

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**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

AUTORA

Lizeth Alicia Gonzales Ysla

ASESORA

Zaida Zagaceta Guevara

Lima – Perú

2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme culminar mi carrera en esta casa de estudios, a mi asesora Dra. Zaida Zagaceta Guevara por acceder a brindarme el apoyo en la realización y culminación de mi tesis, así como a mis padres por confiar en mí, guiarme y apoyarme siempre.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a personas que son especiales para mí, que han sido parte de mi formación y han seguido de cerca cada uno de mis pasos, como mis padres, profesores, familia y amigos.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	19
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	19
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	19
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	19
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	20
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	21
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	22
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSIONES	29
5. CONCLUSIONES	32
6. RECOMENDACIONES	33
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
8. ANEXOS	37

RESUMEN

OBJETIVO: 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%.

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 ($p=0.027$).

CONCLUSIÓN: 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.

PALABRAS CLAVES: Gestante, disfunción sexual, factores asociados.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the factors associated with sexual dysfunction in pregnant women attending in the obstetric clinics of the Hospital San Juan de Lurigancho for the period July to September 2015

METHODOLOGY: It is a correlational, prospective, descriptive study, with quantitative approach, with a sample of 306 pregnant who attended in the obstetric clinics who were applied a questionnaire The Female Sexual Function Index, and another to identify the factors associated with dysfunction sex during pregnancy. For the descriptive analysis absolute and relative frequencies were used for inferential statistical analysis tools association chi-square test (X^2) with a confidence level of 95% were used.

RESULTS: 82% of pregnant women treated at the Hospital San Juan de Lurigancho have sexual dysfunction. Sociocultural factors that are associated with sexual dysfunction in pregnant are the age of the partner ($p = 0.000$), the level of education ($p = 0.000$) .and privacy at home for sex ($p = 0.001$). About biological factors associated with sexual dysfunction are the Body Mass Index ($p = 0.000$), parity ($p = 0.000$), gestational age ($p = 0.002$) and non-pregnancy planning ($p = 0.000$). Factors related to the beliefs associated with sexual dysfunction are not receiving information on sex during pregnancy ($p = 0.000$), thinking that sex can cause some damage to the baby ($p = 0.000$), pregnancy complications ($p = 0.000$) or any childbirth complications ($p = 0.002$) and thinking which the obligation to deliver for the husband sexually ($p = 0.027$).

CONCLUSIONS: The main factors associated with sexual dysfunction in pregnant women attending in the obstetric clinics of the Hospital San Juan de Lurigancho is the body mass index, parity, level of education, privacy at home for sex, thinking that sex can cause any harm to the baby or pregnancy complications.

KEYWORDS: Pregnant, sexual dysfunction, associated factors.

1. INTRODUCCIÓN

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 Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Disfunción Sexual como “las varias maneras en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como lo desearía¹”.

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 importante².

En el caso de las mujeres, la disfunción sexual es más difícil de demostrar, principalmente por el silencio que durante varios años ha reinado; según un estudio realizado por Ojanlatva en el año 2006, se encuentra que los trastornos de sexualidad afectaban al 50% de las mujeres, de los cuales un porcentaje considerable correspondía a mujeres gestantes comprometiendo principalmente el deseo y la excitación³.

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 parejas⁴. Es habitual observar, por ejemplo que durante los tres primeros meses de gestación, el deseo sexual se reduzca considerablemente en el 40% de las gestantes, siendo los factores generalmente evidenciados la edad de la gestante, la desconfianza, la inseguridad y el descubrimiento de los instintos maternos, lo cual provoca que la mujer repliegue sus reflejos sexuales. De igual manera, en los tres últimos meses, la actividad sexual disminuye en un 50% de las gestantes, estando asociado este cambio al dolor generado por el embarazo, la incomodidad, etc.⁵. En diversos países a nivel internacional, se han realizado estudios que respaldan lo mencionado, como:

Seven y cols. (2015) publicaron un estudio titulado “Los predictores de la función sexual durante el embarazo” en Turquía, encontrando 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 ansiedad⁶.

Así también, Corbacioglu y cols. (2013) efectuaron un trabajo titulado “La función sexual femenina y factores asociados durante el embarazo” en Japón, 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 ($p = 0.044$)⁷.

Ahmed y cols. (2014) realizaron una investigación titulada “La prevalencia de la disfunción sexual femenina durante el embarazo entre las mujeres egipcias” en Egipto, observando 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 matrimonio⁸.

Naldoni y cols. (2011) desarrollaron un estudio titulado “Evaluación de la función sexual en mujeres embarazadas brasileñas” en Estados Unidos, en el que 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 actual⁹.

Serati y cols. (2010) realizaron un trabajo titulado “Función sexual femenina durante el embarazo y después del parto” en Italia, en el que observaron que la falta de información adecuada sobre el sexo en el embarazo y la preocupación acerca de los posibles resultados obstétricos adversos son los factores más relevantes responsables de la alteración de la actividad sexual durante el embarazo¹⁰.

En nuestro país los estudios sobre sexualidad femenina, principalmente en este grupo poblacional, son escasos o simplemente por los tabúes que ocasiona este tema se

deja de lado; por este motivo surge la necesidad de evaluar temas de disfunción sexual en gestantes, principalmente en los factores asociados a esta molestia, por lo que se optó realizar el estudio en una institución de II nivel, como es el caso del Hospital Nacional San Juan de Lurigancho, ya que es común observar una afluencia excesiva de pacientes a este establecimiento, derivadas de diferentes centros de salud, sin embargo, en ellas se evalúan problemas tanto obstétricos como ginecológicos, relegando los temas de sexualidad a segundo plano. Por otra parte, durante la práctica clínica, se ha evidenciado, que existe aproximadamente un 40% de gestantes que han manifestado durante las consultas, dificultades en la vida sexual, es decir, anormalidades tanto en el deseo sexual, problemas en la excitación, etc. En otras ocasiones las gestantes no se encuentran satisfechas sexualmente o sienten dolor durante la actividad sexual, radicando la causa en la obesidad, en las infecciones vaginales, en las creencias religiosas, o en los temores hacia el bebé o pareja, no siendo estos factores objetivizados en ninguna investigación, por lo que el manejo de la disfunción sexual, no se ha abarcado desde un enfoque preventivo, sino desde una perspectiva clínica.

En base a lo anteriormente mencionado, es que se desea ejecutar la presente investigación con la finalidad de evaluar la presencia de disfunción sexual y sus variables asociadas, tratando de mejorar la calidad de vida de la gestante, desde un método preventivo.

La sexualidad es una dimensión multifacética del ser humano que lo acompaña desde que nace hasta que muere. Uno de los aspectos de la sexualidad es la actividad sexual que tiene como eje a la relación sexual, la cual, según Master y Johnson se desarrolla en cuatro tiempos: excitación, meseta, orgasmo y resolución³⁰.

La **disfunción sexual** son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas. Sus determinantes pueden encontrarse en una variedad de niveles de la naturaleza humana como la constitución biológica que sobre la misma producen muchas enfermedades, la naturaleza psicológica que reclama la integración armónica de las potencialidades eróticas dentro de la persona, la naturaleza de vínculo de pareja y el ambiente social y cultural ante el erotismo ¹².

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) agrupó los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: trastornos del deseo; trastornos de la excitación; falla orgásmica y dolor sexual, los cuales hacen referencia a aspectos psicológicos, mientras que el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación manteniendo las cuatro áreas básicas y agregando dos más: la lubricación y la satisfacción.

Rosen y cols, desarrollaron un instrumento denominado "Índice de Función Sexual Femenina", el cual cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina, además de ser auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Se considera disfunción sexual cuando el puntaje total obtenido es menor de 26.5, teniendo en cuenta cada una de las dimensiones^{13, 14}.

