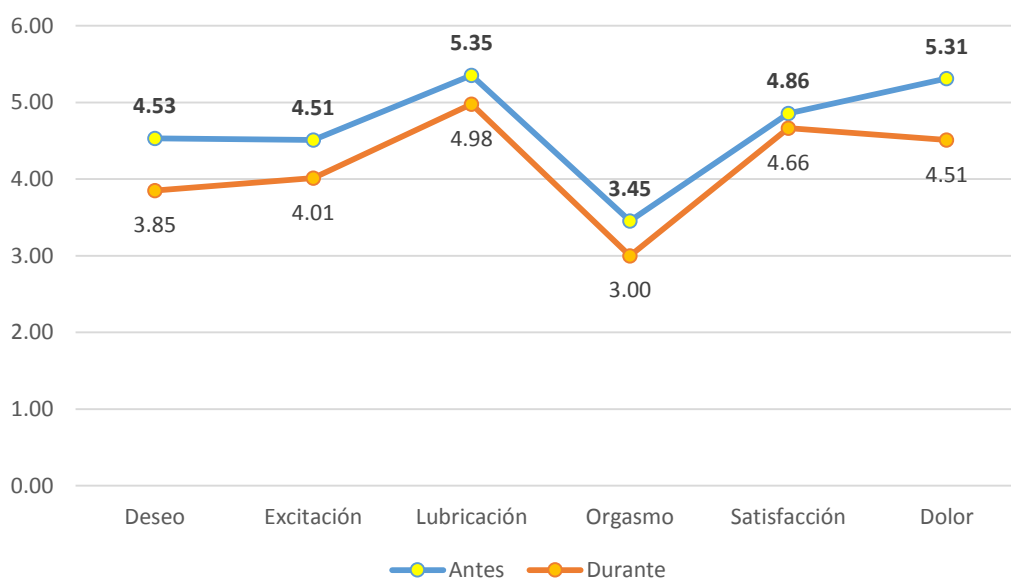
Elaboración: Propia

Tabla 5
Puntaje promedio de las fases de la respuesta sexual femenina antes y durante el embarazo

Fase	Antes		Durante		t pareada	P
	Promedio	D. estándar	Promedio	D. estándar		
Deseo	4.53	1.12	3.85	1.41	6.06	0.00
Excitación	4.51	1.09	4.01	1.45	4.40	0.00
Lubricación	5.35	0.76	4.98	1.08	3.66	0.00
Orgasmo	3.45	0.93	3.00	0.99	5.15	0.00
Satisfacción	4.86	0.82	4.66	0.99	3.65	0.00
Dolor	5.31	0.96	4.51	1.59	5.91	0.00

Tabla 6: Se muestran los puntajes promedio de cada fase de la respuesta. Considerando los puntajes de 0 (sin actividad sexual) a 6 puntos (nivel más alto), se observa que en todas las fases los puntajes antes del embarazo fueron superiores a los registrados durante el embarazo

Gráfico 5



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Propia

Tabla 6
Niveles de la función sexual femenina según fase de respuesta y momento de evaluación

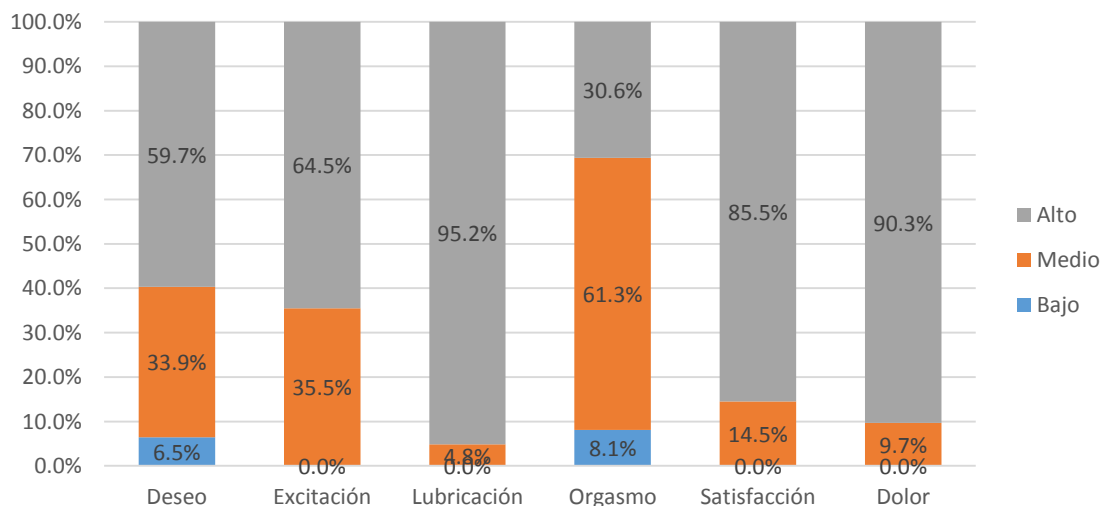
FASE	ANTES						DURANTE						Chi2	P
	B	%	M	%	A	%	B	%	M	%	A	%		
D	4	6.5	21	33.9	37	59.7	13	21	26	41.9	23	37.1	8.56	0.01
E	0	0	22	35.5	40	64.5	5	8.1	23	37.1	34	54.8	5.51	0.06
L	0	0	3	4.8	59	95.2	1	1.6	9	14.5	52	83.9	4.44	0.11
O	5	8.1	38	61.3	19	30.6	10	16.1	42	67.7	10	16.1	4.66	0.10
S	0	0	9	14.5	53	85.5	0	0	16	25.8	46	74.2	2.45	0.12
D	0	0	6	9.7	56	90.3	3	4.8	17	27.4	42	67.7	10.26	0.01

- Deseo
- Excitación
- Lubricación
- Orgasmo
- Satisfacción
- Dolor

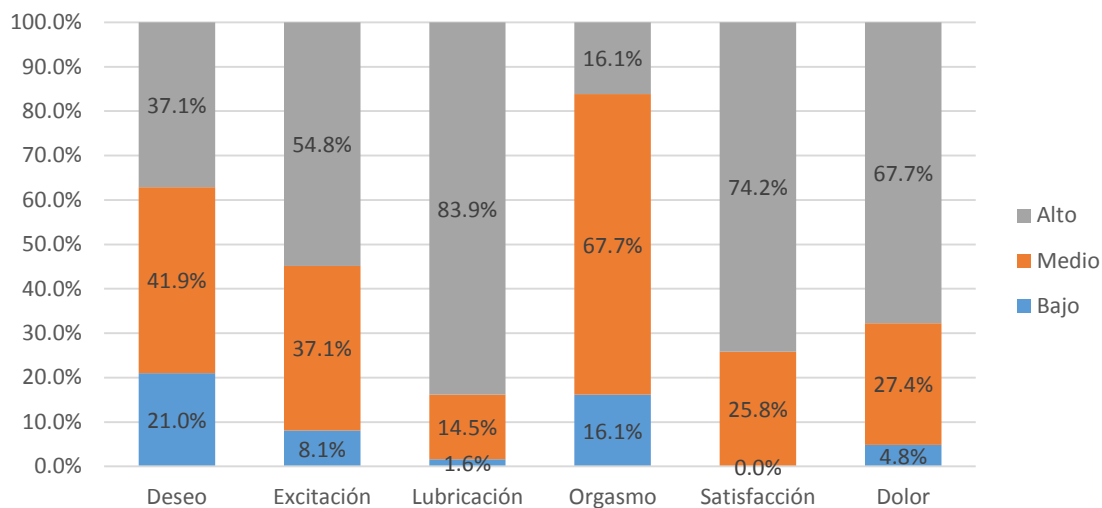
Tabla 7: El nivel más alto se observó antes del embarazo en la lubricación (95.2%), comparado con 83.9% en el embarazo. Los niveles más bajos se observan en deseo y orgasmos, siendo los mismos los que se incrementan en el embarazo, aunque el orgasmo sin diferencia significativa.

