

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**

**APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL BARRANCA – CAJATAMBO Y SBS, NOVIEMBRE - DICIEMBRE**

**2018**

**AUTOR:**

**Palomino Díaz, Hugo Fredy**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR:**

**Bermejo Sanchez, Fredy Ruperto**

**HUACHO – PERÚ**

**2019**

**APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BARRANCA – CAJATAMBO Y SBS,  
NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2018**

**PALOMINO DÍAZ, HUGO FREDY**

**TESIS DE PREGRADO**

**ASESOR: BERMEJO SANCHEZ, FREDY RUPERTO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**2019**

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I</b>	1
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
<b>1.1. Descripción de la realidad problemática</b>	1
<b>1.2. Formulación del problema</b>	2
<b>1.2.1. Problema general.</b>	2
<b>1.2.2. Problemas específicos.</b>	2
<b>1.3. Objetivos de la investigación</b>	3
<b>1.3.1. Objetivo general.</b>	3
<b>1.3.2. Objetivos específicos.</b>	3
<b>1.4. Justificación de la investigación</b>	3
<b>1.4.1 Conveniencia.</b>	3
<b>1.4.2 Relevancia Social.</b>	4
<b>1.4.3 Implicaciones prácticas.</b>	4
<b>1.4.4 Justificación Teórica.</b>	4
<b>1.4.5 Justificación Metodológica.</b>	4
<b>1.5. Delimitación del estudio</b>	4
<b>1.6. Viabilidad del estudio</b>	5

<b>CAPÍTULO II</b>	6
<b>MARCO TEÓRICO</b>	6
<b>2.1. Antecedentes de la investigación</b>	6
<b>2.2. Bases teóricas</b>	19
<b>2.3. Definiciones conceptuales</b>	22
<b>2.4. Formulación de la hipótesis</b>	22
<b>2.4.1. Hipótesis general.</b>	22
<b>CAPÍTULO III</b>	23
<b>METODOLOGÍA</b>	23
<b>3.1. Diseño metodológico</b>	23
<b>3.2. Población y muestra</b>	24
<b>3.3. Operacionalización de variables e indicadores</b>	24
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b>	28
<b>3.4.1. Técnicas a emplear.</b>	28
<b>3.4.2. Descripción de los instrumentos.</b>	28
<b>3.5. Técnicas para el procesamiento de la información</b>	29
<b>CAPÍTULO IV</b>	30
<b>RESULTADOS</b>	30
<b>CAPÍTULO V</b>	32
<b>DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	32
<b>5.1. Discusión</b>	32
<b>5.2. Conclusiones</b>	34

<b>5.3. Recomendaciones</b>	34
<b>CAPÍTULO VI</b>	35
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	35
<b>6.1. Fuentes documentales</b>	35
<b>6.2. Fuentes bibliográficas</b>	35
<b>Anexos</b>	43

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS, noviembre – diciembre 2018.	31
<b>Tabla 2.</b> Medidas de tendencia central.....	32

## RESUMEN

**Introducción:** La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad de las gestantes, en su sentido más pleno, y por tanto constituye un problema de Salud Sexual y Reproductiva.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de disfunción sexual por medio de la aplicación del índice de función sexual en gestantes que acuden al servicio de Obstetricia en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS, durante los meses noviembre – diciembre del 2018.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se aplicaron la encuesta Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) durante el embarazo a 110 gestantes. Se analizaron los datos usando estadística descriptiva.

**Resultados:** De las 110 encuestadas analizadas, se observó que el puntaje del IFSF de las gestantes alcanza un promedio de 19,87 con un puntaje mínimo de 13,3 y un máximo de 28,4 puntos. El 98,2% (n=110) presentó disfunción sexual en base al puntaje obtenido en este índice.

**Discusión:** La disfunción sexual es una afectación frecuente en las gestantes, disminuyendo su calidad de vida, por ello se recomienda abordar este aspecto en el control prenatal.