El estado gravídico produce una serie de cambios anátomo-funcionales y psíquicos que influyen en la conducta y especialmente en la actividad sexual, generando disfunción sexual, por la preocupación de lastimar al feto^{11, 15}.

Asimismo, en esta etapa, existen tabúes y miedos infundados sobre el tema de sexualidad, debido a la poca información que se posee. Varias investigaciones han concluido que durante el embarazo, la mayoría de las parejas sufren un deterioro sexual muy significativo, con un índice importante de insatisfacción por parte de ambos.

Años atrás se aceptaba que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso indecente. Estudios realizados con gestantes han demostrado que en los diferentes trimestres, el comportamiento sexual tiene un alto grado de variabilidad. A continuación se verán los cambios según trimestre de embarazo¹⁶.

En el primer trimestre, la mujer comienza una etapa de adaptación a los cambios físicos y hormonales que sucederán durante el embarazo como fatiga, aumento del sueño, aumento del tamaño de los senos, de la tumefacción de las areolas y pezones y de la sensibilidad mamaria, el cual muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. También pueden presentarse manifestaciones digestivas producidas por las hormonas placentarias como náuseas y

vómitos, lo que trae en algunas parejas una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de la frecuencia de relaciones sexuales, mientras que otras presentan un aumento de la libido y del deseo sexual. Esta situación de insatisfacción unido a los tabúes, conduce a la disminución en el apetito sexual de la mujer y de aquí en adelante todos estos cambios que se van dando en la futura madre repercuten en su compañero y, por tanto, en la relación de pareja.

Además de ello, otro factor que influye en la inapetencia sexual es la sensación, por parte de uno de los miembros de la pareja, de causar daño alguno al bebé o llegar a producir aborto. Aunque desde el punto de vista médico, se presentan contraindicaciones para el coito en esta etapa, los temores son superiores, pues las creencias de la mujer tienen más valor para algunas parejas que una recomendación del personal de salud; por lo que se ha notado disminución de la sexualidad de las mujeres, sobre todo las primigestas ^{16, 17, 18}.

El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores, pero sí parece coincidente que el primer trimestre de embarazo habitualmente se acompaña de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante ¹⁹.

Si bien durante el primer trimestre del embarazo la vida sexual se puede mantener de manera espontánea, algunos riesgos limitan las relaciones coitales, como: infecciones de transmisión sexual, amenaza de aborto, patología cérvico-vaginal que genere sangrado, antecedentes de aborto o cirugía cérvico-vaginal reciente (menos de 1 mes) ^{20, 21}.

El segundo trimestre es diferente y suele llamarse la luna de miel. Los síntomas molestos como las náuseas y vómito desaparecen y disminuye el temor al aborto. Hay una presión del feto sobre los órganos genitales, hay vasodilatación de la pelvis produciéndose aumento en la excitación, en la lubricación vaginal y un mayor desarrollo en la plataforma orgásmica del tercio inferior de la vagina; aparece entonces orgasmos múltiples y orgasmos muy intensos.

En este trimestre el interior de la vagina madura y los senos se tornan turgentes, haciendo que la mujer experimente un estado constante de excitación, es decir en esta etapa retorna la sexualidad previa al embarazo ^{17, 22}.

Muchas mujeres, por los cambios físicos observados en este trimestre, se preocupan por su atractivo físico y por si pueden despertar el interés sexual de su pareja, por lo que es muy importante la comunicación entre ambos ¹⁶.

En el tercer trimestre, la sexualidad vuelve a estar comprometida, pues la mayoría de las mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo sexual. Las sensaciones vividas durante el orgasmo disminuyen considerablemente, habiendo como resultado una reducción progresiva de la actividad sexual¹⁷. 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 del tamaño del feto y la posición de encaje para el parto¹⁹.

Aunque este tiempo se considera adecuado para la introspección y preparación para el parto, sigue el temor a tener relaciones sexuales que podrían ocasionar algún daño al bebé, por ello muchas parejas se abstienen de tenerlas ^{16, 17}. Hay una serie de situaciones por las que está prohibido tener relaciones sexuales durante esta etapa como: infecciones urinarias, placenta previa, ruptura prematura de membranas, infecciones vaginales, embarazo gemelar, amenaza de parto prematuro, etc²¹.

Teniendo en cuenta ello, en aquellas gestantes que no tienen contraindicaciones para tener actividad sexual, se ha observado a través de estudios como el de Romero (2001), que la frecuencia de actividad sexual durante la gestación no constituye un riesgo significativo en la amenaza de parto pretérmino, pero asociado a otros factores como las infecciones del tracto genitourinario debe ser considerado²³. Por ello, es recomendable la realización de más estudios donde evalúen el riesgo de parto prematuro por la actividad sexual.

La información sobre la función sexual femenina durante el embarazo, es restringida, pues la mayoría de estudios publicados carece de instrumentos validados y son retrospectivos en cuanto a diseño, sin embargo en algunos han considerado instrumentos validados. Se ha evidenciado que la mayoría de las mujeres continúan su actividad sexual durante el embarazo. En un meta análisis que incluyó a 59 artículos, mostró que el 90% de las mujeres eran sexualmente activas durante el embarazo, aunque en el noveno mes de embarazo ese porcentaje disminuye hasta aproximadamente un tercio de las mujeres. La disminución de la actividad sexual se

ha atribuido a una disminución en el deseo por las molestias físicas, imagen corporal alterada y miedo a dañar al feto o afectar adversamente el embarazo. En el estudio transversal de Erol (Turquía), participaron 589 mujeres embarazadas en cada uno de los tres trimestres, utilizó el Índice de Función Sexual Femenina auto-administrado de nueve puntos. Se encontró que el Índice medio de Función Sexual Femenina tenía calificaciones similares en el primer y segundo trimestre con una disminución significativa en el tercer trimestre, y se reportó disminución de la sensibilidad clitorica (94.2%), falta de libido (92.6%) y trastorno orgásmico (81%) como los síntomas más comunes de disfunción sexual. El 41% de las mujeres embarazadas no tuvieron relaciones sexuales en el tercer trimestre, comparado con el 14.7% y el 14.1% en el primer y segundo trimestre respectivamente ²⁴.

Pauls et al. en el año 2008 en Estados Unidos, estudiaron prospectivamente una cohorte de 107 mujeres desde el primer trimestre hasta 6 meses postparto, donde las puntuaciones más bajas del Índice de Función Sexual Femenina (disfunción sexual) en el primer trimestre se asociaron a una imagen corporal desfavorable y en general, la función sexual, según lo medido por el Índice de Función Sexual Femenina, disminuyó a lo largo del embarazo³¹.

Kerdarunsuksri et al. En el año 2010 llevaron a cabo una investigación en Tailandia que incluyó a 347 gestantes, a las que se les aplicó el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). La mitad de las mujeres embarazadas cree que tener relaciones sexuales durante el embarazo es una parte natural y normal y un 70% no estaban preocupados por la disminución del deseo sexual durante el embarazo. La puntuación media total FSFI era 15.49 y el 93.4% tenía puntuación del FSFI <26.5, que se definió como potencial de disfunción sexual ²⁵.

Respecto a los factores asociados a la disfunción sexual, la literatura menciona que la influencia de las hormonas del embarazo, los trastornos físicos que suelen presentarse durante esta época y los progresivos cambios corporales que condicionan a una pérdida de atractivo erótico por la propia gestante son factores que condicionan la sexualidad de la mujer durante el embarazo. Esto es respaldado por diferentes estudios que han observado cambios de la función sexual, por lo que es importante identificar los factores que se asocian a la disfunción sexual durante esta etapa. Entre los factores que durante el embarazo pueden ocasionar disfunción sexual, destacan:

En cuanto a los factores socioculturales, la conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual¹⁸. Algunos estudios han identificado algunos factores socioculturales como: estado civil (aquellas gestantes que no están casadas), duración del matrimonio, grado de instrucción, violencia física y/o psicológica de pareja y violencia por parte de algún integrante de la familia. Por ejemplo, Steege y Jelovsek (1982), en su estudio encontraron que las variables más predictivas de la frecuencia del coito durante el embarazo incluyen el estado civil, la edad gestacional, paridad y raza²⁶.

