



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**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.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**  
**PRESENTADO POR:**

**BACHILLER MORENO MARTINEZ GABRIELA LUZ**  
**BACHILLER QUILCA PINEDO NOEMI AMANDA**

**Lima-Perú**

**2016**

## **DEDICATORIA**

A las gestantes del Centro de Salud Materno Infantil de Santa Anita, por ser el objetivo de nuestra investigación.

A nuestros padres, hermanos y familiares que diariamente nos apoyaron en nuestra formación profesional.

A la Universidad Norbert Wiener por brindarnos una excelente calidad educativa en nuestra formación profesional con valores éticos y científicos plasmados en su misión y visión institucional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, hermanos y familiares por su apoyo constante, y responsabilidad que nos han guiado cotidianamente.

A mis profesores por su apoyo y guía para la culminación de nuestra tesis y a todos los docentes que nos han enseñado durante nuestra formación profesional; y de manera muy especial al Jurado examinador.

**ASESOR DE TESIS**

Magíster Ayala Peralta, Félix Dasio

**JURADO**

**PRESIDENTE:** Dr. Carlos Leonidas Rodríguez Chávez

**SECRETARIA:** Mag. Carola Claudia Arbildo Rodríguez

**VOCAL:** Lic. Vanessa Valdivieso Oliva

## INDICE

	Pág
<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
1.1. Planteamiento del problema .....	3
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivo.....	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivo Específico.....	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1 antecedentes nacionales.....	7
2.1.2 antecedentes internacionales.....	9
2.2. Base Teórica.....	13
2.3. Terminología.....	22
2.4. Hipótesis.....	25
2.5. Variables.....	25
2.6. Operacionabilidad de variables.....	26
<b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	29
3.2. Ámbito de la Investigación.....	29
3.3 Población y muestra.....	29
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadísticos.....	33
3.6. Aspectos éticos.....	33

<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
4.1. Resultados.....	35
4.2. Discusión.....	42
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>47</b>
5.1 Conclusiones. ....	47
5.2 Recomendaciones. ....	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>53</b>

## 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.

## SUMMARY

**Objective:** To determine Partners factors in sexual dysfunction during pregnancy in pregnant women attended at the Santa Anita Maternal and Child Health Center, from January to October 2016.

**Materials and methods:** Observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study of 201 pregnant women applying the Female Sexual Function Index (FSF) and Chi-square test for statistical analysis.

**Results:** The mean age of pregnant women was  $26.2 \pm 4.3$  years, where 94.5% were pregnant women between 19 and 34 years of age. The predominant sociodemographic characteristics were those living with 64.2% and secondary education with 46.8%. They presented sexual dysfunction in 42.8% of pregnant women studied. Partners factors that influenced sexual dysfunction were: gestational age ( $p < 0.001$ ); Unplanned pregnancy ( $p < 0.001$ ) and presence of urinary tract infection ( $p < 0.001$ ). The urinary tract infection is 5.7 times higher in pregnant women with sexual dysfunction than those who do not have sexual dysfunction. In the third trimester of gestation the sexual dysfunction is 13.5 times greater than those that do not have sexual dysfunction. The prevalence of sexual dysfunction is greater in the first and third trimester of gestation; On the other hand, improves sexuality in the second trimester of gestation. Pregnant women who planned their pregnancy present a higher value in the satisfaction domain; While those who did not plan present a higher valuation in the lubrication and satisfaction phase. The presence of urinary tract infection significantly impairs sexual function by altering all domains.

**CONCLUSIONS:** The findings suggest that Partners factors such as urinary tract infection, unplanned pregnancy influence sexual dysfunction during pregnancy with higher prevalence during the first and third trimester of gestation.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La gestación ejerce diferentes acciones sobre las funciones y sensaciones sexuales, las cuales no son similares; pues para algunas mujeres el embarazo es un período de mayor conciencia y goce sexual; en cambio para otras, no notan cambios o experimentan disminución de sus deseos sexuales(1,2).

En los trabajos de Masters y Johnson, publicados en 1966, se describieron con precisión científica las reacciones funcionales que experimentan los hombres y las mujeres durante las diversas etapas del ciclo de respuesta sexual. Estos autores dividieron las fases de la respuesta sexual en cuatro: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente Helen Singer Kaplan, en 1978, añadió una fase inicial de deseo y Sandra Leiblum, en 1990, agregó una fase final llamada satisfacción. (3,4).

La presencia de cualquier trastorno en la sexualidad femenina, sea interrupción o cambios en cualquiera de las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución, satisfacción), puede dar lugar a la aparición de disfunciones sexuales (5-8).

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad de la persona, en su sentido más pleno, y por tanto constituye un problema de Salud Sexual y Reproductiva, que si bien no pone en peligro la vida de los pacientes, afecta en forma directa la salud y la calidad de vida. La disfunción sexual es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea (Organización Mundial de la Salud, OMS 1992). Esta definición ha sido luego sistematizada teniendo en cuenta las distintas fases de la respuesta sexual (9).

Este problema afecta a ambos sexos, estimándose que el 43% y el 31% de mujeres y varones, respectivamente, sufren de este trastorno, provocando un impacto social muy importante (10).

Durante el embarazo, el deseo sexual de la pareja puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible .Generalmente, la gestante puede reaccionar de dos maneras. Hay embarazadas que se sienten más femeninas y viven el

embarazo desde la sensualidad y, otras, sin embargo, el cansancio del sobrepeso, la angustia y las hormonas provocan una disminución del deseo. La influencia de estas hormonas en las mamas y órganos sexuales puede hacer que aumente la sensibilidad e influya, así, positiva o negativamente (11-13).

En el caso de las mujeres, la disfunción sexual es más difícil de demostrar, principalmente por el silencio que durante varios años ha reinado; enfocándose principalmente en una población vulnerable, como es el caso de las gestantes, es común observar cambios continuos en la conducta sexual, debido a la reducción del interés sexual y la actividad coital, siendo diferenciado por meses. La gestación influye de manera directa sobre la vida sexual, ocasionando dificultades en la mayoría de parejas, es habitual observar, por ejemplo, que, durante los tres primeros meses de gestación, el deseo sexual se reduzca considerablemente, siendo los factores generalmente evidenciados la edad de la gestante, la desconfianza, la inseguridad y el descubrimiento de los instintos maternales, lo cual provoca que la mujer repliegue sus reflejos sexuales. De igual manera, en los tres últimos meses, la actividad sexual disminuye, estando asociado este cambio al dolor generado por el embarazo, la incomodidad, entre otras.

## **1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son 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?

## **1.3.JUSTIFICACIÓN**

La disfunción sexual femenina (DSF) se define como cualquier trastorno en el proceso de contacto sexual, incluyendo 6 dominios principales, el deseo, la excitación, la meseta, el orgasmo, la resolución y satisfacción, que genera estrés personal y tiene impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales (14). Su etiología es multifactorial, debido a sus diversos componentes.

La disfunción sexual femenina posee una prevalencia muy alta entre la población femenina mundial. Existen factores individuales, culturales y sociales que influyen en la presencia de la DSF, su mejor entendimiento es vital para planificar estrategias innovadoras de los diferentes niveles de prevención, que reduzcan la progresión de la disfunción sexual y el impacto en la calidad de vida de las mujeres con esta condición (15).

La sexualidad humana y en especial durante la gestación ha estado sujeta a limitaciones, si bien es cierto a lo largo de la historia la concepción y expresión de las personas acerca de la sexualidad ha ido evolucionando, hasta la actualidad todavía se está muy lejos de alcanzar la totalidad en cuanto a este tema, pues de diferentes maneras se evidencia la preocupación de las personas acerca de su sexualidad pero no lo dicen de forma directa, esto limita al personal de salud a dar la información acerca de la sexualidad en la gestación, por otra parte, los diversos profesionales de la salud tienen poco conocimiento científico acerca de esta materia que es muy importante en la vida del ser humano, pues el tema abordado tiene muy pocos antecedentes bibliográficos, y lo poco que se ha estudiado ha sido realizado en la propia gestante a diferencia de una muy pequeña porción de bibliografía internacional que describe el comportamiento sexual de la mujer durante la gestación, al parecer se le ha restado importancia a la intervención también del varón la cual en la práctica diaria se refleja que tanto varón y mujer tienen mucha curiosidad por conocer más acerca de este tema.

Es necesario el fortalecimiento de procesos investigativos en el área de disfunción sexual en gestantes, que contribuya con una construcción de una política pública frente a la sexualidad femenina, que impactará en los determinantes sociales inductores para una equidad de género frente al abordaje de este tipo de enfermedades.

En tal sentido, esta investigación servirá para enriquecer los conocimientos y como marco referencial y punto de partida a futuras investigaciones que tengan interés en resolver problemas de esta índole.

## **1.4 OBJETIVOS:**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

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.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir las características socio demográficos de las gestantes.
2. Determinar la prevalencia de la disfunción sexual en las gestantes.
3. Determinar la prevalencia de los factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo.
4. Identificar la disfunción sexual en gestantes por edad gestacional (primer, segundo y tercer trimestre).