**Palabras clave:** Disfunción sexual, gestantes, índice de función sexual.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual dysfunction is a disorder that affects the sexuality of pregnant women, in its fullest sense, and therefore constitutes a problem of Sexual and Reproductive Health.

**Objectives:** To determine the frequency of sexual dysfunction through the application of the index of sexual function in pregnant women who attend the Obstetrics service at the Hospital Barranca - Cajatambo and SBS, during the months November - December 2018.

**Methodology:** Quantitative, descriptive cross-sectional study. The Survey on Female Sexual Function (IFSF) during pregnancy was applied to 110 pregnant women. The data was analyzed using descriptive statistics.

**Results:** Of the 110 respondents analyzed, it was observed that the women's IFSF score reaches an average of 19.87 with a minimum score of 13.3 and a maximum of 28.4 points. 98.2% (n = 110) presented sexual dysfunction based on the score obtained in this index.

**Discussion:** The sexual dysfunction is a frequent affectation in the pregnant women, diminishing their quality of life, for that reason it is recommended to approach this aspect in the prenatal control.

**Key words:** Sexual dysfunction, pregnant women, index of sexual function.

## INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual es una afección que influye en la sexualidad de las personas, en su sentido más pleno, y por tanto constituye un problema de Salud Sexual y Reproductiva, que no pone en riesgo la vida de los pacientes, mas sí afecta la salud y la calidad de vida. (Moreno G. & Quilca N., 2016)

La disfunción sexual femenina (DSF) es una compleja interacción de factores biológicos, hormonales y psicológicos que pueden tener un efecto negativo significativo sobre la salud sexual femenina y la calidad de vida. (Kingsberg, S. A. y Woodard T., 2015). La DSF es uno de los problemas más comunes, en un estudio realizado en 12 ciudades colombianas se halló que la prevalencia de disfunción sexual en el grupo estudiado fue del 32,97%. (Espitia-De La Hoz, 2018)

El embarazo es un proceso de modificaciones anatómicas y fisiológicas que experimentan las mujeres. Como resultado de estos cambios, la vida sexual de las mujeres gestantes se altera durante el embarazo. (Coskun B, Coskun BN, Atis G, Ergenekon E, Dilek K, 2013)

La gestación afecta múltiples funciones fisiológicas, funcionales y mentales que interfieren con la sexualidad. Factores endocrinos y psicosomáticos así como los cambios anatómicos durante el embarazo pueden provocar disfunción sexual femenina. (Yenieli y Petri, 2014)

Antes del embarazo las parejas no reciben información sobre cómo pueden manejar su vida sexual, o cómo pueden satisfacer sus necesidades sexuales junto con el embarazo (Gałązka, Droszol - Cop, Naworska, Czajkowska, y Skrzypulec-Plinta, 2015), ni tampoco las parteras u obstetras realizan evaluaciones de salud sexual o proporcionan una educación sexual específica (De Pierrepont & Polomeno, 2014).

Este es un reto predominante en los entornos clínicos con cultura conservadora hacia la sexualidad. Durante las visitas prenatales y posparto, los médicos y los pacientes tienen

una tendencia a evitar la discusión de los problemas sexuales. Más probable, esto se debe a proveedores de salud poco preparados y poco hábiles en el campo de la experiencia sexual (De Pierrepont, Polomeno, Bouchard y Reissing, 2016).

Existen estudios que enfatizan abordar los problemas sexuales durante el embarazo como una parte importante de la atención prenatal (Rivas et al., 2016), por ello este trabajo pretende abarcar este aspecto poco enfocado en nuestro país, por el impacto significativo en la calidad de la vida sexual.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1.Descripción de la realidad problemática

La salud sexual es una parte importante de la calidad de vida de mujeres y está definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. (World Health Organization [WHO], 2002, p100.)