Asimismo, se ha encontrado que determinados aspectos biológicos (factores biológicos) durante el embarazo se han asociado a la disfunción sexual como:

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 vaginales²².

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 avanzada¹⁸.

Antecedente de aborto: En algunos estudios han identificado que el antecedente de aborto afecta negativamente la función sexual, pues a algunas mujeres les resulta más seguro mantener una abstinencia sexual, para excluir posibles riesgos.

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 sexual¹⁸.

En lo referente a los factores relacionados a las creencias, las diferencias culturales y mitos sobre la práctica sexual son también otros factores que contribuyen a la alteración de la respuesta sexual durante el embarazo²⁵.

Preocupaciones: La gestante se enfrenta a expectativas, ansiedades y temores, en ocasiones muy marcados, como: temores a perder el atractivo físico, a tener un hijo con malformaciones, a engendrar un niño con síndrome de Down, a no tener leche, a morir en el parto, a la muerte del hijo, a sufrir mucho dolor en el parto, a la episiotomía, a la operación cesárea, a no tener ayuda en el parto, al aborto, a las hemorragias, etc.¹⁷, lo cual puede repercutir sobre la función sexual, disminuyendo el interés sexual.

Falta de información: La desinformación sumada a la presencia de múltiples prejuicios culturales que se han transmitido a lo largo de todos los tiempos como verdades absolutas, consideran muchas veces a la embarazada como un ser "asexual"²⁷. Los profesionales de la salud que trabajan en contacto directo con este grupo de población, que son la embarazada y su pareja, deben proporcionarle la información básica sobre la vida sexual durante y después de la gestación²⁸.

Religión: Respecto a la religión, algunos estudios muestran que la religión es un factor de riesgo para disfunción sexual, en cambio en otras investigaciones, señalan que los aspectos religiosos y la actitud conservadora no se relacionan a disfunción sexual, por lo que sugieren la realización de trabajos, sobretodo en gestantes.

Frecuentemente, la sexualidad ha sido ignorada en la comunicación entre la embarazada y el profesional encargado de su atención. La atención prenatal es una estrategia fundamental de prevención y de promoción de la salud en nuestro sistema sanitario. Todas las acciones sanitarias van encaminadas a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida con mucha frecuencia, cada vez menos, la información sobre la sexualidad en el embarazo. Muchas veces la información que recibe la embarazada es una información imprecisa que es susceptible de malas interpretaciones, siendo fácil caer en periodos arbitrarios de abstinencia, por lo que el personal de salud debe brindarle a la gestante y su pareja toda la información necesaria respecto a la sexualidad durante el embarazo, además de erradicar los mitos y creencias erróneas, puesto que para la mujer embarazada, conservar su capacidad erótica y orgásmica, contribuye a mejorar

su autoestima (más allá de los cambios) y la armonía conyugal, así como mantener la elasticidad y la flexibilidad de los músculos pélvicos necesarios para el parto¹⁹.

Un trabajo que evaluó las experiencias de varones relacionados a la sexualidad durante el embarazo, encontró que las dificultades sexuales de los padres más destacadas fueron: creencias acerca del impacto negativo del coito en el cuerpo de la gestante y el feto, prejuicios morales contra el sexo en este período, impericia sexual, necesidades sexuales insatisfechas, disminución del deseo y energía sexual debido a fatiga y preocupaciones, y contraposición entre sus necesidades y deseos sexuales y los de la cónyuge. Concluyen que estas dificultades dependieron de las condiciones físicas y psicológicas de la compañera embarazada, siendo mediadas por las concepciones masculinas acerca del sexo, embarazo, parto y proyecto de vida. Por ello, sugirieron que existe la necesidad de que los varones reciban asesoría y entrenamiento por profesionales de la salud durante el período prenatal para que practiquen comportamientos más reconfortantes, saludables y solidarios durante el embarazo y con su pareja para que esto no sea motivo de estrés en la gestante y crear un clima más cálido de pareja satisfaciendo las necesidades de ambos²⁹.

La disfunción sexual femenina en las gestantes, es un reto para los profesionales de la salud dedicados a ella, por tanto en algunos casos se observan errores y mal manejo de este problema, debido a la falta de preparación no solo de los profesionales de salud (obstetras, médicos), sino por parte de la comunidad estudiantil médica; con el desarrollo de este protocolo se tiene como meta principal, el aporte al conocimiento científico, es decir una evidencia que permita conocer los factores asociados a este problema, teniendo como fin el incremento del conocimiento médico y la atención asistencial oportuna basada en un enfoque preventivo.

A nivel institucional, el estudio aportará datos estadísticos objetivos que permitan estimar la tasa de disfunciones sexuales reales en las gestantes, los cuales podrán ser utilizados por el director del Hospital, para sugerir mejoras en la atención durante la consulta prenatal, asimismo permitirá establecer estrategias, en base a la identificación de los factores causales, de tratamiento para conseguir la mejora de la calidad de vida no solo de la gestante sino también en la pareja de la misma.

Por lo mencionado nos formulamos como pregunta: ¿Cuáles son 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 2015?

Objetivos:**Objetivo general:**

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.

Objetivos específicos.

Indicar el porcentaje de gestantes con el diagnóstico de disfunción sexual atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Identificar los factores socioculturales que están asociados a la disfunción sexual en las gestantes.

Identificar los factores biológicos que están asociados a la disfunción sexual en las gestantes.

Identificar los factores relacionados a las creencias que están asociados a la disfunción sexual en gestantes.

Hipótesis de la investigación: Los factores biológicos, socioculturales y relacionados a sus creencias están asociados significativamente 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 2015.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nivel: aplicativo.

Tipo de estudio: observacional (no experimental),

Diseño del estudio: descriptivo correlacional, prospectivo y transversal, con enfoque cuantitativo.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de julio a setiembre del año 2015.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de Análisis: Gestante que acude al consultorio de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de julio a setiembre del año 2015.

Tamaño Muestral: Estuvo conformado por 306 gestantes que acudían al consultorio de obstetricia durante los meses de julio a setiembre del 2015 (según las estimaciones 2014 realizadas por el servicio para este periodo de estudio, una población de atenciones de 500 gestantes por mes).

Para el cálculo de la muestra de estudio se utilizó la fórmula para muestra finita ("Formula Cochran"), tomando como valores de cálculo, una población de 1500 gestantes (N), nivel de confianza del 95% (Z=1.96), error del 5% (d=0.05) y una proporción del 50% (p=0.5), cantidad que se utiliza cuando no se tiene clara la incidencia de los casos.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1500 * 1.96^2 * (0.5 * 0.5)}{0.05^2 * (1500 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 306$$

Tipo de muestreo: Se realizó un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple a todas las gestantes que acuden al consultorio de obstetricia durante los meses de julio a setiembre del 2015; fue probabilístico pues todas tenían la misma probabilidad de participar y fue aleatorio puesto que para su selección se utilizó el azar.

Criterios de inclusión

- Gestante atendida en el consultorio de obstetricia durante el periodo de estudio.
- Gestante mayor de 18 y menor de 35 años.
- Gestante con actividad sexual.
- Gestante sin patologías aparente (orgánicas o psiquiátricas)
- Gestante que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Gestante con patologías del embarazo (preeclampsia, placenta previa, DPP, RPM, amenaza de aborto, infecciones recurrentes)
- Gestantes que se encuentran con pródromos de trabajo de parto.
- Gestante con violencia sexual

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Disfunción sexual durante el embarazo.