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

##### 2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES

A nivel nacional encontramos los siguientes antecedentes:

**Gonzales LA (2016)**, en su tesis titulada: “Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio– setiembre 2015” cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de julio a setiembre del año 2015. Metodología: Es un estudio descriptivo correlacional, prospectivo y transversal, con enfoque cuantitativo, con una muestra de 306 gestantes que acudían al consultorio de obstetricia a quienes se les aplicó un cuestionario sobre Índice de función sexual femenina, y otro para identificar los factores asociados a la disfunción sexual durante el embarazo. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para el análisis inferencial se utilizaron herramientas estadísticas de asociación, el test de chi cuadrado ( $X^2$ ) con un nivel de confianza al 95%. Principales resultados: El 82% de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho presentan disfunción sexual. Los factores socioculturales que están asociados a la disfunción sexual en las gestantes son la edad de la pareja ( $p=0.000$ ), el grado de instrucción ( $p=0.000$ ) y la privacidad en el hogar para tener relaciones sexuales ( $p=0.001$ ). Acerca de los factores biológicos asociados a la disfunción sexual son el Índice de Masa Corporal ( $p=0.000$ ), la paridad ( $p=0.000$ ), la edad gestacional ( $p=0.002$ ) y la no planificación del embarazo ( $p=0.000$ ). Los factores relacionados a las creencias asociados a la disfunción sexual son el no recibir información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo ( $p=0.000$ ), el pensar que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al bebé( $p=0.000$ ) , alguna complicación durante el embarazo ( $p=0.000$ ) o alguna complicación durante el parto ( $p=0.002$ ) y el pensar que existe obligación de cumplirle sexualmente al marido ( $p=0.027$ ). Concluye que, los principales factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden al

consultorio de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho son el Índice de Masa Corporal, la paridad, el grado de instrucción, la privacidad en el hogar para tener relaciones sexuales, el pensar que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al bebé o alguna complicación durante el embarazo (16).

**Guibovich A y col (2015)** en su estudio: “Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico” cuyo objetivo fue conocer las características de la actividad sexual en gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a hospitales públicos de Lima Metropolitana. Materiales y Métodos: 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 quienes aceptaron voluntariamente participar y firmaron el consentimiento informado, se realizó una encuesta validada por expertos. Tuvo como resultados: Se encuestaron 1991 gestantes, 924 tenían entre 15 y 25 años, la mayoría eran casadas, y católicas y 1380 habían nacido en Lima. La mayoría, era multigesta, con embarazo a término y dijo no haber tenido RN pre-término. 1347 tuvieron 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 en el tercer trimestre. 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 (17).

**Cervantes R y col (2004)** en el estudio de “Sexualidad en gestantes” con el objeto de aportar al conocimiento de la respuesta sexual de la gestante y siguiendo el instrumento usado en un trabajo realizado con estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 121 gestantes de 16 años o más, con 36 a 41 semanas gestacionales según Fecha de Ultima Regla, sin trabajo de parto y convivientes durante el embarazo y desde los 6 meses antes, con ausencia de patología

importante y otros impedimentos para la actividad sexual. Se estudió el interés (deseo), frecuencia (actividad) y respuesta incluido el orgasmo así como las razones que pudieron haber influido en los cambios en la actividad sexual con relación al estado pre gestacional. Resultados: Planeamiento del embarazo: Más de la mitad de los embarazos no fueron planeados. Las razones que a juicio de la gestante influyeron en la disminución de la relación sexual, encontrándose que el temor a hacer daño al embarazo (bebé) ya sea por parte de la paciente y en menor proporción por su pareja, fueron mencionados en más del 50% de los casos. Concluye que, se encontró una disminución del interés, frecuencia y respuesta incluido el orgasmo en el primer trimestre, una recuperación de magnitud variable en el segundo trimestre, y un descenso ostensible en el tercer trimestre (18).

### **2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**A nivel internacional encontramos los siguientes antecedentes:**

**Balestena JM y Col (2014)** publicó el estudio sobre "Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer" cuyo objetivo fue determinar la influencia que tiene la gestación en la sexualidad de la mujer. Material y método: investigación longitudinal, prospectiva y analítica en el policlínico universitario "Hermanos Cruz" de la provincia de Pinar del Río, entre abril de 2010 y febrero de 2011. El universo quedó conformado por todas las mujeres embarazadas captadas precozmente de los grupos básicos de trabajo (GBT) 1, 2 y 3 (n = 218); para la selección de la muestra se escogieron al azar 21 consultorios y de ellos se seleccionaron las primeras siete gestantes captadas antes de las 13 semanas de embarazo (n = 147); se empleó un cuestionario el que fue aplicado en los tres trimestres del embarazo, para la validación de los resultados se empleó la prueba de Chi cuadrado con nivel de significación de  $p < 0,05$ . Tuvo como resultados: se obtuvo una mediana de 2, 3 y 2 coitos semanales según los trimestres del embarazo, en cuanto al deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción sexual tuvieron una relación altamente significativa con el primero y tercer trimestre de la gestación. Concluye que, el embarazo es un proceso que lleva aparejado un trastorno en la sexualidad de la mujer (19).

**Lima AC et al (2013)** en su investigación “Prevalencia de disfunción sexual en primigestas en el municipio de Río Branco, Acre, Brasil” tuvo como objetivo estimar la prevalencia de las disfunciones sexuales, antes y durante el embarazo. Material y métodos: Es un estudio transversal realizado con 778 primigestas, con pareja, que dieron a luz en las dos maternidades de Río Branco, Acre, Brasil, entre el 1° de febrero y el 31 de julio de 2010, mediante entrevista en el posparto. Principales resultados: se obtuvo que la media de edad de las primigestas fue de 20 años, un 45% eran adolescentes, un 19% poseían escolaridad hasta la enseñanza fundamental; un 30% tenían trabajo remunerado, un 86,5% utilizaron el servicio público (SUS) para los partos. La prevalencia de la disfunción sexual fue de un 23,9% antes del embarazo y de un 67,7% durante el embarazo. Antes de la gestación, la falta de deseo sexual fue de un 20,2%, y en la gestación de un 51%. Disminución de la lubricación vaginal durante la gestación fue de un 29,1%, la dispareunia fue de un 1,2% antes de la gestación y un 14,4% durante la gestación, un 3,3% sufrieron insatisfacción sexual antes del embarazo y un 10,8%, en el embarazo. Concluye que, los hallazgos indican que las mujeres estudiadas presentaron una mayor prevalencia de disfunción sexual durante el primer embarazo que en el período anterior a esta gestación (20).

**Balestena JM y col (2014)** en la investigación: “Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual” cuyo objetivo fue identificar la percepción que tienen las mujeres gestantes sobre su función sexual. Material y método: investigación longitudinal, prospectiva y analítica en el Policlínico Universitario "Hermanos Cruz" de la provincia de Pinar del Río, entre abril de 2009 y febrero de 2010. El universo quedó conformado por todas las mujeres embarazadas captadas precozmente de los grupos básicos de trabajo 1, 2 y 3 (n = 218); para la selección de la muestra se escogieron al azar 21 consultorios, y de ellos, se seleccionaron las primeras siete gestantes captadas antes de las 13 semanas de embarazo (n = 147); se empleó un cuestionario el que fue aplicado en los tres trimestres del embarazo, para la validación de los resultados se empleó la prueba de Chi cuadrado con nivel de significación de  $p < 0,05$ . Tuvo como resultados: la edad promedio de las mujeres fue de 28,6 años, el 46,26% eran

trabajadoras, con predominio del preuniversitario como escolaridad, la primigesta y un promedio de 2,8 años de tiempo de matrimonio. La mediana de la frecuencia del coito fue de 1 en el primero y tercer trimestre, existiendo una disminución de dicha frecuencia en ambos trimestre, también en estos períodos disminuyó la percepción del deseo y la excitación sexual, así como la apreciación cualitativa del orgasmo. Concluye que, las mujeres perciben su función sexual muy perturbada durante el proceso de gestación (21).

**García R y col (2009)** en su publicación sobre “Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas en el Hospital Ginecobstétrico, La Habana, Cuba 2008” tuvo como objetivos: caracterizar la expresión de la sexualidad durante el embarazo en un grupo de puérperas. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte trasversal, en el Hospital Ginecobstétrico “Eusebio Hernández”, durante el periodo comprendido entre el 1ro de noviembre de 2007 y 30 de marzo de 2008. Se escogió una muestra de 300 mujeres, se tuvo en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Principales resultados: en la muestra se encontró que, 23 % refirió un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre, mientras que el resto refirió mantenerse igual. El 64 % representó que la calidad de las relaciones sexuales era igual que antes del embarazo. El 89 % planteó que las relaciones sexuales habían sido gratificantes, y el 92 % consideró que las relaciones sexuales debían mantenerse durante el embarazo.

Concluye que, el deseo sexual se mantuvo en las pacientes estudiadas, pero la frecuencia de las relaciones sexuales, disminuyó, en la medida en que el embarazo avanzaba. La mayoría de las encuestadas evalúa de gratificante las relaciones sexuales en este período, manteniéndose la calidad y la forma preferida de las mismas. Una cifra no despreciable de ellas no había recibido información sobre el tema (22).

**Sacomori C, y col (2008)** en su investigación “Prácticas Sexuales de Gestantes Brasileñas” tuvo como objetivo evaluar el impacto del desenvolvimiento del embarazo sobre prácticas sexuales de gestantes en Florianópolis (SC) – Brasil. Método: Se realizó investigación retrospectiva y no probabilística que tuvo como participantes 138 mujeres en el período post-parto inmediato de Florianópolis, Brasil. Fue utilizado el Cuestionario de Sexualidad en la Gestación como instrumento y el análisis de los datos fue hecha a partir de estadística descriptiva e inferencial, con el test no paramétrico de Cochran’Q. Principales resultados: Se obtuvo que la práctica del coito vaginal fue gradual y significativamente menos realizada a lo largo de la gestación (Cochran’s  $Q=31,86$ ;  $p<0,001$ ), así como las prácticas de masturbación (Cochran’s  $Q=9,42$ ;  $p=0,024$ ), ser masturbada (Cochran’s  $Q=31,04$ ;  $p<0,001$ ), masturbar a la pareja (Cochran’s  $Q=14,39$ ;  $p=0,002$ ), felación (Cochran’s  $Q=25,84$ ;  $p<0,001$ ), cunilingus (Cochran’s  $Q=30,70$ ;  $p<0,001$ ), sexo oral mutuo (Cochran’s  $Q=36,37$ ;  $p<0,001$ ) y penetración anal (Cochran’s  $Q=25,59$ ;  $p<0,001$ ). Ninguna de las participantes hizo uso de vibrador. Concluye que, el período gestacional afecta las proporciones de realización de las prácticas sexuales, en cuanto que la variación de los resultados en relación a los otros estudios puede ser debida a los aspectos culturales (23).