Gráfico 6

Antes del embarazo



Durante el embarazo



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Propia



Tabla 7

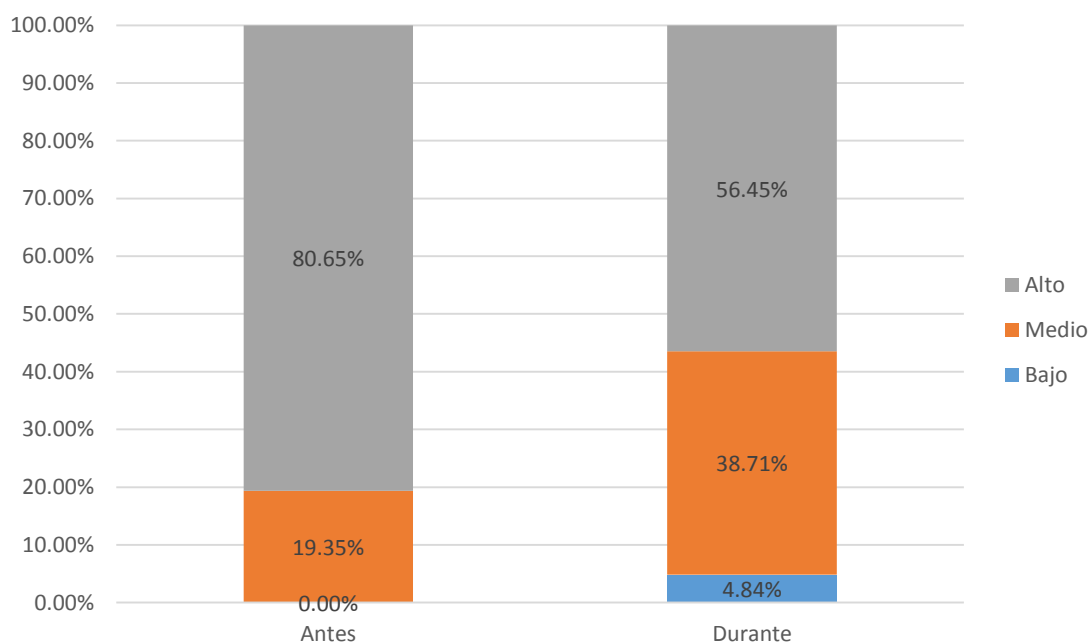
Niveles de función sexual femenina según momento del embarazo

Nivel	Antes		Durante	
	N°	%	N°	%
Bajo	0	0.00%	3	4.84%
Medio	12	19.35%	24	38.71%
Alto	50	80.65%	35	56.45%
Total	62	100.00%	62	100.00%

Chi² = 9.65 G. libertad = 2 p = 0.01

Tabla 8: Se observa que el 80.65% tuvo altos niveles de función sexual y durante el embarazo el nivel alto disminuyó a 56.45%.

Gráfico 7



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Propia

Tabla 8

Frecuencia de disfunción sexual femenina según momento del embarazo

Nivel	Antes		Durante	
	N°	%	N°	%
Con disfunción	6	9.68%	15	24.19%
Sin disfunción	56	90.32%	47	75.81%
Total	62	100.00%	62	100.00%

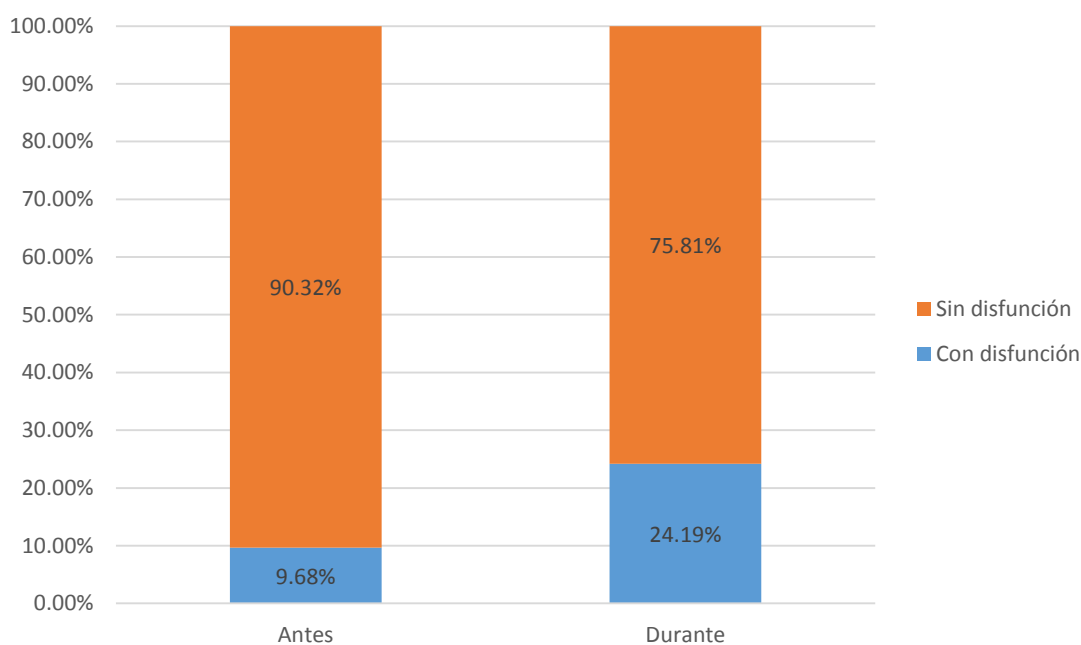
$\chi^2_{MN} = 9.00$

G. libertad = 1

$p < 0.01$

Tabla 9: El 9.68% de mujeres tuvieron signos de disfunción sexual antes del embarazo, y esta proporción subió a 24.19% durante el embarazo,

Gráfico 8



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Propia

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó conocer la Función sexual femenina antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2018.

La propuesta de determinar la relación de la Función Sexual Femenina antes y durante el embarazo en un hospital público, es original a nivel local ya que no se ha encontrado en la búsqueda bibliográfica ningún estudio similar justificando la originalidad.

Sobre las relaciones de variables, se propone el análisis, búsqueda y comparación de la Función Sexual femenina antes y durante el embarazo, los hallazgos serán de utilidad para el conocimiento de algunos factores que pueden influir en la presencia de este fenómeno.

El estudio tiene relevancia en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva debido a que las modificaciones que puedan existir para impedir o disminuir la función sexual femenina antes del embarazo, además de los cambios que se presentan durante el embarazo alteran la salud sexual femenina.