Factores asociados:

Factores biológicos.

Factores socioculturales.

Factores relacionados a las creencias.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: encuesta

Instrumento: se hizo uso de dos instrumentos:

Primero: Índice de función sexual femenina, el cual permitió el diagnóstico de los casos de disfunción. Este instrumento ha sido propuesto por Rosen y cols en el año 2000 (*Anexo IV*), el cual cumplía con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Los coeficientes de confiabilidad fueron altos para cada uno de los dominios ($r = 0,79-0,86$). Además de poseer un alto grado de coherencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0.82 a más).

Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupan en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 a 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5 (*Ver Anexo IV*).

FORMA DE EVALUACION DE LA FUNCIÓN SEXUAL

Después de cuatro años de haber sido presentado este instrumento, Blumel y cols 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 puntos¹³.

PUNTAJE DE INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA					
Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Minimo	Maximo
Deseo	1-2	1-5	0.6	1.2	6
Excitación	3-6	0-5	0.3	0	6
Lubricacion	7-10	0-5	0.3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0.4	0	6
Satisfaccion	14-16	0-5	0.4	0	6
Dolor	17-19	0-5	0.4	0	6
Rango total				2	36

Fuente: Blumel y cols (2004).

Segundo: cuestionario estructurado que permitió identificar los factores asociados a la disfunción sexual durante el embarazo. Este cuestionario estuvo estructurado en tres partes, la primera conformada por 14 preguntas sobre los datos socioculturales de la gestante, la segunda parte conformada por 10 preguntas sobre los datos biológicos de las gestantes y la tercera parte conformada por 6 preguntas sobre las creencias de las gestantes (Ver Anexo V).

Validación del instrumento:

Puesto que el instrumento utilizado para evaluar los factores asociados a la disfunción sexual no ha sido validado anteriormente, ya que es creación de esta investigación, necesitó pasar por Juicio de expertos, pruebas estadísticas y una prueba piloto, antes de servir como instrumento de recolección del presente estudio.

- **Juicio de Expertos:** se buscó la opinión de 7 expertos, entre docentes, obstetras y médicos ginecólogos, cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para validar este instrumento. Se obtuvo concordancia favorable entre los expertos, salvo en un ítem que fue corregido para mejora del instrumento (Ver Anexo VI).
- **La prueba piloto:** se realizó para poder evaluar la confiabilidad del cuestionario de factores asociados, además de la consistencia de cada pregunta y si estas son entendibles, para lo cual se encuestó a 30 gestantes. Se obtuvo una buena confiabilidad (coeficiente Kuder – Richardson 0.712) (Ver Anexo VII).

Luego de haber realizado la validez y confiabilidad del cuestionario se procedió a analizar las preguntas según las recomendaciones de los validadores y los resultados de la prueba piloto, para finalmente ser aplicado a la muestra de estudio.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron recolectados, luego de que la dirección general del Hospital San Juan de Lurigancho evaluó y aceptó el presente estudio.

Los datos se recolectaron mediante el cuestionario que evalúa la actividad sexual de las gestantes, y el Cuestionario que evalúa los factores asociados a la disfunción

sexual durante el embarazo, lo cual se realizó en la sala de espera de los consultorios de obstetricia, antes de que ingresen a realizarse su atención prenatal.

Antes de iniciar con el llenado de la encuesta se dio lectura al consentimiento informado y se les pidió que lo firmen. Seguidamente se les proporcionó el cuestionario para que inicien con la respuesta de las preguntas.

Una vez encuestada, el número de gestantes según muestra de estudio, se procedió a realizar el control de calidad de la información recabada y a ponerle un número de folio a cada encuesta para que pueda ser ingresada a la base de datos del programa SPSS v.21 para iniciar con el procesamiento de los datos.

El análisis de los datos se estimó mediante frecuencias absolutas y relativas, para las variables cualitativas. Además la asociación se realizó mediante la prueba estadística de asociación chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, la cual se consideró significativa cuando el valor de p fue menor a **0.05**, es decir existe asociación.

Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para cumplir con las consideraciones de la ética médica, se tuvo en cuenta los principios bioéticos (Beneficencia y no maleficencia, justicia), los cuales estuvieron descritos literalmente en el consentimiento informado. (Ver Anexo III)

3. RESULTADOS

Tabla N°1: Porcentaje de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, julio– setiembre 2015.

Disfunción sexual	N	%
Gestantes con disfunción sexual	251	82.0%
Gestantes sin disfunción sexual	55	18.0%
Total	306	100.0%

El gráfico N°1 muestra que de las 306 gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante julio a setiembre del 2015, el 82% (n=251) presenta disfunción sexual (IFSF \leq 26.5) y el 18% (n=55) no presenta disfunción sexual (IFSF $>$ 26.5).

En los siguientes cuadros, se analizará la relación entre las variables de estudio, por lo que se considerará significativo, es decir que existe relación cuando el valor de $p < 0.05$.

Cuadro N°1: Factores socioculturales asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, julio– setiembre 2015.

Factores Socioculturales	Disfunción sexual				p
	Si		No		
	N	%	N	%	
Estado Civil					
Soltera (pero con pareja)	70	27.9%	19	34.5%	0.561
Casada	36	14.3%	6	10.9%	
Conviviente	145	57.8%	30	54.5%	
Tiempo de pareja					
< 5 años	184	73.3%	40	72.7%	0.124
5 - 10 años	52	20.7%	15	27.3%	
> 10 años	15	6.0%	0	0.0%	
Edad de la pareja					
<25 años	115	45.8%	10	18.2%	0.000
25 - 34 años	98	39.0%	37	67.3%	
> 34 años	38	15.1%	8	14.5%	
Grado de instrucción					
Primaria	36	14.3%	0	0.0%	0.000

Secundaria	194	77.3%	39	70.9%	
Superior	21	8.4%	16	29.1%	
Privacidad					
No	185	73.7%	28	50.9%	0.001
Si	66	26.3%	27	49.1%	
Religión					
Católica	199	79.3%	43	78.2%	0.064
Evangélica	9	3.6%	3	5.5%	
Otros	2	.8%	3	5.5%	
Ninguno	41	16.3%	6	10.9%	
Ocupación					
Ama de casa	187	74.5%	39	70.9%	0.415
Estudiante	20	8.0%	7	12.7%	
Independiente	25	10.0%	3	5.5%	
Dependiente	19	7.6%	6	10.9%	
Violencia Física					
No	244	97.2%	52	94.5%	0.314
Si	7	2.8%	3	5.5%	
Violencia Psicológica					
No	209	83.3%	49	89.1%	0.282
Si	42	16.7%	6	10.9%	
Violencia Familiar					
No	241	96.0%	55	100.0%	0.132
Si	10	4.0%	0	0.0%	
Total	251	100.0%	55	100.0%	

En el cuadro N°1 se observan los factores socioculturales de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, donde la edad de la pareja ($p=0.000$), el grado de instrucción ($p=0.000$) y la privacidad en el hogar ($p=0.001$) para tener relaciones sexuales resultaron estar asociados a la disfunción sexual.

Las parejas de las gestantes con disfunción sexual tenían menos de 25 años (45.8%), mientras que las parejas de las gestantes sin disfunción sexual, se encontraban entre 25 a 34 años (67.3%), existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$), así mismo sobre el grado de instrucción de las gestantes con disfunción sexual predominaron los estudios secundaria y primaria con 77.3% y 14.3% respectivamente, mientras que las gestantes sin disfunción sexual tenían estudios secundaria y superior en el 70.9% y 29.1% respectivamente, existiendo una diferencia significativa ($p=0.000$).