La DSF es un problema común y a menudo angustiante que tiene un impacto negativo en la calidad de vida y el cumplimiento de la medicación. El problema a menudo es multifactorial, y requiere un enfoque de tratamiento y evaluación multidisciplinario. (Faubion S., y Rullo J., 2015)

La satisfacción sexual de las parejas durante el embarazo es necesaria para una relación matrimonial sana y feliz (Nourani, Jonaidy, Shakeri y Mokhber, 2010). Sin embargo, el embarazo y su impacto adverso en la vida sexual de las parejas son ampliamente reportados (Kisa, Zeyneloğlu, Yilmaz, y Güner, 2014). Los problemas sexuales son frecuentes, en no embarazadas alcanza un 30 a 46% y se incrementa durante el embarazo hasta un 57–75% (Ahmed, Madny, y Sayed Ahmed, 2014).

Durante el embarazo, la pareja va a sufrir modificaciones en cuanto a su deseo sexual, el cual puede aumentar, disminuir, así como permanecer sin cambios. Frente a esto las gestantes pueden sentirse más femeninas y sensuales, o pueden padecer una disminución del deseo a causa de las hormonas, la angustia y cansancio que conlleva el embarazo. Las hormonas van a actuar no solo en cuanto a deseo sexual, sino que pueden influir en la sensibilidad de las mamas y órganos sexuales, lo cual puede favorecer o perjudicar las relaciones sexuales. (Carta M. y González M., 2016)

El deseo sexual se va a manifestar de forma diferente de acuerdo al progreso de la gestación, en los tres primeros meses se reduce considerablemente, esto puede deberse a factores como la desconfianza, inseguridad, la edad de la gestante y el inicio de los instintos maternales, lo cual provoca que la mujer reprima sus reflejos sexuales. En cuanto a los últimos tres meses, el dolor e incomodidad producido por el avance de la gestación va a disminuir la actividad sexual en las pacientes. (Rodríguez F., 2018)

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general.**

¿Cuál es la frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre del 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

1. ¿Cuál es la media de los puntajes obtenidos por el índice de función sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018?
2. ¿Cuál es el mayor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018?

3. ¿Cuál es el menor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018?

### **1.3.Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar la frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.

#### **1.3.2. Objetivos específicos.**

1. Determinar la media de los puntajes obtenidos por el índice de función sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.
2. Determinar el mayor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.
3. Determinar el menor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.

### **1.4.Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Conveniencia.**

La disfunción sexual es una realidad en muchas gestantes según antecedentes internacionales por lo que resulta fundamental dar a conocer la existencia y frecuencia de

esta patología en nuestra población, para ser abordados por personal capacitado y mejorar su calidad de vida.

#### **1.4.2 Relevancia Social.**

Es una población importante en el ámbito hospitalario, por la gran afluencia de gestantes, por lo que resulta esencial identificar la existencia de disfunción sexual.

#### **1.4.3 Implicaciones prácticas.**

Los datos obtenidos de la ejecución del presente proyecto generan evidencia a través de la cual se pueden diseñar políticas para intervenir a las gestantes con disfunción sexual, logrando el bienestar pleno en esta población.

#### **1.4.4 Justificación Teórica.**

Debido a la falta de estudios similares en nuestra población, resulta fundamental determinar la disfunción sexual en gestantes, contribuyendo al conocimiento de la realidad de nuestra población.

#### **1.4.5 Justificación Metodológica.**

Este estudio se considera de tipo descriptivo ya que pretende identificar la frecuencia de disfunción sexual en gestantes, con la finalidad de difundir los resultados obtenidos.

### **1.5. Delimitación del estudio**

#### **1.5.1. Espacial.**

El presente estudio se realizó en el Hospital de Barranca –Cajatambo y SBSS, ubicado en el distrito de Barranca, provincia de Huaura, Región Lima-Provincias.