Por otro lado, el tema seleccionado se correlaciona con las líneas de investigación de la facultad de Obstetricia y Puericultura. Por ello se justifica el presente estudio.

Para la realización del estudio se evaluó una muestra de 62 gestantes que acudieron para control del embarazo, en las que se aplicó el cuestionario de auto llenado de Índice de Función Sexual Femenina de Rosen para recabar datos sobre su vida sexual en el momento del embarazo y antes del mismo. Se compararon variables numéricas antes y después con prueba t pareada, y las variables categóricas con prueba chi cuadrado de McNemar.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la edad de las gestantes evaluadas; el 11.29% fueron menores de 20 años, el 77.42% de casos tuvieron edad

reproductiva ideal, y 11.29% fueron gestantes añosas. La edad promedio de las gestantes fue de 26.40 ± 5.34 años (rango: 18 - 41 años).

Quilca (2), en un estudio realizado en el centro de salud Materno Infantil de Santa Anita- Lima, la edad promedio que obtuvo de las gestantes fue $26,2 \pm 4,3$ años, donde el 94,5% corresponden a gestantes entre 19 a 34 años de edad. Mientras que Guibovich (3), encuentra en su estudio 1991 gestantes, 924 (46,4%) tenían entre 15 y 25 años.

Como se evidencia en nuestra investigación la población estudiada tiene un promedio de edad similar al que obtiene Quilca (2) en su estudio, pero es mayor al resultado que obtiene Guibovich (3).

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el estado civil de las gestantes; el 25.81% fueron solteras, 54.84% convivientes y 19.35% casadas. La instrucción fue primaria en 8.06%, secundaria en 54.84%, y superior en 37.10%, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; en relación a la paridad, el 37.10% fueron nulíparas, 38.71% primíparas, 9.68% eran secundíparas, 9.68% múltiparas y 4.84% grandes múltiparas (**Tabla y Gráfico 4**).

Quilca (2), encuentra como resultado estas características sociodemográficas predominantes: convivientes con 64,2% y grado de instrucción secundaria con 46,8%.

Como se evidencia en nuestro estudio, se obtiene cifras variadas a comparación de los antecedentes investigativos.

En la evaluación de la respuesta sexual en las gestantes, la **Tabla y Gráfico 5** muestran los puntajes promedio de cada fase de la respuesta. Considerando los puntajes de 0 (sin actividad sexual) a 6 puntos (nivel más alto), se observa que en todas las fases los puntajes antes del embarazo fueron superiores a los registrados durante el embarazo. Antes del embarazo, el puntaje más bajo obtenido fue en la fase de orgasmo (3.45 puntos), y el más alto en el componente de lubricación (5.35 puntos); en el embarazo el perfil es similar pero significativamente más bajo que antes del embarazo ($p < 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 6** muestran los niveles de respuesta sexual en cada fase; se muestra cambios significativos en los dominios de deseo y dolor ($p < 0.05$). Más de la mitad de mujeres encuestadas presentan deseo alto antes del embarazo, disminuyendo a 37% en el nivel medio durante el embarazo ($p < 0.05$). El 90% de mujeres presenta dolor en un nivel alto antes y este disminuye durante el embarazo. Se comprueba también que el nivel más alto se observó antes del embarazo en la lubricación (95.2%), comparado con 83.9% en el embarazo. El componente más bajo fue en el orgasmo (8.1% antes del embarazo, 16.1% durante el mismo), aunque sin diferencias significativas en ambos dominios ($p > 0.05$).

Carta (1), evidenció en su estudio que la fase más afectada fue el deseo (67 %), y la menos afectada fue la lubricación (33 %), todos los dominios se modificaron con la edad gestacional ($P < 0,05$), menos el dolor $P = 0,068$). Siendo similares los resultados encontrados en nuestro estudio, en el dominio de lubricación no se encuentran grandes diferencias.

La **Tabla y Gráfico 7** muestran el nivel de la función sexual antes y después del embarazo; antes del mismo, el 80.65% tuvo altos niveles de función sexual y 19.35% nivel medio, y durante el embarazo el nivel alto disminuyó a 56.45% y el nivel medio se duplicó a 38.71%, con un 4.84% con nivel bajo; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). Considerando el puntaje total, se encontró que el 9.68% de mujeres tuvieron signos de disfunción sexual antes del embarazo, y esta proporción subió a 24.19% durante el embarazo, siendo la diferencia estadísticamente significativa, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 8**.

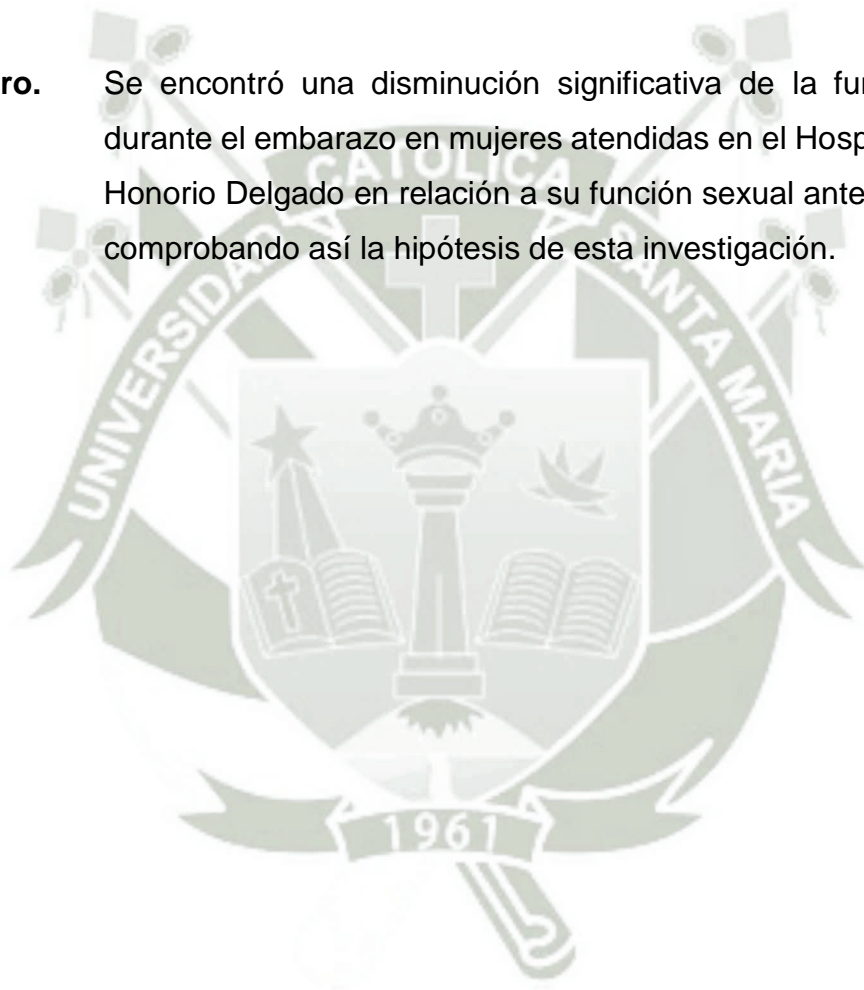
Carta M (1), Distribuye la frecuencia global de disfunción sexual en trimestres, obteniendo 63,5 %, en el primer trimestre fue 62,9 %, en el segundo fue 55,9 % y en el tercero fue 75 %. Concluye que existe una elevada frecuencia de disfunción sexual durante la gestación, que es mayor en el primer y tercer trimestre.