**Oelrich P (2006)** en su tesis titulada: “Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva” tuvo como objetivo conocer la prevalencia de trastornos sexuales en las mujeres controladas en el CESFAM “Rahue Alto” de la ciudad de Osorno-Chile. Materiales y Métodos: realizó un estudio de carácter exploratorio a 105 mujeres en edad reproductiva, a las que se les aplicó el cuestionario Función Sexual Femenina (FSM), que valora las dimensiones deseo, excitación, lubricación, orgasmo, ansiedad anticipatoria y problemas con la penetración vaginal durante el último mes. La evaluación de la función sexual con el índice función sexual permitió detectar que el 49,4% de las mujeres tenían una función sexual normal, el 48,3% presenta trastorno moderado, y el 2,2% posee un trastorno severo. El análisis de correspondencia múltiple muestra que las variables sociodemográficas y la función sexual no se comportan de modo uniforme; no existe un estereotipo

con respecto a las variables en estudio. Concluye que, las disfunciones sexuales femeninas, suponen un deterioro en la calidad de vida, y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica (24).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **Sexualidad humana**

La sexualidad es un concepto complejo, consistente en la unión de componentes orgánicos, hormonales y culturales (25) controlados por sistemas intrínsecos del cuerpo humano como el vascular, endocrino y neurológico (26).

La sexualidad es una dimensión de la persona que acompaña al ser desde el momento de la fertilización hasta el nacimiento, y de ahí hasta la muerte. Durante el transcurso de la vida, sobre la base de la cotidianidad, a los factores ya mencionados se le sumarán otros de orden ético, moral, político, de comunicación, de género, y los relacionados con el erotismo y la reproducción; por lo que, el término sexualidad se refiere al conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones diferentes, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social.

Estudios previos describen la respuesta sexual normal con una secuencia flexible, variable, es decir, las fases de la respuesta sexual femenina puede superponerse entre sí, sufrir combinaciones de respuestas psicológicas y físicas (5,6).

### **Disfunción sexual:**

La disfunción sexual femenina es un trastorno que se produce cuando hay un cambio significativo en el comportamiento sexual habitual de la mujer. Disminuyen o incluso desaparecen los pensamientos y fantasías sexuales y se posponen o se evitan las relaciones. Además, existe una incapacidad para disfrutar del coito y esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales. En general, las fases en las cuales las mujeres tienen dificultades

son: deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución, satisfacción, ello puede dar lugar a la aparición de disfunciones sexuales (14).

### **Los factores de riesgo asociados a disfunción sexual femenina:**

La disfunción sexual femenina (DSF) posee una prevalencia muy alta entre la población femenina mundial. Existen factores individuales, culturales y sociales que influyen en la presencia de la DSF. Últimas investigaciones reportan los siguientes: baja frecuencia de relaciones sexuales, presencia de enfermedad médica de base, bajo nivel educativo, edad >40 años, matrimonio >10 años, desempleo o ser ama de casa, menopausia, mala comunicación con la pareja, presentar una pareja con disfunción eréctil (27).

### **Factores biológicos durante el embarazo que se han asociado a la disfunción sexual**

Edad avanzada: Probablemente por una menor lubricación vaginal.

Exceso de peso: Podría conllevar a no sentirse atractivas y esto crear una limitante para no tener relaciones sexuales.

Paridad: La lubricación vaginal aumenta en cantidad y consistencia durante todo el embarazo, sobre todo en las multíparas, porque el embarazo se acompaña de un aumento de las secreciones vaginales (28).

Edad gestacional: Se produce una considerable reducción de la actividad sexual acompañado de un aumento de la fatigabilidad y una disminución de la libido en el tercer trimestre del embarazo.

Para algunas de las mujeres, la pérdida del interés sexual es atribuida a su apariencia física, a su incomodidad o al temor a lesionar el feto.

Otras causas que influyen en la disminución de las relaciones sexuales en el tercer trimestre de la gestación son la torpeza para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre. Asimismo, se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a la incomodidad que produce la gestación avanzada (29).

Infecciones: La infección urinaria y la infección vaginal se han reportado como factores de riesgo para la disfunción sexual.

Complicaciones durante el embarazo: La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influyen en el comportamiento sexual de la mujer. Cuando la mujer queda embarazada, su cuerpo inicia una serie de tremendos cambios fisiológicos que pueden afectar a cada mujer de manera diferente, y no solo en su sexualidad, sino en todo su estado de ánimo, lo que a su vez repercute sobre el deseo y disposición sexual (29).

### **Factores asociados de disfunción sexual durante el embarazo**

Investigaciones recientes realizadas en Japón por Corbacioglu y cols sobre “La función sexual femenina y factores asociados durante el embarazo” , evidenciaron que la función sexual fue afectada significativamente conforme avanzó la gestación y las puntuaciones globales del Índice de Función Sexual Femenina se vieron afectadas negativamente por la preocupación de que la relación sexual puede dañar al embarazo en el último trimestre (38,7% de las mujeres y el 36,2% de las parejas masculinas) y por el estado civil ( $p = 0.044$ ) (30) .

Por otro lado según Ahmed y cols en Egipto en su investigación “La prevalencia de la disfunción sexual femenina durante el embarazo entre las mujeres egipcias”, encontraron que la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo fue de 68,8% y los factores que se asociaron a la disfunción sexual fueron el tercer trimestre de embarazo, la edad avanzada, la paridad y la duración del matrimonio (31).

Asimismo, Naldoni y cols en su investigación “Evaluación de la función sexual en mujeres embarazadas brasileñas” en Estados Unidos, encontraron que la disfunción sexual ( $FSFI \leq 26.5$ ) se presentó en el 61% de las gestantes y hubo una asociación positiva con la edad gestacional, el diagnóstico de incontinencia urinaria y el exceso de peso en el embarazo actual (32).

Finalmente señalar que recientes investigaciones realizadas por Seven y cols con relación a “Los predictores de la función sexual durante el embarazo” en Turquía, encontraron que la disfunción sexual se presentó en el 77.6% de las gestantes y los factores que afectan negativamente la función sexual (disfunción sexual) fueron: tener pareja a edad avanzada, tener antecedentes

de aborto involuntario, una historia de problemas de salud durante el embarazo anterior y un alto nivel de ansiedad (33).

### **Factores asociados que provocan la pérdida del deseo**

Físicas: Las intervenciones quirúrgicas, desajustes hormonales y ciertas enfermedades como la diabetes mellitus, cardiopatías, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y la depresión.

Otros factores: Los cambios en los métodos anticonceptivos, cansancio, estrés, cambios de humor, obesidad, la relación con la pareja, los episodios sexuales traumáticos y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y drogas, pueden favorecer que pierda el deseo sexual.

### **Factores asociados que pueden dificultar la excitación**

Un problema físico puede dificultar o impedir que esto ocurra si existe algo que interfiera con el flujo de sangre o las terminaciones nerviosas en la zona genital.

Las causas podrían ser la diabetes, enfermedades coronarias o aterosclerosis. Otro factor son las lesiones espinales, ya que pueden interferir con los mensajes que se envían desde los órganos genitales al cerebro (34).

### **Función sexual:**

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 hemos descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. 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 (35).

**Respuesta sexual:**

**El modelo lineal** de Masters y Johnson: a principios de la década de 1950 desarrollan este modelo lineal tanto para hombres como para mujeres, con estadios secuenciales de excitación, meseta, orgasmo, resolución. Posteriormente Helen Singer Kaplan, en 1978, añadió una fase inicial de deseo y Sandra Leiblum, en 1990, agregó una fase final llamada satisfacción.

Durante la resolución el cuerpo vuelve a los niveles normales de frecuencia cardiaca, respiración, presión arterial, etc., y experimenta una sensación general de bienestar. Muchas mujeres pueden volver rápidamente a la fase orgásmica con pequeños estímulos y puede experimentar orgasmos repetidos durante más de una hora. Los hombres tienen un periodo refractario en el que no pueden tener orgasmos, pero si mantener la erección parcial o total. Su duración es variable desde pocos minutos a varios días (36,37).

**Fase de deseo:** Se llama deseo, libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación, para responder a ellos y gratificarse, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompañan (38).

**Fase de excitación:** Se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vaso congestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la exudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales. Estudiaron esta fase en seis mujeres antes y durante el embarazo y encontraron que la congestión venosa propia de la gestación, debida probablemente a cambios hormonales, provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las

mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación (12).

Se produce un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, Debido a su vasodilatación. Ello se traduce en la erección y crecimiento del clítoris, y la vaso congestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal, para facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen (38). Otro fenómeno es el de la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, que se observa tanto si hay penetración como si la excitación se produce por estimulación del clítoris. Esto ocurre para dejar el espacio necesario al pene (38).

**Fase de meseta:** Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que estos autores denominan “plataforma orgásmica” (Masters y Johnson, 1972). El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vaso congestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio 24 por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito (12).

**Fase orgásmica:** Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individual. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas (39).

**Fase de resolución:** Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción del vaso congestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva RS. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad (38).

**Fase de satisfacción:** Esta fase sexual, está ligada a la intimidad, es la máxima expresión afectiva, mayor comunicación emocional y un encuentro entre lo físico y lo espiritual.

Cada miembro suele estar muy satisfecho de su relación, porque esta le permitió disfrutar de muchas ventajas a nivel personal:

- Pudo expresar su sexualidad.
- Pudo tener a alguien con quien poder hablar de todo.
- Tuvo la sensación de sentirse querido y de querer a alguien.