### **1.5.2. Social.**

Las gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia constituyen una población numerosa y vulnerable, perteneciente mayormente a las áreas urbano-rurales.

### **1.5.3. Temporal.**

Se llevó a cabo en el año 2018, en los meses de noviembre a diciembre.

## **1.6. Viabilidad del estudio**

### **1.6.1. Temática:**

El presente estudio abarca un problema bastante frecuente en gestantes en todo el mundo, lo que nos facilita una amplia gama de información internacional al respecto.

### **1.6.2. Económica:**

Se cuenta con disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales que determinaran la realización de la investigación.

### **1.6.3. Administrativa:**

Se realizó la ejecución del proyecto en el servicio de Obstericia del Hospital de Barranca – Cajatambo y SBS, para lo cual contamos con la cooperación de la Unidad de apoyo a la docencia e investigación del hospital.

### **1.6.4. Técnica:**

Las características y condiciones de la población de estudio permiten el cumplimiento de los objetivos por ser pertinente, claro, coherente e institucional.

**1.6.5. Línea de Investigación:** La investigación pertenece al área de ciencias médicas y de salud, sub área medicina clínica, disciplina obstetricia y ginecología.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### Antecedentes internacionales.

Yanikkerem E., Goker A., Ustgorul S. y Karakus A. (2016) publicaron la investigación “Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey”. Este estudio examinó la influencia de la calidad del rol, la satisfacción de la relación, la fatiga y la depresión en la sexualidad de las mujeres durante el embarazo y después del parto. Se trató de un estudio transversal en el Hospital Hafsa Sultan que se encuentra en la región occidental de Turquía. La población del estudio estuvo constituida por 1308 mujeres. La muestra incluyó a mujeres embarazadas que tenían 18 años de edad y 32 semanas de edad gestacional o más, que tenían un embarazo saludable y que no presentaban problemas psiquiátricos. La muestra del estudio incluyó a 298 mujeres embarazadas. En cuanto a resultados la edad media de las mujeres fue de  $27,5 \pm 5,2$  (18–41) años, el 65,1% de las mujeres eran menores de 30 años y el 37.9% tenía matrimonios concertados. Alrededor de un tercio de las mujeres (33.3%, 36.6% y 30.2%) reportaron que su vida sexual fue afectada mucho, levemente o no fue afectado, respectivamente. Alrededor de un tercio de las mujeres (33,2%) informaron que tenían dolor durante las relaciones sexuales durante el embarazo. Antes del embarazo, el 12,1% de las mujeres tenían relaciones sexuales una vez por semana, el 34,6% de mujeres tenía dos veces por semana, 49.6% de ellas tres o más veces a la semana y 3.7% raramente (una vez cada 2 semanas o una vez al año). Durante el primer trimestre, el 21,1% de las mujeres cesaron

teniendo sexo, 27.5% de ellos uno, 20.1% dos, 17.8% tres o más veces a la semana y un 13,5% más raramente. En el segundo trimestre, 15.7%, 30.2%, 16.1%, 15.6% y 22.4% de mujeres reportaron nunca, uno, dos, más de tres y rara vez tuvieron coito durante el embarazo, respectivamente. La frecuencia de las relaciones sexuales durante el último trimestre fue de 34.9% dijeron que no tenían coito, el 22,8% de ellos tenía una vez por semana, el 9,7% tenía dos veces por semana, el 6,4% tres o más veces a la semana y el 26,2% declaró que rara vez. A las mujeres embarazadas se les hizo la pregunta: "¿Es seguro tener relaciones sexuales durante el embarazo?", y las respuestas fueron las siguientes: 20.8% no lo sabía, el 26.2% lo encontraba arriesgado, el 24.5% estaba indeciso y el 28.5% pensó que era seguro. Más de la mitad de los participantes (63.8%) declararon que se mantuvieron alejados de las relaciones sexuales durante el embarazo. Concluyeron que: *“Las mujeres reportaron reducciones significativas en la sexualidad durante el embarazo y el posparto. La satisfacción de la relación explicó los niveles de satisfacción sexual durante el embarazo y fue un predictor del deseo sexual en el posparto. La depresión fue un factor importante para predecir la reducción del deseo sexual y la satisfacción sexual durante el embarazo y la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales a las 12 semanas después del parto. A los 6 meses postparto, la calidad del rol de la madre estaba fuertemente relacionada con las medidas de la sexualidad. A lo largo del período perinatal, la fatiga afectó las medidas de la sexualidad, ya sea directa o indirectamente.”*