Quilca (2): Sugiere que los factores asociados como infección del tracto urinario, embarazo no planificado influyen en la disfunción sexual durante el embarazo con mayor prevalencia durante el primer y tercer trimestre de gestación.



CONCLUSIONES

- Primero.** La función sexual antes del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado fue alta en 80.65% y en nivel medio en 19.35%.
- Segundo.** La función sexual durante del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado fue alta en 56.45%, nivel medio en 38.71%, con un 4.84% tuvo nivel bajo.
- Tercero.** Se encontró una disminución significativa de la función sexual durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado en relación a su función sexual antes del mismo, comprobando así la hipótesis de esta investigación.



SUGERENCIAS

- 1) Se sugiere al personal de Obstetricia promover el aprendizaje de sexualidad femenina a todas aquellas mujeres que se encuentren en edad fértil y gestantes para obtener perspectivas a cerca de la sexualidad. Se sabe que la salud sexual y reproductiva es un tema amplio y complejo que requiere de un trabajo conjunto del personal de salud. Se debe brindar más importancia a la consejería en Obstetricia.
- 2) Se sugiere al Ministerio de Salud (MINSA), que debido a los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación, se debe considerar un problema de salud pública, la falta de conocimiento de sexualidad en las gestantes, ya que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento erróneo de la sexualidad en el momento del embarazo, se debía plantear brindar consejería orientada y estricta de sexualidad en el primer control de embarazo para que puedan disfrutarlo en esa etapa.
- 3) Se sugiere a la Facultad de Obstetricia y Puericultura que se implemente un curso sobre sexualidad en todas las facultades de la Universidad Católica de Santa María, ya que la disfunción sexual es un problema de salud pública que se puede prevenir desde las aulas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz A, Camacho PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(3): 168 - 180
2. Masters W, Johnson V. Human sexual Response. New York: Ishi Press International; 2010.
3. Pino E, Sepúlveda Parada E. Disfunciones sexuales femeninas. Rev Sex y Soc, 2014; 6(16):10-14.
4. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 2010; 153(2), 117-23. Elsevier Ireland Ltd. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.06.010
5. FLASSES, Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Manual Diagnostico de las Enfermedades en Sexología, 2010.
6. Bianco F. y col. Primer Seminario Caribeño Interno del proceso de diferenciación del sexo. 23-25 septiembre. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. CIPPSV. Caracas-Venezuela. 2010
7. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55 (5): 563-568.
8. Pizarro IP, Martin ATD, Prieto VB, Sánchez AM, Espuela FL. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. Atención Primaria, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.003>
9. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med, 2010; 7: 136-142.
10. Escudero R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y el puerperio. Tesis doctoral. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Granada. 2016. Disponible en:

<http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/41975/25634252.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Recuperado 01 junio 2018]

11. FERTILAB. Sexualidad durante la gestación y el puerperio. En: http://www.fertilab.net/de_mujer/emb_s3.html
12. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
13. Jiménez JC. Evaluación del Comportamiento sexual en gestantes. Hospital Honorio Delgado Espinoza, 2005. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2005.
14. Collantes ME. Estudio comparativo de la función sexual femenina en gestantes y no gestantes de 25 a 30 años de edad en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa 2004. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2005.
15. Quilca NA, Moreno GL. Factores asociados en la Disfunción Sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Santa Anita, Período Enero - Octubre 2016. Tesis para optar el título de licenciadas en obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Norbert Wiener, 2017
16. Guibovich A, Angulo T, Luján-Carpio E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú. *Horiz. Med.* 2015; 15(3):6-12.
17. Gonzalez I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2001; 17(5): 497-vfar c 501.
18. Carta M, González M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 2016; 76(3):232-247



Anexo 1. Consentimiento informado

A través de este documento se le invita a usted colaborar en un estudio de investigación con la finalidad de conocer la “Función Sexual Femenina antes y durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2018” mediante un cuestionario. Realizado por las Bachilleres en Obstetricia de la Universidad Católica de Santa María; Daniela B. Gutiérrez Medina y Estefanía A. Hurtado Rosas.

El propósito de este estudio es conocer la función sexual de la mujer antes y durante el embarazo y cuáles son los factores que pueden favorecer o dificultar el mismo además de su percepción sobre la función sexual en esta etapa. Mantener una vida sexual plena y satisfactoria es fundamental para tener una salud adecuada.

Agradecemos su valiosa colaboración en el desarrollo de esta investigación, cumplimentando este cuestionario de forma sincera. Durante el proceso de la investigación se mantendrá el anonimato de sus participantes garantizándose así la confidencialidad de sus respuestas para uso académico.

Siendo este de carácter voluntario y confidencial

Si usted decide participar de esta investigación, puede responder las preguntas presentadas en hojas posteriores; En caso de no consentir su participación sírvase a devolver el cuestionario.

-Desea participar en el estudio

-No desea participar en el estudio

Atentamente,

Gracias.

Numero de contacto ante cualquier duda: 987838830

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Edad: _____ años

Estado civil: Soltera Casada Conviviente Separada

Nivel de Instrucción: analfabeta Primaria Secundaria
Superior

Paridad previa: Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara

Índice de función sexual femenina, FSFI

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

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

- Muy alto 5 puntos
- Alto 4 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 2 puntos
- Muy bajo o nada 1 punto

3- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 5 puntos
- Alto 4 puntos
- Moderado 3 puntos
- Bajo 2 puntos
- Muy bajo o nada 1 punto

5- En las últimas 4 semanas, ¿Que **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alta confianza 5 puntos
- Alta confianza 4 puntos
- Moderada confianza 3 puntos
- Baja confianza 2 puntos
- Muy baja o sin confianza 1 punto

6- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

9- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

10- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

13- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

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

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

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

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

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

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

Anexo 3: Ubicación geográfica del Hospital Honorio Delgado



Anexo 4: Autorización

Doc. 1359891
Exp. 909085

SOLICITO: Permiso para aplicación de cuestionario

**SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA
DR. MILTON JIMENEZ BENGUA**

ESTEFANIA ARLET HURTADO ROSAS,
identificada con DNI N° 72930313, y
**DANIELA BRIGGITTE GUTIERREZ
MEDINA**, identificada con DNI N° 73356829;
Bachilleres en Obstetricia y Puericultura.
Realizando los estudios de Pregrado en la
Facultad de Obstetricia y Puericultura de la
UCSM y el internado en el Hospital que Ud.
dirige durante el segundo trimestre del año
2017. Ante Ud, con el debido respeto nos
presentamos:

Por motivo de la realización de la tesis para la
obtención del Título Profesional, y habiendo recibido dictamen favorable para la
ejecución de nuestro Plan de Tesis, cuyo título es **“FUNCION SEXUAL FEMENINA
ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2018”**.