Al indagar sobre la privacidad en el hogar que le permite tener relaciones sexuales, el 73.7% de las gestantes con disfunción sexual respondieron que no, frente a un 50.9% de gestantes sin disfunción sexual, siendo ambas diferentes significativamente. ($p=0.001$).

Los factores como el estado civil ($p=0.561$), el tiempo de unión con la pareja ($p=0.124$), la religión ($p=0.064$), la ocupación ($p=0.415$) y la violencia física ($p=0.314$), psicológica ($p=0.282$) y familiar ($p=0.132$) no resultaron estar asociados a la disfunción sexual.

Cuadro N°2: Factores biológicos asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, julio– setiembre 2015.

Factores Biológicos	Disfunción sexual				p
	Si		No		
	N	%	N	%	
Índice de Masa corporal					
Normal	51	20.3%	31	56.4%	0.000
sobrepeso	169	67.3%	18	32.7%	
Obesidad	31	12.4%	6	10.9%	
Paridad					
nulípara	209	83.3%	31	56.4%	0.000
primípara	15	6.0%	15	27.3%	
multípara	27	10.8%	9	16.4%	
Edad Gestacional					
I Trimestre	93	37.1%	9	16.4%	0.002
II Trimestre	78	31.1%	16	29.1%	
III Trimestre	80	31.9%	30	54.5%	
Planificación del embarazo					
No	205	81.7%	21	38.2%	0.000
Si	46	18.3%	34	61.8%	
Aborto					
No	221	88.0%	50	90.9%	0.546
Si	30	12.0%	5	9.1%	
Total	251	100.0%	55	100.0%	

En el Cuadro N°2 se observa que los factores 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 ($p=0.000$), puesto que:

El 67.3% de las gestantes con disfunción sexual presentan sobrepeso, mientras que en las gestantes sin disfunción sexual, el 56.4% tiene un IMC Normal, es decir que el sobrepeso se asocia con la disfunción sexual ($p=0.000$).

El 83.3% de las gestantes con disfunción sexual son nulíparas, a diferencia del 56.4% de las gestantes sin disfunción sexual, siendo estas variables significativas ($p=0.000$), es decir que el ser nulípara se asocia con la disfunción sexual.

En las gestantes con disfunción sexual, el 37.1% se encontraba en el I trimestre de embarazo y el 31.9% en el III trimestre, en cambio en las gestantes sin disfunción sexual, el 54.5% se encontraba en el III trimestre de embarazo y el 29.1% en el II trimestre, por lo que estas frecuencias son estadísticamente significativas, es decir la edad gestacional entre el primer y tercer trimestre se asocian a la disfunción sexual. ($p=0.002$).

En el grupo con disfunción sexual, el 81.7% de las gestantes no planificó el embarazo, en cambio en el grupo sin disfunción sexual, el 61.8% de las gestantes si planificó el embarazo, por lo que la no planificación del embarazo se asocia con la disfunción sexual ($p=0.000$).

Por otro lado, el aborto ($p=0.546$) no se asoció con la disfunción sexual en el embarazo, ya que se obtuvieron frecuencias similares entre las pacientes con y sin disfunción sexual.

Cuadro N°3: Factores relacionados a las creencias asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, julio–setiembre 2015.

Factores Relacionados a las creencias		Disfunción sexual				p
		Si		No		
		N	%	N	%	
Información sobre las RS durante este embarazo.	No	224	89.2%	36	65.5%	0.000
	Si	27	10.8%	19	34.5%	
RS puede causar daño a su bebé	No	85	33.9%	43	78.2%	0.000
	Si	166	66.1%	12	21.8%	
RS podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo	No	112	44.6%	43	78.2%	0.000
	Si	139	55.4%	12	21.8%	
RS ocasionar alguna complicación durante el parto	No	190	75.7%	52	94.5%	0.002
	Si	61	24.3%	3	5.5%	
Existe obligación de cumplirle sexualmente al marido	No	157	62.5%	43	78.2%	0.027
	Si	94	37.5%	12	21.8%	
Religión que profesa impide acto sexual libre	No	230	91.6%	52	94.5%	0.467
	Si	21	8.4%	3	5.5%	
Total		251	100.0%	55	100.0%	

El cuadro N° 3 muestra los factores relacionados a las creencias donde:

El no recibir información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo se asocia con la disfunción sexual ($p=0.000$), ya que el 89.2% de las gestantes con disfunción sexual manifiesta que “no” recibió información sobre las relaciones sexuales comparado con el 65.5% de las gestantes sin disfunción sexual, resultando estos porcentajes significativos.

El pensar que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al bebé se asocia a la disfunción sexual ($p=0.000$), debido a que el 66.1% de las pacientes con disfunción sexual menciona que las relaciones sexuales durante el embarazo “si” pueden causar daño al bebé, a diferencia de las pacientes sin disfunción sexual, donde el 78.2% menciona que las relaciones sexuales “no” causan daño al bebé.

El pensar que la relación sexual podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo se asocia con la disfunción sexual ($p=0.000$), pues el 55.4% de las gestantes con disfunción sexual menciona que las relaciones sexuales durante el embarazo “si” podrían ocasionar alguna complicación durante el embarazo, en cambio en las gestantes sin disfunción sexual, el 78.2% menciona que las relaciones sexuales durante el embarazo “no” podrían ocasionar alguna complicación durante el embarazo.

El pensar que la relación sexual podría ocasionar alguna complicación durante el parto se asocia con la disfunción sexual ($p=0.002$), ya que, el 24.3% de las gestantes refiere que la relación sexual “sí” podría ocasionar alguna complicación durante el parto, comparado con el 5.5% de las gestantes sin disfunción sexual, existiendo diferencia significativa entre las variables.

El 37.5% de las pacientes con disfunción sexual menciona que existe obligación de cumplirle sexualmente al marido, comparado con el 21.8% de las gestantes sin disfunción sexual, existiendo diferencia significativa entre las variables ($p=0.027$).

En cambio, el considerar que la religión que impide disfrutar de la vida sexual ($p=0.467$) no se relaciona con la disfunción sexual.

DISCUSIONES

La disfunción sexual es un problema en el funcionamiento erótico que usualmente impide el desarrollo de una vida erótica plena, que tienen determinantes y estos se encuentran en una variedad de niveles de la naturaleza humana, y se presenta en diferentes situaciones. El embarazo es una etapa de cambios no solo hormonales, sino corporales que condiciona muchas veces la sexualidad de una mujer, y como muestra de ello existen algunos estudios que se ha encontrado una alta frecuencia de disfunción sexual, como el estudio de Seven y cols., que encontraron que el 77,6% de las gestantes presentó disfunción sexual⁶, así mismo Ahmed y cols encontraron que la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo se estimó en el 68,8%⁸, y Naldoni y cols hallaron que el 61% de las gestantes presentaron una puntuación del Índice de Disfunción sexual (≤ 26.5)⁹, es decir disfunción sexual. En el presente estudio se pudo determinar que la frecuencia de Disfunción sexual también fue alto como lo presentado en los autores mencionados, ya que el 82% de las gestantes presentan disfunción sexual.