Yildiz H. (2015) realizó el estudio “The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study”, cuyo objetivo fue examinar la relación entre las funciones sexuales de las mujeres en pre-embarazo (antes de la concepción) y durante el embarazo y el período posparto. Esta

investigación se diseñó como un estudio prospectivo y se realizó en 59 embarazadas sanas mujeres ingresadas en la Unidad Prenatal de un Hospital de Capacitación e Investigación en Estambul, Turquía. Las participantes fueron seguidos desde la octava semana de gestación hasta 6 meses después del parto. El estudio comenzó con 70 mujeres embarazadas, pero el número real incluido en el estudio se redujo a 59 ya que algunas mujeres no asistieron a las sesiones de seguimiento, algunas se mudaron a otra ciudad y otras decidieron abandonar el estudio. Se utilizó el formulario de cuestionario y el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) para la recolección de datos. El formulario del cuestionario se dividió en cuatro secciones compuestas de preguntas relacionadas con el embarazo previo, características del embarazo, parto y posparto. Fue diseñado para recoger datos de los participantes a través de un archivo durante las cinco sesiones de seguimiento. Consta de 19 preguntas que evalúan los seis dominios de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Como resultados se encontró que la edad promedio de los participantes del estudio fue de 27.38 (SD = 4.78 años), y la mayoría (66.10%) había asistido a la escuela por al menos 11 años. La tasa de primigravida fue de 49.2% y la tasa de multigravida fue de 50.7%. El tiempo medio de aparición de la primera relación sexual después del parto fue de 11,4 semanas (SD = 4,15 semanas).

El subgrupo FSFI y los promedios de puntaje total de los participantes disminuyeron en el embarazo, con una disminución significativa en el tercer trimestre. Las puntuaciones de orgasmo permanecieron más bajas en el período posparto, y otras funciones se mantuvieron más bajas en el período posparto en comparación con el período de pre-embarazo, a pesar de los aumentos particulares en las puntuaciones de lubricación y dolor en comparación con las obtenidas durante el embarazo. Concluyeron que: *“Esta investigación iluminó varios hallazgos. Primero, durante los dos primeros trimestres del embarazo y especialmente después del parto, la sexualidad continúa en la misma*

*dirección que la función sexual antes del embarazo, a pesar de la reducción de la función sexual durante el embarazo y el período posparto. Todas las mujeres con disfunción sexual antes del embarazo continuaron experimentando disfunción sexual durante el embarazo, mientras que la mayoría del mismo grupo continuó experimentando disfunciones sexuales en el posparto. Los cambios sexuales durante el embarazo no tuvieron efecto en la función sexual posparto.”*