Solicitamos se nos otorgue Permiso para aplicar encuestas a gestantes que acuden a
Consultorios de Ginecología y Obstetricia que cumplan con los criterios de inclusión y
exclusión que se encuentran detallados en el Proyecto de Tesis, y de esta manera poder
ejecutar dicho estudio, por lo cual adjuntamos:

- Copia de proyecto de tesis
- Informe Plan de tesis aprobado

POR LO EXPUESTO:

Rogamos a usted se sirva atender nuestra solicitud otorgando el permiso para la
aplicación del cuestionario, por ser justicia y necesidad personal.



Arequipa, 27 de junio de 2018



ESTEFANIA ARLET HURTADO ROSAS
CODIGO: 2012244222



DANIELA BRIGGITTE GUTIERREZ MEDINA
CODIGO: 2013600302

Anexo 5: Matriz de Datos



N°	Edad	Cat edad	E Civil	Instrucción	Paridad	Trimestre	Durante																
							IFS 1	IFS 2	IFS 3	IFS 4	IFS 5	IFS 6	IFS 7	IFS 8	IFS 9	IFS 10	IFS 11	IFS 12	IFS 13	IFS 14	IFS 15	IFS 16	IFS 17
1	22	20-24 a	Conviviente	Primaria	Segundípara	3	2	2	3	1	2	2	5	3	5	5	2	1	4	5	4	4	1
2	18	< 20 a	Soltera	Secundaria	Nulípara	2	3	2	3	1	2	2	2	2	4	4	2	2	4	5	4	4	5
3	22	20-24 a	Conviviente	Superior	Nulípara	3	2	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1
4	23	20-24 a	Soltera	Superior	Primípara	2	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	2	2	5	4	4	4	5
5	23	20-24 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	2	5	5	5	3	3	2	3	4	4	2	2	3	5	4	5	5	5
6	18	< 20 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	2	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	3	3	4	5	5	5	5
7	19	< 20 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	1	1	2	3	2	2	3	3	4	4	5	1	1	2	4	3	2	1
8	33	30-34 a	Casada	Superior	Gran múltipa	2	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5
9	38	≥ 35 a	Casada	Superior	Segundípara	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	3	4	0
10	30	30-34 a	Conviviente	Superior	Múltipara	3	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5	3	1	3	4	5	5	4
11	26	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5	5	5	5
12	36	≥ 35 a	Casada	Superior	Múltipara	3	2	3	3	3	2	3	4	4	5	5	1	2	4	4	4	4	4
13	26	25-29 a	Casada	Secundaria	Múltipara	3	2	2	2	2	3	2	3	4	5	5	1	1	2	5	4	4	4
14	22	20-24 a	Soltera	Secundaria	Primípara	3	3	3	3	2	2	2	4	5	5	5	2	2	2	2	4	3	5
15	24	20-24 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	1	2	3	3	2	2	2	3	4	4	4	2	1	3	3	3	3	2
16	19	< 20 a	Soltera	Primaria	Nulípara	2	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	2	1	3	4	4	4	4
17	29	25-29 a	Soltera	Superior	Primípara	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	2	5	4	5	4	5
18	21	20-24 a	Soltera	Secundaria	Primípara	2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	2	3	2	5	5	5
19	35	≥ 35 a	Casada	Superior	Nulípara	2	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	3	2	4	5	4	5	5
20	30	30-34 a	Conviviente	Secundaria	Gran múltipa	1	2	2	2	2	2	4	4	5	5	1	1	2	4	2	3	1	1
21	32	30-34 a	Casada	Superior	Segundípara	2	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	2	3	5	5	4	5	5
22	26	25-29 a	Soltera	Secundaria	Primípara	2	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	1	4	3	3	4	5	5
23	28	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	3	2	2	3	2	2	4	4	5	5	3	2	4	4	5	4	4	4
24	25	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	3	3	2	2	2	3	2	4	4	4	4	3	1	2	4	5	4	4
25	29	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	3	3	2	2	1	2	1	3	3	3	3	2	1	3	4	5	5	5
26	26	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	1	2	2	3	3	3	2	3	4	3	4	2	2	2	4	3	3	2
27	20	20-24 a	Soltera	Secundaria	Nulípara	1	2	3	2	2	2	2	4	4	2	3	2	1	3	3	2	2	2
28	32	30-34 a	Conviviente	Superior	Segundípara	3	4	4	5	4	5	3	4	4	3	4	2	2	4	4	5	4	4
29	24	20-24 a	Soltera	Secundaria	Primípara	1	1	1	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	2	3	3	2	1
30	28	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	2	4	4	5	4	4	3	2	3	2	3	3	3	4	4	5	5	5
31	25	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	1	5	4	5	5	4
32	27	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	3	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	2	2	4	4	5	4	5
33	26	25-29 a	Conviviente	Superior	Primípara	3	3	2	3	3	4	4	5	5	5	5	3	4	3	4	5	4	4
34	25	25-29 a	Conviviente	Superior	Primípara	1	2	3	3	3	3	3	4	4	4	5	3	2	3	4	3	3	2
35	30	30-34 a	Conviviente	Superior	Múltipara	2	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5	2	2	4	3	3	3	5
36	25	25-29 a	Conviviente	Superior	Nulípara	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1	1	1	3	2	2	1
37	26	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Primípara	2	4	3	4	3	3	3	3	4	5	5	2	2	4	4	5	5	5
38	37	≥ 35 a	Conviviente	Secundaria	Segundípara	1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	2	2	4	5	5	5
39	23	20-24 a	Soltera	Secundaria	Primípara	1	3	2	4	3	4	4	5	5	5	3	2	3	3	2	2	2	2
40	25	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	2	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	2	5	4	4	4	4
41	30	30-34 a	Conviviente	Superior	Primípara	2	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	1	2	4	4	5	5
42	35	≥ 35 a	Conviviente	Superior	Primípara	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	3	3	3	4	5
43	36	≥ 35 a	Conviviente	Secundaria	Segundípara	3	3	2	3	3	4	4	4	4	5	4	4	2	2	3	4	4	4
44	28	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	1	3	2	3	2	2	3	4	5	4	4	2	4	3	5	4	5	5
45	24	20-24 a	Soltera	Primaria	Nulípara	1	1	1	2	2	2	2	3	4	3	4	1	1	2	3	3	3	2
46	20	20-24 a	Soltera	Primaria	Múltipara	1	2	1	2	1	1	2	2	4	3	4	1	1	1	3	3	3	1
47	32	30-34 a	Conviviente	Superior	Nulípara	2	3	3	3	3	2	2	3	3	4	4	2	1	3	4	5	4	5
48	23	20-24 a	Soltera	Secundaria	Nulípara	3	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	3	4	4	4	3
49	29	25-29 a	Soltera	Secundaria	Primípara	1	2	2	2	1	1	2	2	4	4	5	2	1	2	3	2	3	1
50	24	20-24 a	Casada	Secundaria	Nulípara	2	4	5	5	5	4	3	3	4	5	3	2	4	5	5	5	5	5
51	41	≥ 35 a	Casada	Superior	Gran múltipa	2	4	4	5	5	3	4	3	3	4	5	2	1	3	5	5	5	5
52	19	< 20 a	Soltera	Secundaria	Nulípara	3	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	3	2	4	3	4	5	2
53	18	< 20 a	Soltera	Secundaria	Nulípara	3	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	4	3	5	5	5	4
54	25	25-29 a	Casada	Superior	Nulípara	1	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5	4	3	2	4	4	4	1
55	24	20-24 a	Conviviente	Superior	Nulípara	2	4	3	4	4	3	4	4	4	5	5	3	2	4	3	5	4	5
56	19	< 20 a	Conviviente	Secundaria	Nulípara	2	4	2	3	3	3	4	4	5	5	5	3	1	4	3	2	3	5
57	22	20-24 a	Conviviente	Primaria	Nulípara	1	1	2	2	2	1	2	3	3	3	4	1	1	2	2	2	2	2
58	26	25-29 a	Conviviente	Secundaria	Múltipara	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	1
59	25	25-29 a	Casada	Superior	Primípara	1	2	3	3	2	2	2	3	3	4	4	2	2	4	5	4	2	2
60	29	25-29 a	Casada	Secundaria	Primípara	2	5	4	4	3	3	3	2	3	4	5	3	1	4	5	4	4	5
61	30	30-34 a	Casada	Superior	Primípara	3	3	4	4	5	4	4	5	4	4	5	3	2	4	5	5	4	5
62	25	25-29 a	Conviviente	Superior	Nulípara	3	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	3	1	4	5	5	5	3