En relación al orgasmo es importante saber la intensidad con que se realizó, para saber cuál es el grado de satisfacción. Por ejemplo una mujer multiorgásmica va a tener una respuesta mucho más intensa que la que tendría si en la relación no hubiera tenido un orgasmo.

Esto puede ser muy común, porque la sangre atrapada en los órganos pélvicos puede dar lugar a la sensación de pesadez y malestar pélvico.

### **Sexualidad durante el embarazo.**

La sexualidad es un fenómeno rico y multidimensional. Durante el embarazo es posible aumentar el deseo de tener relaciones sexuales o todo lo contrario, no querer tenerlas en absoluto. Ambas situaciones son normales, en la cual se requiere del apoyo emocional de la pareja.

Desde una perspectiva biológica, al comienzo de la gestación las mujeres suelen sufrir cansancio y molestias, que pueden conllevar una disminución de la libido. Es normal también notar una hipersensibilidad en los pechos e incluso en algunos casos segregación de pre calostro cuando los estimulan (38).

### **Beneficios de las relaciones sexuales:**

- Mejora la relación de la pareja.
- Relaja la tensión que existe en el embarazo y hace que la mujer se sienta mejor.
- Una quinta parte de las mujeres descubren el orgasmo por primera vez durante el embarazo.
- El bebé recibe dentro del útero una sensación placentera transmitida desde la madre debido a la segregación de endorfinas.
- El orgasmo provoca pequeñas contracciones de mayor o menor duración dependiendo de la irrigación sanguínea pero no provoca contracciones de parto.
- Ayuda al progreso del trabajo de Parto (40).

### **Riesgos y contraindicaciones:**

- Amenaza de aborto o parto prematuro.
- Placenta previa.
- Ruptura prematura membranas.
- Sangrado vaginal.
- Otras patologías indicadas por el profesional de salud (40).

### **Cambios en la respuesta sexual según el trimestre de gestación**

Los principales cambios que ocurren con frecuencia durante el embarazo e influyen de alguna manera en el comportamiento sexual según trimestre de gestación tenemos (11,12, 39, 41, 42):

#### **Primer trimestre:**

En el primer trimestre de gestación comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán a lo largo del embarazo y a asumir su nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias. El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. En el primer trimestre de embarazo puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante, o puede ocurrir todo lo contrario. El síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones; este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en el petting (Con este nombre se conoce a todo tipo de juegos sexuales sin penetración, incluye aquellos contactos físicos como son roces, besos, caricias, que se realizan mutuamente los miembros de la pareja con intención de incrementar la excitación sexual) durante esta etapa del embarazo. Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor. Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios.

### **Segundo trimestre:**

Durante este período suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, ya que existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas, y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres, anteriormente anorgásmicas, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.

### **Tercer trimestre:**

La mayoría de las mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital debido a la incomodidad producida por la gestación avanzada, y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el parto.

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo.

## **2.3. TERMINOLOGÍA**

- **Factores asociados con disfunción sexual:** Son todos aquellos factores de riesgo de causa materna como patologías infecciosas (infección urinaria), enfermedades metabólicas (Diabetes Mellitus tipo 2), hipertensión arterial, amenaza de aborto, anemia, que pueda potencialmente desencadenar en disfunción sexual.
- **Función sexual:** condición fisiológica que se puede realizar libremente durante el embarazo, sin que ello conlleve a un aumento de la morbi-mortalidad materno-fetal, siempre que no existan contraindicaciones para su realización.

- **Disfunción sexual:** problemas en la respuesta sexual humana la cual hemos considerando (deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución, satisfacción) que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja.
- **Factores asociados:** estímulos internos o externos de la gestante que van a influir en el desarrollo de la disfunción sexual.
- **Factores biológicos:** Acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica.
- **Actividad sexual:** expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de sufrir daño. La noción cualitativa inicial, es decir, la ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: riesgo bajo y riesgo alto.
- **Factor de riesgo:** Toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Se habla de utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte evitables o reducibles si se emprenden acciones antes de que ocurran.
- **Factor de riesgo materno concepcional:** Características o cualidades presentes en la madre durante el embarazo que otorgan una mayor

probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de disfunción sexual.

- **Índice de función sexual:** Rosen y cols, desarrolló 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. La paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor). Del análisis factorial se deducen 6 dominios diferentes que explora el cuestionario: Deseo ; Lubricación ; Orgasmo; Satisfacción ; y Dolor.
- **Dominios del índice la función sexual femenina:** Dichos dominios fueron propuestos en el instrumento de índice de función sexual, los cuales reemplazaran a las fases de la respuesta sexual y con lo que se medirán si existe o no disfunción sexual en la gestante. Los coeficientes de confiabilidad fueron altos para cada uno de los dominios ( $r = 0,79-0,86$ ). Además de poseer un alto grado de coherencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0.82 a más).
- **Relación sexual:** se define como penetración del pene en la vagina.
- **Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

## **2.4. HIPÓTESIS:**

**H<sub>1</sub>:** Los factores que están asociados significativamente en la disfunción sexual durante el embarazo, son: edad gestacional, embarazo no planificado e infección de tracto urinario, en la gestante atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo enero – octubre 2016.

**H<sub>0</sub>:** Los factores que están asociados significativamente en la disfunción sexual durante el embarazo, no son: edad gestacional, embarazo no planificado e infección de tracto urinario, en la gestante atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo enero – octubre 2016.

## **2.5. VARIABLES:**

### **2.5.1 Variable independiente:**

- Factores asociados

### **2.5.2 Variable dependiente:**

- Disfunción sexual

### **2.5.3 Variables intervinientes:**

- Edad
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Estado civil

## 2.5. OPERABILIZACION DE VARIABLES

Dimensión		Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Técnicas de medición
Intervinientes	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Encuesta
	Estado civil.	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Cualitativa	Ordinal	a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Viuda e. Separada	
	Ocupación	Actividad que realiza	Cualitativa	Ocupación	a. ama de casa b. obrero c. independiente d. estable e. otros	
	Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Cualitativa	Ordinal	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Superior técnico e. Superior universitario	
	Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración.	Cualitativa	Ordinal	a. Católica b. Evangélica c. Agnóstico d. Otros	
Independiente	Factores Asociados	Diabetes mellitus	Estímulos internos o externos de la gestante que van a influir en el desarrollo de la disfunción sexual.	Cualitativa	Nominal	1.SI( ) 2.NO( )
		Hipertensión Arterial				1.SI( ) 2.NO( )
		Obesidad				1.SI( ) 2.NO( )
		Anemia				1.SI( ) 2.NO( )
		ITU				1.SI( ) 2.NO( )
		Amenaza de aborto				1.SI( ) 2.NO( )
	Número de gestaciones	Cuantitativa	Razón	En números		
	Número de hijos vivos	Cuantitativa	Razón	En números		
	Edad gestacional	Cualitativa	Nominal	(a) 1 a 13 semanas (b) 14 a 26 semanas (c) 27 a 41 semanas		
	Su embarazo fue	Cualitativa	Nominal	(a) No planificado (b) Planificado		

		Antecedentes de aborto		Cualitativa	Nominal	(a)No (b)Aborto provocado (c)Aborto espontaneo (d)Aborto Involuntario (e) Otros.	
Dependiente: Disfunción sexual	Deseo		se definen como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.	Cualitativa	Nominal	- Sensación de deseo o interés sexual. - Intensidad de deseo o interés sexual.	Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).
	Excitación					- Frecuencia de excitación sexual Durante la actividad sexual. - Intensidad excitación sexual durante la actividad sexual - Confianza de excitarse durante la Actividad sexual. - Frecuencia de satisfacción con su Excitación durante la actividad sexual.	
	Lubricación					- Frecuencia de lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual. - Dificultad para lubricar durante la Actividad sexual. - Frecuencia para mantener lubricación hasta finalizar la actividad sexual. - Dificultad para mantener la Lubricación.	
	Orgasmo					- Frecuencia para alcanzar el orgasmo o clímax. - Dificultad para alcanzar el orgasmo. - Satisfacción con la capacidad de alcanzar el orgasmo.	

	Satisfacción				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción con la cercanía emocional durante la actividad sexual.</li> </ul>	
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción con la relación sexual.</li> <li>- Satisfacción con vida sexual en general</li> </ul>	
	Dolor				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de discomfort o dolor durante la penetración.</li> <li>- Frecuencia de discomfort o dolor después de la penetración.</li> <li>- Intensidad de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal.</li> </ul>	

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo, analítico y transversal.

#### **3.2 ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se realizó en el servicio de consultorio externo de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita, ubicado en el Distrito del Santa Anita, Lima-Perú.

#### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.3.1 Población**

Toda gestante que se encuentre en el servicio de consultorio externo de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita durante el periodo enero – Octubre 2016.

##### **3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

###### **Criterios de inclusión**

- Gestante que se encuentre en el servicio de consultorio externo de obstetricia y de cualquier edad cronológica.
- Gestantes del I trimestre al III trimestre.
- Gestantes nulíparas, multíparas y grandes multíparas.
- Gestante que no haya tenido contra-indicaciones para el coito en la gestación; por riesgo de parto pre-maturo, si existe sangrado o flujo vaginal, placenta previa, si existe pérdida de líquido amniótico, u otros diagnósticos que impidan tener relaciones sexuales en la gestación.
- Si participan las gestantes con los siguientes diagnósticos: Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Anemia, ITU.
- Que su pareja no hayan tenido patologías que impidan el coito durante la gestación, como infecciones de tracto urinario u otros.
- Gestantes con cualquier grado de instrucción.