Kisa S, Zeyneloğlu S, Yilmaz D y Güner T (2014) realizaron el estudio “Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy”. Este estudio descriptivo tuvo como objetivo examinar el impacto de la vida sexual en el ajuste matrimonial de mujeres embarazadas sanas que utilizaron cuestionarios estandarizados, validados y autoadministrados. Se trató de un estudio descriptivo, en el cual se reclutó una muestra de conveniencia de mujeres de 18 años o más de las clínicas de obstetricia del hospital de mujeres más grande de la región, en Gaziantep, Turquía. Los criterios de selección que utilizamos fueron mujeres de 18 años y más, casadas en el momento del reclutamiento, habían logrado la concepción naturalmente, tuvieron una gestación de entre 30 y 40 semanas y participaron como voluntarias en el estudio. Se excluyeron del estudio a mujeres con complicaciones médicas relacionadas con su embarazo y aquellas que no tuvieron una vida sexual activa durante el embarazo. De 769 mujeres que participaron, 607 respondieron completamente al cuestionario autoadministrado en días seleccionados de la semana lo que resultó en una tasa de respuesta del 78,9%. La participación fue rechazada por 113 mujeres. Se recopilaron los datos utilizando el Cuestionario de Calidad Sexual de Vida Femenina (SQLQ-F) y la escala de ajuste matrimonial (MAS). El formulario de cuestionario validado solicitó a los participantes información sociodemográfica, como edad, nivel educativo, estado laboral, edad del cónyuge, estado educativo del cónyuge,

estado laboral del cónyuge, información sobre la gestación, estado de reclamación de embarazo, frecuencia de las relaciones sexuales y preguntas sobre la vida sexual de las participantes. Los resultados mostraron que el 30% de las mujeres embarazadas experimentaron problemas durante las relaciones sexuales y el 50% tuvo relaciones sexuales dolorosas. Los autores encontraron una correlación de nivel moderada positiva entre la calidad de vida sexual de las mujeres y su ajuste marital por estar embarazadas ( $r = 0,468$ ,  $p = .001$ ). Concluyeron que *“Los resultados implican que la varianza en la actividad sexual durante el período de maternidad ocurre y que las mujeres embarazadas deben ser evaluadas regularmente por profesionales de la salud en relación con su sexualidad en un ambiente profesional”*.

Babazadeh R, Najmabadi KM y Masomi Z. (2013) realizaron el estudio titulado “Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran” el cual tuvo como objetivo evaluar la percepción de las mujeres sobre la actividad sexual durante el embarazo en Shahroud, Irán. Se trató de un estudio descriptivo y cualitativo con 33 mujeres embarazadas en el noreste de Irán entre mayo y julio de 2011, en 2 clínicas obstétricas ambulatorias de la Universidad de Ciencias Médicas de Shahroud. El comité de ética local aprobó el estudio y los participantes dieron el consentimiento verbal informado. Un embarazo saludable fue el criterio de inclusión. Los datos fueron recogidos durante 4 entrevistas grupales semiestructuradas, 2 en cada clínica, de respuestas a preguntas desarrolladas por los autores. También se pidió a los participantes que compartieran lo que experimentaron como problemas con su actual cónyuge y lo que pensaban causaba cambios en su deseo sexual. En cuanto a resultados, la mayoría de las mujeres reportaron una disminución en el deseo sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo (69.7% y 81.8%, respectivamente). El deseo sexual, sin embargo, aumentó para

el 18,2% de las mujeres. Algunas consideraron que aceptar el coito previno la infidelidad conyugal, pero el 65.2% se preocupó de que pudiera causar lesiones al feto. Solo el 24.2% recibió información sobre la conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo por parte de sus médicos o parteras, y el otro 75.8% sintió que debían discutir el tema con un profesional, pero no se sentían cómodos al comenzar la conversación. Concluyeron que *“Junto con la ansiedad excesiva, la falta de información es la razón principal por la que las relaciones sexuales a menudo se consideran peligrosas y, a veces, se evitan durante el embarazo en Irán. Los profesionales de la salud, especialmente las parteras, deben educar y aconsejar a las mujeres, y asegurarles que el coito es seguro en mujeres con embarazos saludables”*.