																			Antes					
IFS 18	IFS 19	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total	Tot punt	Nivel D	Nivel E	Nivel L	Nivel O	Nivel S	Nivel D	Nivel tota	Disf sexua	IFS 1	IFS 2	IFS 3	IFS 4	IFS 5	IFS 6	
2	3	2.4	2.4	5.4	2.8	5.2	2.4	20.6	56	Bajo	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Sin DS	3	3	5	3	3	3	
1	2	3	2.4	3.6	3.2	5.2	3.2	20.6	54	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Con DS	3	2	3	1	2	2	
3	3	3	5.7	6	6	6	2.8	29.5	81	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Sin DS	3	3	5	4	5	5	
5	5	5.4	5.4	6	3.6	4.8	6	31.2	83	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	5	4	4	5	
5	5	6	4.2	3.9	2.8	5.6	6	28.5	73	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	4	4	4	
5	5	4.8	5.4	6	4.4	5.6	6	32.2	86	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	5	5	4	4	5	
1	2	1.8	3	4.8	1.6	3.6	1.6	16.4	46	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Con DS	1	3	4	3	2	3	
5	5	4.8	5.1	6	4.8	6	6	32.7	87	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	4	4	5	4	
0	0	4.2	0	0	1.6	2.8	0	8.6	18	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Con DS	4	4	4	5	4	3	
5	5	4.2	5.7	6	2.8	5.6	5.6	29.9	81	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	5	5	5	5	
5	5	5.4	6	6	4.4	5.6	6	33.4	89	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	5	5	5	5	
4	3	3	3.3	5.4	2.8	4.8	4.4	23.7	64	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	3	4	4	2	3	
4	4	2.4	2.7	5.1	1.6	5.2	4.8	21.8	59	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	2	2	3	3	2	
4	5	3.6	2.7	5.7	2.4	3.6	5.6	23.6	63	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Medio	Sin DS	4	4	4	3	2	2	
3	3	3	2.7	4.5	2.4	3.6	3.2	19.4	52	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Con DS	3	3	3	3	2	2	
4	3	4.8	5.4	5.1	2.4	4.8	4.4	26.9	72	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	5	4	5	
5	5	6	5.7	6	4	5.2	6	32.9	87	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	5	5	5	
5	5	6	5.7	6	2.8	4.8	6	31.3	83	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	5	4	5	
4	5	3.6	4.8	6	3.6	5.6	5.6	29.2	79	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	3	4	4	4	4	
1	1	2.4	2.4	5.4	1.6	3.6	1.2	16.6	46	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Con DS	4	4	4	4	3	4	
5	5	5.4	4.8	5.7	2.8	5.6	6	30.3	80	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	5	4	4	4	4	
5	5	6	5.4	6	3.2	4	6	30.6	81	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	4	5	4	
4	4	2.4	2.7	5.4	3.6	5.2	4.8	24.1	65	Bajo	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	3	3	3	2	3	
4	4	3	2.7	4.8	2.4	5.2	4.8	22.9	61	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	3	3	2	3	3	
5	5	3	1.8	3.6	2.4	5.6	6	22.4	58	Medio	Bajo	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	3	3	2	4	3	
3	4	2.4	3.3	4.2	2.4	4	3.6	19.9	54	Bajo	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Con DS	2	2	3	3	3	3	
3	4	3	2.4	3.3	2.4	2.8	3.6	17.5	46	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Con DS	4	4	4	4	4	4	
5	5	4.8	5.1	4.5	3.2	5.2	5.6	28.4	75	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	5	4	5	4	
2	2	1.2	2.1	3	1.6	3.2	2	13.1	36	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Con DS	3	2	2	3	2	2	
5	5	4.8	4.8	3	4	5.6	6	28.2	73	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	5	4	4	3	
3	4	6	6	5.7	3.6	5.6	4.4	31.3	83	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	4	4	5	5	
5	5	4.8	5.7	6	3.2	5.2	6	30.9	83	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	4	4	5	5	
4	5	3	4.2	5.7	4.8	4.8	5.2	27.7	75	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	3	2	3	3	4	4	
3	4	3	3.6	5.1	3.2	4	3.6	22.5	61	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Sin DS	4	4	5	4	5	3	
5	5	5.4	5.1	5.4	3.2	3.6	6	28.7	76	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	5	4	4	
2	2	1.2	2.7	4.2	1.2	2.8	2	14.1	40	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Medio	Medio	Con DS	2	1	2	1	2	3	
5	5	4.2	3.9	5.1	3.2	5.6	6	28	74	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	3	3	3	3	3	
5	5	6	5.7	6	3.2	5.6	6	32.5	86	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	5	5	5	
1	2	3	4.5	6	3.2	2.8	2	21.5	60	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Sin DS	4	4	4	3	4	4	
3	4	5.4	5.7	6	4.4	4.8	4.4	30.7	82	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	5	4	5	5	
4	4	5.4	5.7	5.7	2.4	5.2	5.2	29.6	79	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	5	4	5	5	
4	5	4.2	4.8	4.8	2.8	4	5.6	26.2	70	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	5	5	5	5	5	
3	4	3	4.2	5.1	3.2	4.4	4.4	24.3	66	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	2	3	3	4	4	
5	5	3	3	5.1	4	4.8	6	25.9	69	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	3	2	3	2	2	3	
5	3	1.2	2.4	4.2	1.6	3.6	4	17	47	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Medio	Con DS	4	5	4	4	3	4	
2	2	1.8	1.8	3.9	1.2	3.6	2	14.3	39	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio	Con DS	4	4	3	3	2	2	
5	5	3.6	3	4.2	2.4	5.2	6	24.4	64	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	3	3	4	4	2	2	
3	3	5.4	4.8	5.1	2.8	4.8	3.6	26.5	70	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Sin DS	5	5	5	5	5	5	
2	4	2.4	1.8	4.5	2	3.2	2.8	16.7	45	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Con DS	3	3	3	4	3	3	
5	5	5.4	5.1	4.5	3.6	6	6	30.6	80	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	5	4	5	4	3	
5	5	4.8	5.1	4.5	2.4	6	6	28.8	76	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	4	5	3	4	
5	3	4.2	4.8	6	3.6	4.8	4	27.4	74	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	5	5	4	5	
3	3	5.4	6	5.7	4.8	5.2	4	31.1	83	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	5	5	5	5	5	
3	4	3.6	3.6	5.4	3.6	4.8	3.2	24.2	65	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Sin DS	4	4	3	4	4	4	
5	5	4.2	4.5	5.4	3.6	4.8	6	28.5	76	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	3	3	4	4	4	
5	5	3.6	4.2	5.7	3.2	3.2	6	25.9	70	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Sin DS	4	3	3	3	3	4	
2	4	1.8	2.1	3.9	1.6	2.4	3.2	15	41	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio	Con DS	2	2	2	2	2	2	
2	2	1.2	1.8	3.6	1.2	3.6	2	13.4	37	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Con DS	3	3	3	2	2	2	
2	2	3	2.7	4.2	3.2	4.4	2.4	19.9	53	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Con DS	4	3	3	3	3	2	
5	4	5.4	3.9	4.2	3.2	5.2	5.6	27.5	71	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	4	3	3	3	
5	5	4.2	5.1	5.4	3.6	5.6	6	29.9	80	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	4	4	4	4	5	4	
5	4	4.2	5.4	6	3.2	6	4.8	29.6	80	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	5	4	4	4	5	4	