- Que desee participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes no gestantes, o gestante que se encuentre en cualquier otro servicio del hospital.
- Gestante que tenga contra-indicaciones para el coito en la gestación; por riesgo de parto pre-maturo, si existe sangrado o flujo vaginal sin motivos, placenta previa, si existe rotura o pérdida de líquido amniótico, u otros diagnósticos que impidan tener relaciones sexuales en la gestación.
- Que no desee participar en el estudio.
- Gestantes con problemas mentales o psiquiátricos

#### **3.3.3 Unidad de análisis**

Gestante que se encuentre en el servicio de consultorio externo de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita.

#### **3.3.4 Muestra**

La muestra fue obtenida de las gestantes que se encuentren en el servicio de consultorio externo de obstetricia. La población calculada se obtuvo de los datos estadísticos que fueron facilitados del área de estadística del centro de salud materno infantil Santa Anita, que asciende a 423 gestantes atendidas por consultorio externo de obstetricia durante el periodo 2014.

#### **3.3.5 Tamaño de Muestra**

$N = 423$  (Gestantes atendidas por consultorio externo entre el periodo 2014)

$Z = 1.96$

$P = 0.5$

$\alpha = 0.05$

$nc = \text{¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.}$

$nc = 3.8416 * 0.25 / 0.0025$

$$n_c = 384.16$$

*Factor de AJUSTE*

$$n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{N_t}}$$

*Donde :*

$n_c$  : Muestra Calculada

$n_f$  : Muestra Final

$N_t$  : Población Finita dada

$$n_f = \frac{384.16}{1 + 384.16/423}$$

$$n_f = \frac{384.16}{1.909}$$

$$n_f = 201.24$$

El tamaño de la muestra fue 201 gestantes que son atendidas por el servicio de consultorio externo de obstetricia.

### 3.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la ejecución de la investigación se solicitó un permiso al director y al jefe del servicio de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita, solicitando la autorización para poder encuestar a las gestantes que se encuentren en el servicio de consultorio externo de obstetricia, los cuales se ajusten a los criterios de inclusión establecidos anteriormente. Durante el periodo en que fue tomada la encuesta, Agosto – Setiembre del 2016. Se realizó el consentimiento informado de forma verbal a las pacientes para que nos brinden la autorización de tomar sus datos brindados para la investigación.

La población se obtuvo de los datos estadísticos que nos facilitaron en la respectiva área del centro de salud materno infantil Santa Anita, que corresponden a todas las gestantes atendidas por consultorio externo de obstetricia durante el año 2014. Para después de realizar el cálculo de tamaño de muestra para una población infinita poder realizar el cálculo de muestra para una población finita incluyendo el dato encontrado y obtener la muestra final.

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

### **Forma de evaluación de la función sexual**

Después de cuatro años de haber sido presentado este instrumento, Blumel y cols(43) establecieron que para hallar el puntaje total por cada dominio se debe multiplicar cada uno por un factor. Al dominio deseo, por el factor 0.6; al dominio excitación y lubricación por el factor 0.3 y al dominio orgasmo, satisfacción y dolor por el factor 0.4. De esta manera el resultado final será la suma aritmética de los 6 dominios. Además se consideró que a mayor puntaje mejor sexualidad y se considera disfunción cuando el puntaje total sea menor de 26.5 puntos.

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	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). Los valores obtenidos fueron  $19,2 \pm 6,63$  en pacientes con disfunción sexual versus  $30,5 \pm 5,29$  en los controles, con un valor de  $P \leq 0,001$ .

Luego de ello se agregó 1 pregunta que consta en 5 ítems para poder conocer los factores asociados que influyen en la disfunción sexual, es solo para marcar sí o no.

### **3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez culminada la recolección de datos se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 15.0, tanto para variables cualitativas como cuantitativas, en el cual las encuestas fueron ingresadas y procesadas una a una. Los datos fueron analizados con la estadística descriptiva, donde se calcularon las medidas de tendencia central y los resultados presentados en cuadros de distribución de frecuencias (en gráficos circulares, y de barras)

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

#### **3.6.1 Confidencialidad:**

El investigador del presente trabajo garantiza la privacidad, confidencialidad y anonimato de las participantes. La privacidad quiere decir mantener el control del individuo sobre sus límites personales para compartir información. Confidencialidad es lo acordado con los entrevistados en lo referente a lo que se puede y no se puede hacer con sus datos. Finalmente, el anonimato se refiere a asegurar que no se dará ninguna información que pueda permitir la identificación de los individuos entrevistado.

#### **3.6.2 Consentimiento informado:**

A través de un documento emitido a las autoridades competentes del hospital se solicitó el permiso correspondiente, para realizar la investigación en el

hospital y área de su representación, asimismo se solicitó la participación consentida del sujeto de estudio en forma verbal, garantizando en todo momento que la investigación se efectúe con fines académicos.

### **3.6.3 Veracidad:**

Se garantiza que los datos fueron analizados de manera correcta, sin alterarlos, ni manipularlos de ninguna forma posible, es decir fueron tabulados tal cual lo expreso el entrevistado.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

Se presenta los resultados de 201 gestantes que son atendidas en el servicio de consultorio externo de obstetricia del centro de salud materno infantil de Santa Anita durante el periodo 2016, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, encontrándose una prevalencia del 42,8% de disfunción sexual.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo Enero – Octubre 2016**

Características sociodemográficas	$\bar{x} \pm DS$	
	N	%
Edad	26,2 $\pm$ 4,3	
Adolescentes <19 años	6	2.98%
Mujer en edad fértil 19-34 años	190	94.53%
Añosas $\geq$ 35 años	5	2.49%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	9	4.5%
Casada	54	26.9%
Conviviente	129	64.2%
Viuda	3	1.5%
Separada	6	3.0%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	112	55.7%
Empleado	18	8.9%
Obrero	0	0.0%
Independiente	55	27.4%
Estudiante	16	8.0%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Analfabeta	12	5.9%
Primaria	46	22.9%
Secundaria	94	46.8%
Superior técnico	36	17.9%

Superior universitario	13	6.5%
<b>Religión</b>		
Católica	180	89.6%
Evangélica	14	7.0%
Agnóstico	1	.5%
Otros	6	3.0%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100.0%</b>

Entre las características sociodemográficas destacan que la edad promedio de las gestantes fue mujer en edad fértil que corresponden al 94,5%, seguido del grupo etario de adolescentes en el 2,98% y añosas con el 2,49%. Asimismo el estado civil que predominó fue convivientes en 64,2%. Además el 55,7% de las gestantes son de ocupación ama de casa. En cuanto al grado de instrucción se encontró que la secundaria y primaria fueron los predominantes con 46,8% y 22,9% respectivamente. En el 89,6% de las gestantes eran católicas (ver tabla 1).

**Tabla 2. Prevalencia de disfunción sexual de las gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero - Octubre 2016**

Disfunción sexual	N	%
Si	86	42.8%
No	115	57.2%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100.0%</b>

Según la tabla 2, se evidencia que de las 201 gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita durante el 2016, el 42,8% (86 casos) presentan disfunción sexual y el 57,2% (115 casos) no presentaron disfunción sexual (ver tabla 2).

**Tabla 3. Factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero – Octubre 2016.**

En la tabla 3, se analiza la relación entre los factores asociados y la disfunción sexual, por lo que se considera estadísticamente significativo con el valor de  $p < 0,05$ .

Factores asociados	Disfunción sexual				p *
	Si		No		
	N	%	N	%	
<b>Numero de gestaciones</b>					
Primigesta	33	38.4%	55	47.8%	0.348
Secundigesta	29	33.7%	36	31.3%	
Multigesta	24	27.9%	24	20.9%	
<b>Edad gestacional</b>					
1er Trimestre (1 a 13 semanas)	37	32.2%	17	19.8%	<0,001
2do Trimestre (14 a 26 semanas)	10	11.6%	62	53.9%	
3er Trimestre (27 a 41 semanas)	59	68.6%	16	13.9%	
<b>Embarazo planificado</b>					
No	71	61.7%	30	34.9%	<0,001
Si	46	53.5%	26	22.6%	
<b>Antecedente de aborto</b>					
No	1	1.2%	1	.9%	0.507
A. Provocado	72	83.7%	96	83.5%	
A. Espontaneo	3	3.5%	1	.9%	
A. Involuntario	8	9.3%	16	13.9%	
Otros	2	2.3%	1	.9%	
<b>Patologías</b>					
Diabetes mellitus	2	2.3%	1	.9%	<0,001
Hipertensión Arterial	3	3.5%	1	.9%	
Obesidad	2	2.3%	2	1.7%	
Anemia	12	14.0%	14	12.2%	
Infección de tracto urinario	38	44.2%	16	13.9%	
Amenaza de aborto	8	9.3%	-	-	
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100.0%</b>	<b>115</b>	<b>100.0%</b>	

\* Prueba Chi-cuadrado / \*\* Respuesta Múltiple // \*\*\* Se observó 28 casos que no respondieron si su embarazo fue planificado o no.

Como se aprecia en la tabla 3, los factores asociados de las gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita relacionados a los

hallazgos de disfunción sexual fueron que la mayoría de gestantes que si presentaron disfunción sexual, Son primigestas, están en el 3T de gestación, no planificaron su embarazo y tuvieron mayor porcentaje de ITU.

A continuación se muestran los factores predisponentes que influyen de manera significativa en la disfunción sexual, mediante la prueba de regresión logística.