Los aspectos socioculturales pueden comprometer el desarrollo de una plena sexualidad en las mujeres durante su gestación, ya que no solo existe un cambio hormonal en esta etapa, sino que la conducta de la mujer ante la maternidad pueden ejercer alguna presión en la conducta sexual y según algunos autores alguno de estos factores esta en relación a la pareja, puesto que Seven encontró que el tener pareja a edad avanzada fue un factor asociado a la disfunción sexual⁶, así también Ahmed y cols. Hallaron como factor asociado a la duración del matrimonio⁸. En el presente estudio la edad de la pareja menor de 25 años se asoció a disfunción sexual en la gestante ($p=0.000$), mientras que el tiempo de pareja no influyó respecto a la disfunción sexual ($p=0.124$), a diferencia del autor mencionado anteriormente. Otro factor importante encontrado en este estudio, es el grado de instrucción el cual fue asociado a la disfunción sexual durante la gestación ($p=0.000$), esto puede llevar a pensar que la mujer que con nivel de estudio medio, superior se encuentran más empoderadas para mejorar su vida, y el ámbito sexual no sería la excepción, a diferencia de las mujeres con pocos estudios quienes podrían ser más vulnerables. La privacidad es un factor esencial en el desarrollo pleno de la intimidad marital, mientras que muchas veces su ausencia podría conllevar a reprimir los sentimientos propios de una pareja, es así que en el presente estudio cuando se indaga acerca de la

privacidad que tiene la gestante en su hogar para tener relaciones sexuales, el 73.7% de ellas que tienen disfunción sexual respondieron no tener dicha privacidad, lo cual es un factor asociado ($p=0.001$).

En el presente estudio, al respecto de los factores biológicos asociados a la disfunción sexual fueron, el Sobrepeso ($p=0.000$), la paridad ($p=0.000$), la edad gestacional entre el I y III trimestre ($p=0.002$) y la no planificación del embarazo ($p=0.000$), lo cual se asemeja al estudio de Naltoni y cols., quien encontró que la disfunción sexual se asocia con la edad gestacional y el exceso de peso en el embarazo actual⁹. Así también, Ahmed y cols., en su investigación observaron que la edad gestacional (III trimestre) y la paridad fueron factores asociados a la disfunción sexual⁸. No obstante, Seven y cols. Demostraron que el tener antecedentes de aborto involuntario es un factor asociado a disfunción sexual⁶, lo cual se contrapone a lo hallado en el presente estudio, pues la historia de aborto no se asoció con la disfunción sexual ($p=0.546$). De acuerdo a lo mencionado, la disfunción sexual se ha asociado a una serie de factores, dentro de los que destaca la paridad, donde se ha encontrado que la mayoría de las pacientes nulíparas son las que han presentado disfunción sexual, probablemente a que se produce una menor lubricación vaginal en este grupo de pacientes. También se ha evidenciado que de acuerdo a la edad gestacional, el mayor porcentaje de disfunción sexual se sitúa entre el primer y tercer trimestre; el primero posiblemente por los cambios físicos y hormonales del embarazo que originan una disminución del deseo sexual y de la actividad sexual y el segundo por una disminución del orgasmo y el aumento del tamaño del útero.

En lo que corresponde a los factores relacionados a las creencias asociados a la disfunción sexual, en el presente estudio, 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 ($p=0.000$), el pensar que la relación sexual podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo ($p=0.000$) y el parto ($p=0.002$), y el pensar que existe obligación de cumplirle sexualmente al marido ($p=0.027$) son factores que se asocian con la disfunción sexual, lo cual tiene similitud con lo hallado por Serati y cols., pues en su trabajo la falta de información adecuada sobre el sexo en el embarazo y la preocupación acerca de los posibles resultados obstétricos adversos son los factores responsables de la alteración de la actividad sexual durante el embarazo¹⁰. Asimismo, Corbacioglu y cols, identificaron que las puntuaciones globales

del índice de función sexual femenina se vieron afectadas negativamente por la preocupación de que la relación sexual puede dañar al embarazo⁷. Con lo expuesto, se puede acotar que las creencias y la falta de información sobre temas de sexualidad en el embarazo, ejercen una gran influencia en las mujeres para que disfruten de sus prácticas sexuales en esta etapa, pues las restringen y provocan miedos o temores, que pueden resolverse recibiendo información adecuada y con la comunicación con la pareja.

4. CONCLUSIONES

- El 82% de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de julio a setiembre del año 2015 presenta 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 ($p=0.001$).
- Los factores biológicos que están asociados a la disfunción sexual en las gestantes son: el Índice de Masa Corporal ($p=0.000$), la paridad ($p=0.000$) y la edad gestacional ($p=0.002$), la no planificación del embarazo ($p=0.000$)
- Los factores relacionados a las creencias que están asociados a la disfunción sexual en gestantes 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 ($p=0.000$), el tener alguna complicación durante el embarazo ($p=0.000$) o durante el parto ($p=0.002$) y el pensar que es una obligación cumplirle sexualmente al marido ($p=0.027$).

5. RECOMENDACIONES

- Debido al alto porcentaje de gestantes con disfunción sexual, se sugiere aplicar el Índice de Función Sexual Femenina durante la realización de la atención prenatal, en cada trimestre de embarazo, con la finalidad de poder evaluar su satisfacción sexual durante el desarrollo de la gestación y detectar ciertas incomodidades que puedan ocasionar un efecto negativo en la misma gestante y un deterioro en su relación de pareja.
- Estimular en las gestantes la búsqueda de espacios privados para lograr desarrollar una sexualidad plena; como contar o crear un ambiente privado e íntimo para el desarrollo pleno de una vida sexual dentro del hogar, lo cual debe ser dialogado con la pareja para una mayor confortabilidad.
- Brindar consejerías personalizadas a las mujeres en edad fértil que acuden al consultorio de planificación familiar, informándoles la importancia de llegar al embarazo en condiciones óptimas, como un adecuado índice de masa corporal, niveles normales de hemoglobina etc., para evitar futuras complicaciones en el embarazo, que puedan comprometer la sexualidad de la gestante.
- Se sugiere la realización de sesiones intramurales y extramurales con la entrega de material educativo, donde se profundice la información sobre sexualidad durante el embarazo, que resuelvan aquellas dudas y mitos que aún persisten en las mujeres y que a su vez pueden repercutir en la función sexual durante la etapa de gestación. Además durante las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, así como en otros servicios donde acudan con frecuencia las gestantes, se aconseja profundizar sobre el tema de la actividad sexual en el embarazo, de manera tal, que la gestante y su pareja, incrementen sus conocimientos sobre este tema y se erradiquen los conceptos erróneos y tabúes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bertolino M. Disfunción Sexual Femenina (DSF). Revista. Cubana 2006. 68(2):43-46.
2. Pérez MC, Vargas DB, Cisneros C. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. Rev. Mex Urol 2008; 68(2):98-102.
3. Ojanlatva A, et al. Sexual activity and perceived health among Finnish middle-aged women. Health Qual Life Outcomes 2006; 4(4): 29-36.
4. Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Enfermería global 2013; 32:362-370.
5. Vargas M. Función sexual. Capítulo 7. Obstetricia Moderna. Pág. 95-106.
6. Seven M, Akyüz A, Güngör S. Predictors of sexual function during pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2015 Feb 24:1-5.
7. Corbacioglu Esmer A1, 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.
8. 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.
9. 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.
10. Serati M, Salvatore S, Siesto G, E Cattoni, Zanirato M, Khullar V y cols. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. 2010 Aug; 7(8):2782-90.
11. Cervantes R, Jefferson L. Sexualidad en gestantes. Revista horizonte Médico 2004; pp: 39-45.
12. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. México, 1994, pp: 203-246.

13. Blümel J, 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.
14. Marega O. Sexualidad y embarazo. [Consultado el 29 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.sexovida.com/educacion/embarazo.htm>
15. Brtnicka, H., Weiss P. y Zverina, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy, 2009; 110 (7): 427-431.
16. Cedres S, Dartayete G. La sexualidad durante el embarazo. Uruguay: Centro Médico Sexológico. Disponible en: <http://www.plenus.com.uy/docs/parejas/Sexualidad%20y%20embarazo.pdf>
17. Alzate L, Aristizabal M, Cardona S, Gañán D, Oliver D. Perfil psicosexual de la pareja durante la gestación. Medellín 2001; 19(1).
18. Gonzales I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5):497-501.
19. Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. [Consultado el 30 de abril del 2015] Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
20. Zighelboim I. Actividad sexual y embarazo. Conferencia presentada en el X Congreso Venezolano de Sexología. Revista de La Facultad de Medicina 2001; 24(2): 101-103.
21. Fernández M. Los nuevos hallazgos de la Sexualidad en el embarazo. Los beneficios para el niño, la madre y el parto. Costa Rica: Instituto Costarricense de Sexología. [Consultado el 29 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO.html>
22. 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
23. Romero C, Chávez A. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretermino. Revista Facultad Medicina UNAM 2001; 44(5).
24. Lawrence M, Leeman M, Rogers R. Relaciones Sexuales Después del Parto. Función Sexual Postparto. Obstet Gynecol 2012; 119:647–55.

25. Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai*. 2010 Mar; 93(3):265-71.
26. Steege J, Jelovsek F. Sexual behavior during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1982 Aug; 60(2):163-8.
27. Marega O. Sexualidad y embarazo. [Consultado el 29 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.sexovida.com/educacion/embarazo.htm>
28. García S, Gonzáles D, Mejías M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. *Enferm. Glob*. 2012; 11(28).
29. Sapien J, Salguero M, Córdoba D. Dificultades vividas por los varones durante el embarazo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 2011; 14(3).
30. Masters WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana*. 1ª ED. Buenos Aires. Intermédica;1972.
31. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J. Sex Med* 2008;5:1915–22.

7. ANEXOS

INDICE

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	39
II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
IV. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.....	46
V. CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL EMBARAZO.....	50
VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	52
VII. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	53

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **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 (el deseo, la excitación y el orgasmo) 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.
- **Factores socioculturales:** elementos tradicionales educativos que varían de una sociedad a otra. Se refiere a la interacción social.
- **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.
- **Relación sexual:** conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.
- **Acto coital:** introducción del pene en la vagina o el ano. Es una de las prácticas sexuales que forma parte de la relación sexual.
- **Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Codificación	Ficha de verificación
Disfunción sexual	Problemas en la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena en las gestantes.	- Deseo	Cualitativa	Nominal	- Sensación de deseo o interés sexual. - Intensidad de deseo o interés sexual.	Escala de 0 a 5 tipo Likert.	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			- Satisfacción con la cercanía emocional durante la actividad sexual. - Satisfacción con la relación sexual. - Satisfacción con vida sexual en general		
		- Dolor			- Frecuencia de discomfort o dolor durante la penetración. - Frecuencia de discomfort o dolor después de la penetración. - Intensidad de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal.		
Factores asociados	Está conformado por todos aquellos estímulos internos o externos de la gestante que van a influir en el desarrollo de la disfunción sexual.	Factores socioculturales	Cualitativa	Nominal	Estado civil	(0) Soltera (1) Casada (2) Conviviente	Cuestionario para identificar los factores asociados a la disfunción sexual durante el embarazo.
			Cuantitativa	Razón	Tiempo de unión con su pareja	En años	
					Edad de la pareja	En años	
			Cualitativa	ordinal	Grado de instrucción	0) Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior	
			Cualitativa	Nominal	Lugar de nacimiento:	-	
					Lugar donde paso el mayor tiempo de su vida.	-	
Lugar donde vive actualmente:	-						

					Ocupación	0) Ama de casa (1) Estudiante (2) Independiente (3) Dependiente		
					Violencia física de pareja	(0) No (1) Si		
					Violencia psicológica de pareja.	(0) No (1) Si		
					Violencia por parte de algún integrante de su familia.	(0) No (1) Si		
		Factores biológicos	Cuantitativa	razón	IMC	En números		
							Paridad	En números
							Número de partos vaginales	En números
							Numero de cesárea	En números
				Cualitativa	Nominal	Edad Gestacional	(0) 1 a 13 semanas (1) 14 a 26 semanas (2) 17 a 37 semanas	
							Planificación de embarazo	(0) No (1) Si
							Antecedente de aborto	(0) No (1) Aborto provocado (2) Aborto espontaneo (3) Aborto

						Involuntario (4) Otros. Especificar	
					Complicaciones o problemas de salud en el embarazo anterior	(0) No (1) I trimestre (2) II trimestre (3) III trimestre	
		Factores relacionados a la creencias	Cualitativa	Nominal	Información sobre las RS durante este embarazo.	No = 0 Si = 1	
					RS puede causar daño a su bebé	No = 0 Si = 1	
					RS podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo	No = 0 Si = 1	
					RS ocasionar alguna complicación durante el parto	No = 0 Si = 1	
					Existe obligación de cumplirle sexualmente al marido	No = 0 Si = 1	
					Religión que profesa impide acto sexual libre	No = 0 Si = 1	

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN LOS MESES DE JULIO – SETIEMBRE 2015.

Descripción:

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la función sexual según trimestre de embarazo. Esta investigación es realizada por la Interna de Obstetricia Lizeth Alicia Gonzales Ysla.

El propósito de esta investigación es determinar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante los meses de julio a setiembre del 2015. Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación, ya que se aplicaran una serie de preguntas que deberá de contestar de manera clara, precisa y veraz.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar esos datos de forma anónima; este cuestionario evaluará función sexual de las gestantes. El participar en este estudio le tomará un tiempo aproximado de 10 minutos.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará la integridad física de las participantes, mas puede causar incomodidad por indagar en la vida íntima, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes, no se consignaran los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre la función sexual de las gestantes que se atienden en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos:

Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Interna de Obstetricia Lizeth Alicia Gonzales Ysla al teléfono 984148851 (investigadora responsable).

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio

IV. INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

(The Female Sexual Function Index (FSFI) de Rosen y cols en el año 2000)

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

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

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
- Muy alta confianza
 - Alta confianza
 - Moderada confianza
 - Baja confianza
 - Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- Siempre o casi siempre la mantengo
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)

- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

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

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

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

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

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

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

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

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

V. CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

Conteste las siguientes preguntas del siguiente cuestionario, cabe resaltar que todos los datos que consigne en esta ficha son anónimos, por lo cual se le pide absoluta tranquilidad y sinceridad en sus respuestas.

DATOS SOCIOCULTURALES DE LA GESTANTE

1. Estado civil:
(0) Soltera (pero con pareja) (1) Casada (2) Conviviente
2. Tiempo de unión con su pareja: _____
3. Edad de la pareja: _____
4. Grado de instrucción :
(0) Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) superior
5. Lugar de nacimiento: _____
6. Lugar donde paso el mayor tiempo de su vida: _____
7. Lugar donde vive actualmente: _____
8. Sientes tener privacidad en tu dormitorio para tener relaciones sexuales con tu pareja.
(Si su respuesta fue afirmativa pasar a la pregunta 10, en caso contrario contestar la pregunta 9)
(0) No (1) Si
9. ¿Por qué?
() Comparto la habitación con otros familiares: Especificar _____
() El material de construcción del dormitorio no favorece la privacidad.
() El dormitorio se encuentra en un área poco privado del hogar.
() Otros: _____
10. Religión que profesa: _____
11. Ocupación:
(0) Ama de casa (1) Estudiante (2) Independiente (3) Dependiente
12. Durante este embarazo su pareja le ha levantado la mano o golpeado en alguna parte del cuerpo:
(0) No (1) Si
13. Durante su embarazo ha recibido insultos, ofensas o gritos por parte de su pareja
(0) No (1) Si
14. Durante este embarazo algún integrante de sus familia es violento frecuentemente con usted:
(0) No (1) Si

DATOS BIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES

15. Edad: _____

16. Peso: _____

17. Talla: _____

18. Número de Hijos: _____

19. Número de partos vaginales: _____

20. Número de partos por cesárea: _____

21. Semanas de gestación:

(0) 1 a 13 semanas

(1) 14 a 26 semanas

(2) 27 a 40 semanas

22. Su embarazo fue:

(0) *No planificado*

(1) *Planificado*

23. Antecedentes de aborto

(0) *No*

(1) *Aborto provocado*

(2) *Aborto espontáneo*

(3)

Aborto

Involuntario

(4) *Otros. Especificar: _____*

24. ¿Tuvo complicaciones o problemas de salud en el embarazo anterior?