6.05088243

IFS 7	IFS 8	IFS 9	IFS 10	IFS 11	IFS 12	IFS 13	IFS 14	IFS 15	IFS 16	IFS 17	IFS 18	IFS 19	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total	Tot punt	Nivel D	Nivel E	Nivel L
5	4	5	5	3	2	4	5	5	4	3	3	3	3.6	4.2	5.7	3.6	5.6	3.6	26.3	71	Medio	Alto	Alto
2	2	4	4	2	2	4	5	4	4	5	1	3	3	2.4	3.6	3.2	5.2	3.6	21	55	Medio	Medio	Medio
5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	3.6	5.7	6	5.6	6	4.8	31.7	86	Medio	Alto	Alto
5	5	5	5	2	2	5	4	4	4	5	5	5	5.4	5.4	6	3.6	4.8	6	31.2	83	Alto	Alto	Alto
4	4	5	5	2	3	4	5	4	5	5	5	5	6	5.1	5.4	3.6	5.6	6	31.7	83	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	5	4	3	4	5	5	5	5	5	5.4	5.4	6	4.8	5.6	6	33.2	88	Alto	Alto	Alto
3	4	4	5	2	2	2	4	3	2	3	4	3	2.4	3.6	4.8	2.4	3.6	4	20.8	57	Bajo	Medio	Alto
5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4.8	5.1	6	3.6	6	5.2	30.7	82	Alto	Alto	Alto
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4.8	4.8	4.8	4	4.8	3.6	26.8	71	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	3	3	4	5	5	5	5	5	4.8	6	6	3.6	5.6	6	32	86	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5.4	6	6	5.2	5.2	6	33.8	90	Alto	Alto	Alto
4	4	5	5	1	1	2	4	4	4	3	4	3	3.6	3.9	5.4	1.6	4.8	4	23.3	63	Medio	Medio	Alto
3	5	5	5	2	2	3	5	5	4	5	5	4	3	3	5.4	2.8	5.6	5.6	25.4	68	Medio	Medio	Alto
4	5	5	5	2	3	2	3	4	3	5	5	5	4.8	3.3	5.7	2.8	4	6	26.6	70	Alto	Medio	Alto
3	4	4	4	2	2	3	3	3	4	3	4	3	3.6	3	4.5	2.8	4	4	21.9	58	Medio	Medio	Alto
5	5	5	5	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	5.7	6	3.6	4.8	6	32.1	85	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	3	5	4	5	4	5	5	5	6	6	6	4.4	5.2	6	33.6	89	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	2	3	3	2	5	5	5	5	5	6	5.7	6	3.2	4.8	6	31.7	84	Alto	Alto	Alto
5	4	5	5	3	2	4	5	4	5	5	4	4	4.2	4.8	5.7	3.6	5.6	5.2	29.1	78	Medio	Alto	Alto
5	5	5	5	3	3	3	4	4	3	3	5	4	4.8	4.5	6	3.6	4.4	4.8	28.1	75	Alto	Alto	Alto
4	5	5	4	3	3	3	5	5	4	5	5	5	5.4	4.8	5.4	3.6	5.6	6	30.8	81	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	2	4	3	3	4	5	5	5	6	5.4	6	3.6	4	6	31	82	Alto	Alto	Alto
4	4	5	5	3	2	4	4	5	4	4	5	4	3.6	3.3	5.4	3.6	5.2	5.2	26.3	70	Medio	Medio	Alto
4	4	4	4	3	2	2	4	5	4	5	5	5	3.6	3.3	4.8	2.8	5.2	6	25.7	68	Medio	Medio	Alto
4	4	4	4	2	1	3	4	5	5	5	5	5	3.6	3.6	4.8	2.4	5.6	6	26	69	Medio	Medio	Alto
4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	3	5	4	2.4	3.6	4.8	3.2	4.4	4.8	23.2	63	Bajo	Medio	Alto
3	5	5	5	4	2	4	5	3	2	3	4	4	4.8	4.8	5.4	4	4	4.4	27.4	73	Alto	Alto	Alto
4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4.8	5.4	4.8	4.8	5.6	6	31.4	83	Alto	Alto	Alto
3	2	2	3	2	1	2	3	3	2	3	3	2	3	2.7	3	2	3.2	3.2	17.1	45	Medio	Medio	Medio
2	3	2	3	3	3	4	4	5	5	5	5	5	4.8	4.8	3	4	5.6	6	28.2	73	Alto	Alto	Medio
3	3	5	4	2	1	4	4	5	5	4	5	4	4.8	5.4	4.5	2.8	5.6	5.2	28.3	75	Alto	Alto	Alto
5	4	5	5	3	2	4	4	5	4	5	5	5	6	5.4	5.7	3.6	5.2	6	31.9	84	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	4	2	4	3	4	5	5	5	5	3	4.2	6	4	4.8	6	28	76	Medio	Alto	Alto
4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4.8	5.1	5.7	4.8	4.8	5.2	30.4	81	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	4	4	3	3	3	5	5	5	6	5.4	6	4.4	3.6	6	31.4	83	Alto	Alto	Alto
3	3	4	4	1	1	2	3	2	2	2	2	2	1.8	2.4	4.2	1.6	2.8	2.4	15.2	42	Bajo	Medio	Alto
4	5	5	5	3	3	3	4	5	5	5	5	5	4.2	3.6	5.7	3.6	5.6	6	28.7	76	Medio	Medio	Alto
5	5	5	5	3	2	2	3	5	5	5	5	5	6	6	6	2.8	5.2	6	32	85	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	5	5	5	4.8	4.5	6	3.6	3.6	6	28.5	76	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5.4	5.7	6	5.2	4.8	6	33.1	88	Alto	Alto	Alto
5	5	4	5	3	1	2	4	4	4	5	4	4	5.4	5.7	5.7	2.4	4.8	5.2	29.2	78	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	4	2	4	4	4	4	5	5	5	5.4	6	6	4	4.8	6	32.2	86	Alto	Alto	Alto
4	4	5	4	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	4.2	5.1	2.8	4.8	4.4	24.3	66	Medio	Alto	Alto
4	4	5	5	4	2	4	3	5	4	5	5	5	3	3	5.4	4	4.8	6	26.2	70	Medio	Medio	Alto
5	5	5	5	3	2	2	4	4	4	4	5	5	5.4	4.5	6	2.8	4.8	5.6	29.1	77	Alto	Alto	Alto
4	4	4	4	2	1	1	3	3	3	2	2	2	4.8	3	4.8	1.6	3.6	2.4	20.2	53	Alto	Medio	Alto
3	3	4	4	2	2	3	4	5	4	5	5	5	3.6	3.6	4.2	2.8	5.2	6	25.4	67	Medio	Medio	Alto
5	5	5	5	3	3	3	4	4	4	5	4	5	6	6	6	3.6	4.8	5.6	32	85	Alto	Alto	Alto
4	4	4	5	2	2	3	4	3	3	3	5	3	3.6	3.9	5.1	2.8	4	4.4	23.8	64	Medio	Medio	Alto
3	3	4	5	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5.4	4.8	4.5	4.4	5.6	6	30.7	80	Alto	Alto	Alto
4	3	4	4	2	2	3	5	5	5	5	5	5	4.8	4.8	4.5	2.8	6	6	28.9	76	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5.4	5.7	6	4	5.2	6	32.3	86	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	5	6	6	6	4.8	5.6	5.6	34	90	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	4	4	3	5	4	4	4	5	5	4.8	4.5	6	4.4	5.2	5.6	30.5	81	Alto	Alto	Alto
4	4	5	5	3	2	4	4	5	4	5	5	5	4.2	4.5	5.4	3.6	5.2	6	28.9	77	Medio	Alto	Alto
4	5	5	5	3	2	3	3	2	3	5	5	5	4.2	3.9	5.7	3.2	3.2	6	26.2	70	Medio	Medio	Alto
4	4	4	4	1	1	2	2	3	2	3	5	4	2.4	2.4	4.8	1.6	2.8	4.8	18.8	51	Bajo	Medio	Alto
4	4	4	5	1	1	2	3	3	3	3	4	3	3.6	2.7	5.1	1.6	3.6	4	20.6	55	Medio	Medio	Alto
4	4	4	5	2	2	4	5	4	3	5	4	4	4.2	3.3	5.1	3.2	4.8	5.2	25.8	68	Medio	Medio	Alto
2	3	4	5	4	1	4	5	4	4	5	5	4	5.4	3.9	4.2	3.6	5.2	5.6	27.9	72	Alto	Medio	Alto
5	5	5	5	3	2	4	5	5	4	5	5	5	4.8	5.1	6	3.6	5.6	6	31.1	83	Alto	Alto	Alto
5	5	5	5	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5.4	5.1	6	4.4	6	6	32.9	87	Alto	Alto	Alto