Jamali S y Mosalanejad L. (2013) publicaron la investigación “Sexual dysfunction in Iranian pregnant women”, que tuvo como objetivo evaluar la función sexual y determinar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres durante el embarazo. El presente estudio transversal se realizó en 257 mujeres embarazadas sanas que se habían referido a la Clínica Peymanieh, Jahrom, Irán, de abril a octubre de 2011. El método de muestreo fue por conveniencia. Se utilizó un cuestionario con características demográficas para recopilar los datos del estudio y la información sobre la función sexual femenina se obtuvo a través de entrevistas y se tabuló. El cuestionario constaba de dos partes, la primera de las cuales incluía información demográfica, como la ocupación, la edad, el nivel de educación, el lugar de residencia, la edad conyugal, la duración del matrimonio y la diferencia de edad entre las parejas, mientras que la segunda parte evaluó las actitudes de los participantes respecto a las relaciones sexuales. Después de obtener los consentimientos informados por escrito, dos especialistas de partería completaron los cuestionarios para las mujeres que habían acudido a las clínicas para recibir servicios de atención del embarazo. Los criterios

de inclusión fueron los siguientes: embarazo de bajo riesgo, ausencia de aborto, vida sexual activa definida como actividad sexual con penetración dentro de las 4 semanas anteriores a la fecha de la evaluación, y firma de un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: enfermedades crónicas (hipertensión, cardiopatía, diabetes), dolor prematuro de lubricación y sangrado vaginal. Obtuvieron como resultados: la edad media de los participantes de  $26.45 \pm 4.49$  años. 143, 69 y 45 gestantes se encontraban en sus trimestres 1 (st), 2 (nd) y 3 (rd), respectivamente. La comparación del segundo y del tercer trimestre reveló una diferencia significativa en las puntuaciones de todos los dominios FSFI y la puntuación media total de FSFI se informó como  $19.9 \pm 22.45$ . Entre los sujetos del estudio, 197 (79,1%) tenían disfunción sexual (puntuación FSFI  $<26,5$ ), mientras que solo 52 (20,9%) tenían una función sexual normal (puntuación FSFI  $\geq 26,5$ ). La disfunción sexual entre las mujeres embarazadas se calificó como 23.4%, 30.5% y 46.2% en los trimestres 1 (st), 2 (nd) y 3 (rd), respectivamente. Concluyeron que *“la prevalencia de disfunción sexual es alta durante el embarazo y alcanza niveles más altos en el tercer trimestre. Por lo tanto, las mujeres embarazadas y sus parejas necesitan asesoramiento sobre los cambios físicos y psicológicos en el embarazo”*.

Liu HL, Hsu P y Chen KH (2013) realizaron el estudio “Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study”. Los objetivos fueron recopilar información, describir los cambios y el comportamiento de las experiencias sexuales en el embarazo e identificar las razones por las cuales las mujeres embarazadas del centro de Taiwán disminuyen la frecuencia del coito durante el embarazo. Fue una investigación cualitativa fenomenológica. Recopilaron datos de entrevistas en profundidad, grabadas en cinta y semiestructuradas realizadas en un estudio transversal de 62 mujeres embarazadas sanas.

La investigación terminó cuando tres sujetos entrevistados consecutivos no pudieron ofrecer ninguna actividad nueva, lo que indicó que el estudio había alcanzado su punto de saturación. Se realizó la recopilación de datos y el análisis de contenido para garantizar estándares de rigor y fiabilidad. La credibilidad se mejoró por el compromiso prolongado, la triangulación, la adecuación referencial, la verificación de miembros y la revisión de expertos; se clasificaron los códigos de unidad significativos de manera mutuamente excluyente y exhaustiva en percepciones, experiencias y prácticas de tal manera que los temas comunes se agruparon en categorías. Como resultados se obtuvieron tres temas emergentes: aspectos negativos de las experiencias sexuales; estrés y respuestas emocionales; y cambios en las prácticas sexuales. La mayoría de las mujeres dejaron de participar en actividades sexuales durante el embarazo. Se determinó que, en la mayoría de los casos, los 62 participantes obtuvieron información sobre la actividad sexual durante el embarazo de mujeres postparto e Internet. Concluyeron que: *“los hallazgos actuales basados en la evidencia alientan la provisión de educación sexual a los recién casados y la discusión de temas relacionados con el sexo durante el embarazo. Se propone desarrollar estrategias para aumentar el conocimiento sexual y enfocarnos en el apoyo emocional para disminuir la ansiedad de las mujeres embarazadas con respecto a la sexualidad en Taiwán”*.