**Tabla 4. Regresión logística. Factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero – Octubre 2016**

Factores asociados/ Regresión logística	B	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Infección tracto urinario	1.747	12.739	1	.000	5.740
Gestación de 27-41 semanas	2,604	53,576	1	.000	13,521
Gestación de 14- 26 semanas	-3.667	40.858	1	.000	.026
Gestación de 1-13 semanas	-2.415	22.464	1	.000	.089
Embarazo No planificado	1.400	9.963	1	.002	.247
Constante (K)	2.269	.565	1	.452	9.666

El modelo de regresión con los variables predictivas significativas es el siguiente:

$$Y = B0 + B1 * X1 + B1* X2 + B3* X3+ B4*X4 + B5*X5$$

Es decir:

$$Y = 2,269 + 1,4* X1 - 2,415*X2 - 3,667 * X3 + 2,604* X2 + 1,747*X5$$

Dónde:

X1= No planificación del embarazo

X2= semanas de gestación entre 1 y 13 semanas

X3= semanas de gestación entre 14 y 26 semanas

X4= semanas de gestación entre 27 y 40 semanas

X5= ITU

Como se observa en la tabla 4, el embarazo no planificado ( $p=0,002$ ); las gestantes que tienen entre 1 y 13 semanas de gestación ( $p<0,001$ ) primer trimestre; entre 14 y 26 semanas de gestación ( $p<0,001$ ) segundo trimestre; entre 27 y 40 semanas de gestación ( $p<0,001$ ) tercer trimestre y la infección de tracto urinario ( $p<0,001$ ) influyen significativamente en la disfunción sexual de las gestantes, donde se observa que la infección de tracto urinario es 5.7 veces mayor en las gestantes con disfunción sexual respecto a aquellas que no tienen disfunción sexual; asimismo, fue en el tercer trimestre de gestación entre 27 a 41 semanas, donde es 13.52 veces mayor en las gestantes con disfunción sexual respecto a aquellas que no tienen disfunción sexual; es decir, en el tercer trimestre de gestación es la mayor prevalencia de disfunción sexual. Y el embarazo no planificado es en menor valor pero también influye significativamente a la disfunción sexual en gestantes.

**Tabla 5. Dominios de la disfunción sexual en las gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero – Octubre 2016**

<b>Dominios</b>	<b><math>\bar{x} \pm DS</math></b>
Deseo	$4,2 \pm 2,3$
Excitación	$6,7 \pm 6,5$
Lubricación	$7,9 \pm 7,2$
Orgasmo	$6,1 \pm 5,6$
Satisfacción	$8,8 \pm 3,3$
Dolor	$6,7 \pm 5,9$

En la tabla 5, se observa que las gestantes tenían una mayor valoración en el dominio de satisfacción teniendo un puntaje medio de  $8,8 \pm 3,3$ ; seguido de la fase de lubricación con un puntaje medio  $7,9 \pm 7,2$ . En cambio, en el dominio deseo, se observa una menor valoración donde su puntaje medio fue de  $4,2 \pm 2,3$ , lo cual sugiere que este dominio es el más afectado.

**Tabla 6. Dominios de la disfunción sexual según trimestre gestacional en las gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero – Octubre 2016.**

Dominios	Trimestre gestacional			p*
	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	
	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$	
Deseo	4,7 ± 2,3	5,2 ± 2,0	3,0 ± 1,9	<0,001
Excitación	8,2 ± 6,3	9,9 ± 5,4	2,5 ± 5,2	<0,001
Lubricación	10,0 ± 7,1	<b>11,6 ± 5,5</b>	2,9 ± 5,7	<0,001
Orgasmo	7,9 ± 5,6	8,9 ± 4,4	2,1 ± 5,7	<0,001
Satisfacción	9,8 ± 3,0	10,1 ± 3,4	6,9 ± 2,7	<0,001
Dolor	8,3 ± 5,8	2,6 ± 5,1	<b>9,7 ± 4,1</b>	<0,001

\* Análisis de varianza (Anova)

Como se aprecia en la tabla 6, existen diferencias significativas entre los trimestres gestacionales en relación a los dominios de la disfunción sexual, donde se observa una mayor valoración en el dominio satisfacción en relación al segundo trimestre gestacional y también se observa una mayor valoración en el dominio lubricación donde su puntaje medio fue de  $11,6 \pm 5,5$  en comparación al primer trimestre y al tercer trimestre. En general, los puntajes en los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción son menores en el tercer trimestre de gestación y en el dominio de dolor existe una mayor valoración, donde predominan la disfunción sexual estadísticamente significativa  $p < 0,001$ . Mientras, que dichos puntajes se incrementan en el primer y segundo trimestre de gestación. En relación al deseo sexual el menor puntaje se obtiene en el tercer y primer trimestre con 3,0 y 4,7 respectivamente. En relación a la fase de excitación se observa que el puntaje mayor corresponde el segundo trimestre. La fase de lubricación con mayor puntaje fue en el segundo trimestre seguido del primer trimestre con puntuación de 11,6 y 10,0 respectivamente. El orgasmo que lleva mayor puntuación es en el segundo trimestre seguido del primer trimestre. En relación a satisfacción sexual los puntajes se mantienen altos en todo el transcurso del embarazo. En cuanto al dolor se aprecia que se encuentra afectado en el tercer trimestre de gestación.

**Tabla 7. Dominios de la disfunción sexual según planificación del embarazo en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero – Octubre 2016**

Dominios	Embarazo planificado	
	Si	No
	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$
Deseo	4,9 $\pm$ 2,3	3,4 $\pm$ 1,9
Excitación	8,9 $\pm$ 6,5	3,7 $\pm$ 5,4
Lubricación	10,1 $\pm$ 7,0	4,6 $\pm$ 6,3
Orgasmo	8,0 $\pm$ 5,6	3,3 $\pm$ 4,8
Satisfacción	10,1 $\pm$ 3,2	6,9 $\pm$ 2,6
Dolor	3,9 $\pm$ 5,4	8,4 $\pm$ 5,6

De acuerdo a la tabla 7, se observa que las gestantes que no planificaron su embarazo presentan menor valoración de los dominios de deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción (3,4  $\pm$  1,9; 3,7  $\pm$  5,4; 4,6  $\pm$  6,3; 3,3  $\pm$  4,8 y 6,9  $\pm$  2,6 respectivamente) pero mayor valoración en el dominio de dolor, en comparación del embarazo planificado; lo que sugiere que los dominios afectados en la disfunción sexual se encuentran presentes en las gestantes que no planificaron su embarazo.

**Tabla 8. Dominios de la disfunción sexual según infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Enero – Octubre 2016.**

Dominios afectados	Infección de tracto urinario	
	Si	No
	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$
Deseo	3,0 $\pm$ 1,5	4,7 $\pm$ 2,3
Excitación	3,0 $\pm$ 4,8	8,0 $\pm$ 6,5
Lubricación	3,8 $\pm$ 6,1	<b>9,4 <math>\pm</math> 7,0</b>
Orgasmo	2,9 $\pm$ 4,7	7,3 $\pm$ 5,5
Satisfacción	<b>7,1 <math>\pm</math> 2,6</b>	<b>9,4 <math>\pm</math> 3,3</b>
Dolor	8,0 $\pm$ 5,7	3,1 $\pm$ 4,9

Según la tabla 8, se observa que las gestantes con infección de tracto urinario (ITU) tenían una menor valoración en el dominio de satisfacción sexual teniendo

un puntaje medio de  $7,1 \pm 2,6$  en comparación con las que no presentan ITU. Asimismo, se aprecia valoraciones con menor puntuación en los dominios de deseo sexual, excitación, lubricación y orgasmo cuando presentan ITU; lo cual sugiere que esta infección ocasiona disfunción sexual.

## **4.2. DISCUSIÓN**

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad de la persona y por tanto constituye un problema de Salud Sexual y Reproductiva, que si bien no pone en peligro la vida de los pacientes; pero, afecta en forma directa la salud y la calidad de vida de la mujer.

Recientes investigaciones realizadas por Muñoz A y col (2016) reportan como factores de riesgo de disfunción sexual femenina los siguientes: baja frecuencia de relaciones sexuales, presencia de enfermedad médica de base, bajo nivel educativo, edad >40 años, matrimonio >10 años, desempleo o ser ama de casa, menopausia, mala comunicación con la pareja, presentar una pareja con disfunción eréctil (27).

La prevalencia de disfunción sexual en nuestra casuística corresponde al 42,8% lo cual difiere con lo encontrado por Gonzales L (2016) donde menciona que el 82% de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho presentan disfunción sexual (16).

Según Guivobich y col (2015), consideran que a mayor edad gestacional, la actividad sexual en las gestantes de Lima Metropolitana tiende a disminuir en frecuencia, deseo, y ciclo de respuesta (15); la cual concuerda con nuestro hallazgo donde se encuentra mayor prevalencia durante el tercer trimestre de gestación (27 a 40 semanas) alcanzando la disfunción sexual 13,5 veces mayor.

Gonzales L (2016), en la tesis sobre factores asociados a la disfunción sexual en gestantes concluye que los principales factores asociados a la disfunción sexual en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho son el índice de masa corporal, la paridad, el grado de instrucción, la privacidad en el hogar para tener relaciones sexuales, el pensar

que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al bebé o alguna complicación durante el embarazo(16); la cual difiere con lo encontrado en nuestra investigación donde los factores predisponentes relacionados a la disfunción sexual fueron: edad gestacional ( $p<0,001$ ); embarazo planificado( $p<0,001$ ) y presencia de infección de tracto urinario durante la gestación ( $p<0,001$ ).

Cervantes R y col (2004) en el estudio de “Sexualidad en gestantes” concluye que, encontró una disminución del interés, frecuencia y respuesta incluido el orgasmo en el primer trimestre, una recuperación de magnitud variable en el segundo trimestre, y un descenso ostensible en el tercer trimestre(18); la cual coincide con los hallazgos de nuestra investigación donde en global los puntajes de las fases de deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción son menores en el tercer trimestre donde predomina la disfunción sexual; en cambio, que dichos puntajes son mayores en el 1er y 2do trimestre de gestación, las cuales también concuerdan con los hallazgos de Balestena JM y Col(19) sobre el estudio de influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer que concluye que, el embarazo es un proceso que lleva aparejado un trastorno en la sexualidad de la mujer; así como los hallazgos de Balestena JM y col (21) en la investigación sobre percepción de la mujer gestante sobre su función sexual, donde mencionan que las mujeres perciben su función sexual muy perturbada durante el proceso de gestación.