28.0096774

Nivel O	Nivel S	Nivel D	Nivel tota	Disf sexua	Dde	DE	DL	DO	DS	Ddo
Medio	Alto	Medio	Alto	Sin DS	-1.2	-1.8	-0.3	-0.8	-0.4	-1.2
Medio	Alto	Medio	Medio	Con DS	0	0	0	0	0	-0.4
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	0	0	0.4	0	-2
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	0	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	-0.9	-1.5	-0.8	0	0
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	0	0	-0.4	0	0
Medio	Medio	Alto	Medio	Sin DS	-0.6	-0.6	0	-0.8	0	-2.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	1.2	0	0.8
Alto	Alto	Medio	Alto	Sin DS	-0.6	-4.8	-4.8	-2.4	-2	-3.6
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	-0.3	0	-0.8	0	-0.4
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	-0.8	0.4	0
Bajo	Alto	Alto	Medio	Sin DS	-0.6	-0.6	0	1.2	0	0.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	-0.3	-0.3	-1.2	-0.4	-0.8
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-0.6	0	-0.4	-0.4	-0.4
Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	-0.6	-0.3	0	-0.4	-0.4	-0.8
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-0.3	-0.9	-1.2	0	-1.6
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	-0.3	0	-0.4	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	-0.4	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	0	0.3	0	0	0.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-2.4	-2.1	-0.6	-2	-0.8	-3.6
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0.3	-0.8	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	-0.4	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-0.6	0	0	0	-0.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	-0.6	0	-0.4	0	-1.2
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	-1.8	-1.2	0	0	0
Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	0	-0.3	-0.6	-0.8	-0.4	-1.2
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.8	-2.4	-2.1	-1.6	-1.2	-0.8
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	-0.3	-0.3	-1.6	-0.4	-0.4
Medio	Medio	Medio	Medio	Con DS	-1.8	-0.6	0	-0.4	0	-1.2
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	0	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	1.2	0.6	1.2	0.8	0	-0.8
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	0.3	0.3	-0.4	0	0
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	-0.3	0.8	0	-0.8
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.8	-1.5	-0.6	-1.6	-0.8	-1.6
Alto	Medio	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	-0.3	-0.6	-1.2	0	0
Bajo	Medio	Medio	Medio	Con DS	-0.6	0.3	0	-0.4	0	-0.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0.3	-0.6	-0.4	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	-0.3	0	0.4	0.4	0
Medio	Medio	Alto	Alto	Sin DS	-1.8	0	0	-0.4	-0.8	-4
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	-0.8	0	-1.6
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	0	0.4	0
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-1.2	-1.2	-1.2	-0.8	-0.4
Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	0	0	0	0.4	-0.4	0
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	-0.3	0	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-4.2	-2.1	-1.8	-1.2	-1.2	-1.6
Bajo	Medio	Medio	Medio	Con DS	-3	-1.2	-0.9	-0.4	0	-0.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	-0.6	0	-0.4	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	-1.2	-0.9	-0.8	0	-2
Medio	Alto	Alto	Medio	Sin DS	-1.2	-2.1	-0.6	-0.8	-0.8	-1.6
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0.3	0	-0.8	0.4	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0.3	0	-0.4	0	0
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-0.9	0	-0.4	-0.4	-2
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	0	-0.3	0	-0.4	-1.6
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-0.9	-0.6	-0.8	-0.4	-2.4
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	0	-0.4	0
Medio	Medio	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	0.3	0	0	0	0
Bajo	Medio	Alto	Medio	Con DS	-0.6	-0.3	-0.9	0	-0.4	-1.6
Bajo	Medio	Alto	Medio	Con DS	-2.4	-0.9	-1.5	-0.4	0	-2
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	-0.6	-0.9	0	-0.4	-2.8
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	0	0	0	-0.4	0	0
Medio	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-0.6	0	-0.6	0	0	0
Alto	Alto	Alto	Alto	Sin DS	-1.2	0.3	0	-1.2	0	-1.2
					-0.67741935	-0.4983871	-0.37258065	-0.4516129	-0.19354839	-0.8
					0.87242255	0.88419491	0.79592597	0.68514494	0.41444055	1.05706057