(0) *No*

(1) *I trimestre*

(2) *II trimestre*

(3) *III trimestre*

DATOS SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS GESTANTES

25. Recibió información o consejería sobre las relaciones sexuales durante este embarazo, por parte de algún personal de salud: (0) *No* (1) *Si*

26. Piensa que al tener o cuando tiene relaciones sexuales puede causar algún daño a su bebé: (0) *No* (1) *Si*

27. Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo (0) *No* (1) *Si*

28. Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el parto (0) *No* (1) *Si*

29. Considera que la mujer tiene toda la obligación de cumplirle sexualmente al marido inclusive no teniendo deseos de tener intimidad con Él: (0) *No* (1) *Si*

30. ¿Su religión que profesa le ha impedido disfrutar de su vida sexual?

(0) *No*

(1) *Si*

VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	N° DE JUECES							Sig.
	1	2	3	4	5	6	7	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	0.016
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	0.016
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	1	1	0.016
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas (claros y entendibles)	1	1	1	0	1	1	1	0.094
5. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	0.016
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	0.016
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	1	1	1	1	1	1	0.016
8. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	1	0.016

Puntaje otorgado a cada criterio para el instrumento:

- Favorable = 1 (SI)
- Desfavorable = 0 (NO)

Luego de realizada la prueba binomial, con los datos del juicio de expertos, los resultados denotan que el instrumento elaborado tiene inconsistencias en los ítems 4, por lo cual se debió corregir antes de proceder a realización de la prueba piloto.

A través del Juicio de Expertos, se midió la validez del contenido del instrumento, para ello se consideró 1pto si era Favorable y 0 ptos si era Desfavorable. Los resultados evidencian concordancia favorable entre los siete jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$). Solo el ítem 4 ($p > 0.05$) fue revisado de forma cualitativa, por lo cual se mejoró la redacción y se agregó un ítem mas según la sugerencia de los expertos, para un mejor instrumento.

VII. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para evaluar factores asociados a la disfunción sexual está dividido en tres partes: Datos socioculturales de la gestante, datos biológicos de las gestantes y datos sobre las Creencias de las gestantes. Esta última parte fue confiabilizado a través de una prueba piloto donde el coeficiente de Kuder – Richardson indico 0.712 es decir una buena confiabilidad.

Coeficiente de Kuder - Richardson								
Encuestado	Preguntas o ítems						Puntaje Total (xi)	(xi-X)2
	P1	P2	P3	P4	P5	P6		
E1	0	1	1	1	1	0	4	5.29
E2	1	0	0	0	1	0	2	0.09
E3	0	1	1	0	0	0	2	0.09
E4	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E5	1	1	0	1	0	0	3	1.69
E6	1	0	0	0	0	0	1	0.49
E7	1	0	0	0	0	0	1	0.49
E8	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E9	1	1	1	1	0	0	4	5.29
E10	1	1	1	0	0	0	3	1.69
E11	0	1	1	1	0	0	3	1.69
E12	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E13	0	1	1	0	0	0	2	0.09
E14	1	0	0	0	0	0	1	0.49
E15	1	1	1	1	0	0	4	5.29
E16	1	1	1	1	1	0	5	10.89
E17	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E18	1	0	0	0	0	0	1	0.49
E19	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E20	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E21	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E22	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E23	1	0	0	0	0	0	1	0.49
E24	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E25	0	1	1	0	0	0	2	0.09
E26	0	0	0	0	0	0	0	2.89
E27	1	0	0	0	0	0	1	0.49
E28	1	1	1	0	0	0	3	1.69
E29	0	1	1	0	1	0	3	1.69
E30	1	1	1	1	0	1	5	10.89
Total	14	13	12	7	4	1	51	78.30
Media	0.47	0.43	0.40	0.23	0.13	0.03	1.70	
p=	0.47	0.43	0.40	0.23	0.13	0.03	1.70	
q=	0.53	0.57	0.60	0.77	0.87	0.97	4.30	
p.q=	0.25	0.25	0.24	0.18	0.12	0.03	1.06	
# de ítems	6							
# de encuestas	30							
(st)exp2	2.61							
rtt	0.712							

CONFIABILIDAD DE CRONBACH DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

El instrumento para medir el Índice de Función Sexual Femenina, a través del piloto realizado a 30 usuarias se confiabilizó mediante el alfa de Cronbach que resultó 0.91, lo cual indica una fuerte confiabilidad del instrumento.

N	ITEM																			Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	1	2	2	2	2	2	2	4	2	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	53
2	4	4	3	3	3	2	2	4	4	4	2	4	3	3	3	3	4	2	3	60
3	3	3	3	3	4	2	4	4	5	5	2	4	4	4	5	5	4	5	5	74
4	5	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	83
5	3	3	3	3	4	2	4	4	5	5	2	4	4	4	5	5	4	5	5	74
6	2	3	2	2	3	2	4	4	4	5	3	4	2	2	2	3	5	3	5	60
7	2	2	2	2	3	3	3	4	5	3	4	2	4	4	4	4	3	3	4	62
8	2	3	3	3	3	5	4	4	3	4	2	4	4	5	4	5	4	4	3	69
9	1	2	1	2	2	3	3	4	2	4	3	3	4	4	4	4	2	3	2	53
10	2	3	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	85
11	2	2	1	2	2	2	2	4	3	1	1	4	1	2	1	2	1	3	4	40
12	1	3	1	3	3	3	3	4	3	4	2	3	3	3	3	3	5	5	4	59
13	1	3	3	2	1	4	1	1	1	5	3	4	4	3	3	3	1	2	2	47
14	3	3	3	3	3	4	3	2	3	2	5	4	4	4	4	4	4	4	3	65
15	1	3	1	3	3	3	3	4	3	4	2	3	3	3	3	3	1	3	4	53
16	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4	2	3	2	4	4	3	4	4	4	56
17	2	2	2	2	2	1	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	1	1	2	51
18	3	3	3	2	3	3	3	5	5	5	3	4	3	5	3	3	4	3	3	66
19	2	2	2	2	2	1	2	5	5	5	2	2	3	4	4	4	3	3	4	50
20	3	3	5	3	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	84
21	2	3	3	3	3	5	4	4	3	4	2	4	4	5	4	5	4	4	3	69
22	2	2	3	2	2	3	3	4	4	4	3	3	2	4	2	4	5	5	5	62
23	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	4	72
24	2	2	3	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	5	5	5	63
25	2	3	2	2	3	4	3	3	3	4	4	5	4	4	5	4	4	4	3	66
26	3	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	2	2	4	4	4	4	4	5	63
27	3	3	3	3	4	3	4	5	3	4	2	4	5	5	5	5	4	4	4	73
28	1	1	1	3	1	2	1	4	1	4	2	4	2	3	3	4	2	4	3	46
29	2	3	2	2	3	4	4	3	4	3	4	2	3	4	4	4	2	3	2	58
30	1	3	3	2	1	4	1	1	1	5	3	4	4	3	3	3	1	2	2	47
Varianza	0.92	0.42	1.14	0.26	0.84	1.40	1.27	1.06	1.40	0.78	1.15	0.56	0.93	0.70	0.99	0.65	1.98	1.24	1.06	133.47
Suma_var	18.76																			
Leyenda	1 : Correctas																			
	0 : Incorrectas																			
	k (ITEM)																			
	N																			
	19																			
	30																			
	r-Alpha de Cronbach																			
	0.91																			