Oelrich P (2011) en su tesis sobre evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva encuentra que la evaluación de la función sexual con el índice función sexual permitió detectar que el 49,4% de las mujeres tenían una función sexual normal, el 48,3% presenta trastorno moderado, y el 2,2% posee un trastorno severo (24); los cuales coinciden con los hallazgos de nuestro estudio donde el 57,2% presentan función sexual normal y el 42,8% presentan disfunción sexual.

Lima AC et al (2013) en su investigación sobre prevalencia de disfunción sexual en primigestas encuentra la prevalencia de disfunción sexual fue de un 23,9% antes del embarazo y de un 67,7% durante el embarazo. Antes de la gestación,

la falta de deseo sexual fue de un 20,2%, y en la gestación de un 51%. Disminución de la lubricación vaginal durante la gestación fue de un 29,1%, la dispareunia fue de un 1,2% antes de la gestación y un 14,4% durante la gestación, un 3,3% sufrieron insatisfacción sexual antes del embarazo y un 10,8%, en el embarazo (20) ; las cuales concuerdan con los hallazgos de nuestra investigación donde en general, los puntajes de las dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción son menores en el tercer trimestre donde predomina la disfunción sexual. Mientras, que dichos puntajes son mayores en el 1er y 2do trimestre de gestación. En relación al deseo sexual el menor puntaje se obtiene en el tercer y primer trimestre; los dominios excitación y lubricación alcanzan mejor puntaje en el 2do trimestre; el orgasmo que lleva mayor puntuación también en el 2do trimestre de gestación. En relación a satisfacción sexual los puntajes se mantienen altos en todo el transcurso del embarazo. Cabe destacar que en nuestra casuística las gestantes tenían una mayor valoración en los dominios de satisfacción teniendo un puntaje medio de  $8,8 \pm 3,3$ ; seguido de la fase de lubricación con un puntaje medio  $7,9 \pm 7,2$ . En cambio, en el dominio del deseo, se observa una menor valoración en la puntuación que fue de  $4,2 \pm 2,3$ , las cuales coinciden con la literatura encontrada (20).

En relación a los hallazgos de disfunción sexual según edad gestacional por trimestres, los 5 dominios estudiados tienen menor puntuación en el primer y tercer trimestre, pero mejoran notablemente en el segundo trimestre de gestación; las cuales concuerdan con los hallazgos en las investigaciones recientes de Gonzales L (16) y Guivobich A (17) donde indican que existe disfunción sexual durante dichos trimestres mencionados. Parece indicar que los eventos fisiológicos propios de la gestación como son las náuseas, sialorrea y otros malestares influyen negativamente en la sexualidad durante el primer trimestre aunada a ésta el temor de pérdida de gestación y por otro lado el aumento del volumen uterino en el tercer trimestre también influye negativamente para que la actividad sexual se disminuya en todas los dominios contribuyendo de esta manera en la disfunción sexual durante la gestación principalmente entre las 27 a 40 semanas donde es 13,5 veces mayor la presencia de disfunción sexual respecto a aquellas que no presentan disfunción

sexual; cuyos hallazgos de nuestra investigación, difieren con lo encontrado por Gonzales L (16) donde los factores predisponentes que están asociados a la disfunción sexual en las gestantes son las siguientes: la edad de la pareja ( $p=0.000$ ), el grado de instrucción ( $p=0.000$ ), privacidad en el hogar para tener relaciones sexuales ( $p=0.001$ ), índice de masa corporal ( $p=0.000$ ), paridad ( $p=0.000$ ), edad gestacional ( $p=0.002$ ) y la no planificación del embarazo ( $p=0.000$ ). Asimismo, nuestro hallazgo de la predominancia de disfunción sexual durante el tercer trimestre coincide con las recientes investigaciones publicadas por Corbacioglu y cols (2013) sobre “La función sexual femenina y factores asociados durante el embarazo”, donde evidenciaron que la función sexual fue afectada significativamente conforme avanzó la gestación y las puntuaciones globales del Índice de Función Sexual Femenina se vieron afectadas negativamente por la preocupación de que la relación sexual puede dañar al embarazo en el último trimestre (38,7% de las mujeres y el 36,2% de las parejas masculinas) y por el estado civil (30).

Cabe precisar, que en nuestra casuística el hallazgo de la enfermedad intercurrente durante la gestación como son la infección del tracto urinario deteriora significativamente la función sexual alterando todos los dominios, que es explicable por propio el factor infeccioso que influye la presencia de disfunción sexual durante la gestación, las cuales concuerdan con las publicaciones realizadas por Naldoni y cols(2011) en su investigación “Evaluación de la función sexual en mujeres embarazadas brasileñas” en Estados Unidos, quienes encontraron que la disfunción sexual ( $FSFI \leq 26.5$ ) se presentó en el 61% de las gestantes y hubo una asociación positiva con la edad gestacional, el diagnóstico de incontinencia urinaria y el exceso de peso en el embarazo actual (32).

Asimismo, cabe precisar que recientes investigaciones realizadas por Steven y cols (2015) con relación a “Los predictores de la función sexual durante el embarazo” en Turquía, encontraron que la disfunción sexual se presentó en el 77.6% de las gestantes y los factores que afectan negativamente la función sexual (disfunción sexual) fueron: tener pareja a edad avanzada, tener

antecedentes de aborto involuntario, una historia de problemas de salud durante el embarazo anterior y un alto nivel de ansiedad (33) .

Finalmente precisar con relación al factores asociados encontrado en nuestra investigación donde se señala que el embarazo no planificado influye en la aparición de disfunción sexual durante el embarazo, concuerda con los hallazgos de Gonzales L (16) donde encuentra que los factores biológicos asociados a la disfunción sexual son el índice de masa corporal ( $p=0.000$ ), la paridad ( $p=0.000$ ), la edad gestacional ( $p=0.002$ ) y la no planificación del embarazo ( $p=0.000$ ).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas predominantes fueron gestantes entre 19 a 34 años de edad donde era el 94,5%, las convivientes con 64,2% y grado de instrucción secundaria con 46,8%.
2. Se presentó disfunción sexual en el 42,8% de gestantes estudiadas.
3. Los factores asociados que influyeron en la presencia de disfunción sexual fueron: edad gestacional en el primer y tercer trimestres prevalece con (32.2% y 68.6%); la no planificación del embarazo prevaleció con 61. % y la presencia de infección del tracto urinario con 44.2%.
4. Los factores asociados que influyeron en la presencia de disfunción sexual fueron: edad gestacional en el primer y tercer trimestres ( $p<0,001$ ); planificación del embarazo ( $p<0,001$ ) y la presencia de infección del tracto urinario ( $p<0,001$ ).

## **5.2. RECOMENDACIONES**

1. A los profesionales de Salud, Médicos, Obstetras en general, responsables de la atención materna, se recomienda ampliar durante el control prenatal la exploración de la función sexual femenina a través del uso del índice de Función Sexual Femenina (IFSF), con la finalidad de poder evaluar su satisfacción sexual durante la gestación y detectar ciertas incomodidades que puedan ocasionar un efecto negativo en la misma gestante y un deterioro en su relación de pareja.
2. Promover durante el control prenatal la aplicación obligatoria del instrumento de evaluación de la función sexual femenina mediante el uso del índice de función sexual femenina.
3. Eliminar mitos, tabúes o creencias acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo, educando a la gestante durante el CPN, Psicoprofilaxis Obstétrica, estimulación pre-natal o en charlas educativas del servicio de Obstetricia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perkins RP. Sexualidad durante el embarazo. *Clínico Obstet Ginecol* 1985;3: 903-17.
2. González I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cubana MGI*. [internet] 2001 [citado octubre 2016]; 17(5): 497-501.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos:DSM-IV-TRTM. 4º Ed. Porto Alegre:Editora Artmed:2002.
4. Abdo CHN, Fleury HJ. Revisão de literatura. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2006; 33:162-7.
5. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1:40-8.
6. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 172:1327-33.
7. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7:143-50.
8. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurociênc* 2010; 18:267-74.
9. Bertolino M. Disfuncion Sexual Femenina (DSF). *Revista Cubana* 2006;68(2):43-46.
10. Perez MC, Vargas DB, Cisneros C. Prevalencia de disfuncion sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urologia. *Rev. Mex Urol* 2008;68(2):98-102.
11. Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2013 [acceso 1 de mayo de 2014];12(32): [362–70]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000400022&script=sci\\_arttext&tIng=enandothers](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000400022&script=sci_arttext&tIng=enandothers)

12. Castelo-Branco C, Sebastini M, Siseles M. Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II). Embarazo y puerperio. Sexualidad humana: una aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 231-46.
13. Piñero Navero S, Alarcos Merinio G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Investigación [revista en Internet] 2011 enero-febrero [acceso 5 de junio de 2014]; 8(50): [9]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50\\_original\\_modifisex.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_original_modifisex.pdf)
14. Walton B, Thorton T. Female sexual dysfunction. Curr Womens Health Rep 2003;3(4):319-26.
15. 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
16. Gonzales LA. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio–setiembre 2015. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2016 pp54.
17. 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
18. Cervantes R, Jefferson L. Sexualidad en gestantes. Revista Horizonte Médico Diciembre 2004 . pp: 39-45
19. Balestena JM, Fernández B, Sanabria JG. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. Rev. Ciencias Médicas. Septiembre Octubre, 2014; 18(5): 811-822
20. Lima AC et al. Prevalencia de disfunción sexual en primigestas en el municipio de Río Branco, Acre, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2013;29(8):1544-1554.
21. Balestena JM, Fernández B, Sanabria JG, Fernández R. Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. Rev. Ciencias Médicas. Mayo-junio, 2014; 18(3): 363-374

22. García R, González A, Llibre JJ, García L, Perera O. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas en el Hospital Ginecobstétrico, La Habana, Cuba 2008. *Ginecología y Salud Reproductiva*. Cuba 2009.
23. Sacomori C, Cardoso FL. Prácticas Sexuales de Gestantes Brasileñas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(5): 313-317.
24. Oelrich PA. Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva. Tesis para optar al grado de licenciada/o en obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile . Facultad de Medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura. Valdivia- Chile 2011
25. Choi H, Kim JH, Park JY, Shim JS, Lee JG, Yoon HY, et al. Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;125(1):60-4.
26. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175(2):654-8.
27. 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
28. Sira M. Función sexual. *Obstetricia moderna*. [Consultado: 29 de abril del 2015]. Disponible en: [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia\\_moderna/om\\_07.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_07.pdf)
29. Gonzales I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):497-501.
30. Corbacioglu EA, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013 Jun; 39(6):1165-72.
31. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014 Apr; 40(4):1023-9.
32. Naldoni LM, Pazmiño MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2011; 37(2):116-29.
33. Seven M, Akyüz A, Güngör S. Predictors of sexual function during pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2015 Feb 24:1-5.

34. Munárriz R , Rodríguez –Villalba R, Puigvert A, Pomerol JM. Tratamiento de la disfunción sexual femenina. Rev Int Androl 2004;2(1):28-36
35. Bertolino M. Disfunción Sexual Femenina (DSF). Revista. Cubana 2006;68(2):43-46.
36. Mas M. Bases fisiológicas de la sexualidad (I). Respuesta sexual en: De la Gandara, Puigvert A, editores. Sexualidad Humana. Una aproximación integral. Buenos Aires: médica panamericana, 2005.
37. Masters W, Johnson V, Kolodny R. La Sexualidad Humana. 13va ed. Grijalbo, 1997. 320p.
38. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina : actualización. Revista Internacional de Andrología [revista en Internet] 2007 enero [acceso el 23 de enero de 2014]; 5(1): [11–21]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X07740293>
39. Masters W, Johnson V. Respuesta Sexual Humana. Editorial Intermedica; 1976.
40. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno – Fetal. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana. 2007. pp1361.
41. Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona; 2011 [acceso 10 de febrero de 2014]. AEEM informa. La Sexualidad en el embarazo y puerperio [8]. Disponible en: [http://www.aeem.es/ampliar\\_informam.asp?id=9](http://www.aeem.es/ampliar_informam.asp?id=9)
42. García S, Duarte L, Mejías M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enfermería Global [revista en Internet] 2012 [acceso 4 de mayo de 2014]; 11(4): [453–64]. Disponible: <http://scielo. iscii.es/pdf/eg/v11n28/enfermeria3.pdf>
43. Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(2): 118-125

# **A N E X O S**

**FACTORES ASOCIADOS EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SANTA ANITA, PERIODO ENERO - OCTUBRE 2016?**

**ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Problema general	Objetivo General	Hipótesis de la investigación	Variables	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumento
¿Cuáles son los factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil Santa Anita, periodo Enero - Octubre 2016.	OBJETIVO GENERAL  Determinar los factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil Santa Anita, enero - octubre 2016.	<b>H1:</b> Los factores asociados que están asociados significativamente en la disfunción sexual durante el embarazo, son: edad gestacional, embarazo no planificado e infección de tracto urinario, en la gestante atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo enero – octubre 2016.	<b>Variable independiente:</b> Factores asociados: ✓ Edad gestacional. ✓ Embarazo planificado. ✓ Diabetes mellitus ✓ Hipertensión Arterial ✓ Obesidad ✓ Anemia ✓ ITU ✓ Amenaza de aborto	La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal.	<b>Población:</b> Toda gestante que se encuentre en el servicio de consultorio externo de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita, periodo enero - octubre 2016.  <b>Muestra:</b> La muestra será obtenida de las gestantes que se encuentren en el servicio de consultorio externo de obstetricia. La población calculada se obtuvo de los datos estadísticos que fueron facilitados de la área de estadística del centro de salud materno infantil Santa Anita, 958 que corresponden a todos las gestantes atendidas por consultorio externo de obstetricia durante del año 2014.	Índice de función sexual femenina, el cual permitió el diagnóstico de los casos de disfunción. Este instrumento ha sido propuesto por Rosen y cols en el año 2000 (Anexo IV), el cual cumplía con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupan en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 a 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. Aparte de ello se agregó 1 pregunta que consta de 5 ítems, para determinar el factor obstétrico.
	<b>Objetivos específicos.</b>		<b>Variable dependiente:</b> Disfunción sexual			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Describir las características socio demográficas de las gestantes.</li> <li>✓ Determinar la prevalencia de la disfunción sexual en las gestantes.</li> <li>✓ Determinar la prevalencia de los factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo.</li> <li>✓ Identificar la disfunción sexual en gestantes por edad gestacional (primer, segundo y tercer trimestre).</li> </ul>	<b>H0:</b> Los factores asociados que están asociados significativamente en la disfunción sexual durante el embarazo, no son: edad gestacional, embarazo no planificado e infección de tracto urinario, en la gestante atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo enero – octubre 2016.	<b>Variables intervinientes</b>  Datos sociodemográficos: •Edad • Estado civil • Ocupación • Grado de instrucción			

**ANEXO 2. FACTORES ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN LA DISFUNCION SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE SANTA ANITA, PERIODO 2016.**

La siguiente encuesta tiene como objetivo recolectar información para un proyecto de investigación, guardando la información de manera confidencial y considerando las medidas necesarias para que no se altere la información.

**Marque con una "x" la respuesta**

**Parte I: Datos Sociodemográficos**

1. **Edad:** \_\_\_\_\_ años
2. **Estado Civil:**
  - a. Soltera
  - b. Casada
  - c. Conviviente
  - d. Viuda
  - e. Separada
3. **Ocupación:**
  - a. Ama de casa
  - b. obrero
  - c. Independiente
  - d. Estable
  - e. otros
4. **Grado de Instrucción:**
  - a. Analfabeta
  - b. Primaria
  - c. Secundaria
  - d. Superior técnico
  - e. Superior universitario
5. **Religión:**
  - a. Católica
  - b. Evangélica
  - c. Agnóstico
  - d. Otros

**Parte III: Factores asociados a la disfunción sexual en gestante.**

1. Número de gestaciones: \_\_\_\_\_
2. Número de hijos vivos: \_\_\_\_\_
3. **Edad Gestacional**
  - (a) 1 a 13 semanas (primer trimestre)
  - (b) 14 a 26 semanas (segundo trimestre)
  - (c) 27 a 41 semanas (tercer trimestre)
4. **Su embarazo fue:**
  - (a) No planificado
  - (b) Planificado
5. **Antecedentes de aborto**
  - (a) No
  - (b) Aborto provocado
  - (c) Aborto espontaneo
  - (d) Aborto Involuntario
  - (e) Otros.
6. **¿Usted ha tenido alguno que alguno de estos diagnósticos durante su gestación?**
  - a. Diabetes SI( ) NO( )
  - b. Hipertensión Arterial SI( ) NO( )
  - c. Obesidad SI( ) NO( )
  - d. Anemia SI( ) NO( )
  - e. ITU SI( ) NO( )
  - f. Amenaza de aborto SI( ) NO( )

**ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)**

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

Casi siempre o siempre	
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	
Algunas veces (la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	

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

Muy alto	
Alto	
Regular	
Bajo	
Muy bajo o nada	

**3- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?**

Sin actividad sexual	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	
Algunas veces (la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Muy alto	
Alto	
Moderado	
Bajo	
Muy bajo o nada	

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

Sin actividad sexual	
Muy alta confianza	
Alta confianza	
Moderada confianza	
Baja confianza	
Muy baja o sin confianza	

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

Sin actividad sexual	
Casi siempre	
Muchas veces	
Algunas veces	
Pocas veces	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Casi siempre	
Muchas veces	
Algunas veces	
Pocas veces	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Extremadamente difícil o imposible	
Muy difícil	
Difícil	
Levemente difícil	
Sin dificultad	

**9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?**

Sin actividad sexual	
Casi siempre	
Muchas veces	
Algunas veces	
Pocas veces	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Extremadamente difícil o imposible	
Muy difícil	
Difícil	
Levemente difícil	
Sin dificultad	

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

Sin actividad sexual	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces	
Algunas veces	
Pocas veces	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Extremadamente difícil o imposible	
Muy difícil	
Difícil	
Levemente difícil	
Sin dificultad	

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

Sin actividad sexual	
Muy satisfecha	
Moderadamente satisfecha	
Igualmente satisfecha e insatisfecha	
Moderadamente insatisfecha	
Muy insatisfecha	

**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	
Muy satisfecha	
Moderadamente satisfecha	
Igualmente satisfecha e insatisfecha	
Moderadamente insatisfecha	

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

Muy satisfecha	
Moderadamente satisfecha	
Igualmente satisfecha e insatisfecha	
Moderadamente insatisfecha	
Muy insatisfecha	

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

Muy satisfecha	
Moderadamente satisfecha	
Igualmente satisfecha e insatisfecha	
Moderadamente insatisfecha	
Muy insatisfecha	
Muy satisfecha	

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

Sin actividad sexual	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	
Algunas veces (la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	
Algunas veces (la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	

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

Sin actividad sexual	
Muy alto	
Alto	
Regular	
Bajo	
Muy bajo o nada	