Corbacioglu Esmer 1, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP y Bakir VL (2013) realizaron la investigación “Female sexual function and associated factors during pregnancy”, cuyo objetivo fue evaluar los cambios en la función sexual femenina durante el embarazo e identificar factores asociados entre la población turca mediante un cuestionario validado. Además, examinar las creencias de las mujeres embarazadas turcas con respecto a la actividad sexual y describir su fuente de información sobre la sexualidad durante el

embarazo. Este estudio transversal se realizó entre octubre de 2010 y abril de 2011 en la Clínica de Prenatal Ambulatoria después de la aprobación por el comité de ética local. Mujeres embarazadas heterosexuales saludables que han estado viviendo con sus parejas en los últimos cuatro años fueron incluidas. Mujeres con alguna complicación fetal-materna como sangrado, amenaza de aborto, placenta previa, labor de parto prematuro o ruptura prematura de la membrana, y aquellos a quienes se les recomendó evitar el coito debido a una condición médica fueron excluidas. También excluyeron a las mujeres que concibieron mediante cualquier método de inducción de ovulación o técnica de reproducción asistida. Se explicó el protocolo del estudio y se obtuvo una declaración de consentimiento informado por escrito de todos los elegidos antes de participar en el estudio. Se pidió a todos los sujetos que completaran el formulario del cuestionario en una sala separada con suficiente privacidad. Uno de los autores estuvo disponible para proporcionar información adicional cuando fue necesario. El cuestionario autoadministrado tenía dos partes. La primera parte se diseñó para recopilar datos sobre la historia obstétrica y las características sociodemográficas, como edad, nivel de educación, situación laboral, duración de la asociación, situación financiera, condición de fumador y género del feto. Además, se pidió a los sujetos que informaran sobre la persona que tomó la iniciativa sexual (hombres, mujeres o ambos compañeros) y la frecuencia de las relaciones sexuales antes del embarazo y en las últimas cuatro semanas. Además, se les pidió que informaran su opinión sobre la actividad sexual durante el embarazo, así como los pensamientos de sus parejas. Además, se les preguntó si necesitaban información sobre la vida sexual en el embarazo y qué tipo de fuente de información utilizaban para este propósito. La segunda parte del cuestionario incluyó el FSFI, que es una medida validada y confiable de la función sexual femenina con 19 preguntas que evalúan varios dominios sexuales, incluyendo el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el

dolor. Como resultados se encontró una asociación significativa entre la disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y los trimestres, ya que la disminución en la frecuencia fue reportada por 58.3%, 66.1% y 76.5% de mujeres en cada trimestre, respectivamente ( $P = 0.01$ ). Solo el trimestre de gestación y el estado laboral fueron factores independientes asociados con la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo. Cuando se comparó el puntaje FSFI general de acuerdo con cada trimestre del embarazo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el primer y el segundo trimestre ( $P = 0,71$ ). Se encontró que el puntaje FSFI general en el tercer trimestre fue significativamente más bajo que los puntajes generales en los dos primeros trimestres ( $P < 0.001$  para ambos). En el análisis de regresión lineal, las puntuaciones generales del FSFI se vieron afectadas negativamente por el hecho de estar solo en el último trimestre. El 38.7% de las mujeres y el 36.2% de las parejas masculinas temen que las relaciones sexuales puedan dañar el embarazo. Entre la muestra total, solo el 23.8% de las mujeres discutieron la sexualidad con el personal médico. Concluyeron que *“el tercer trimestre es la variable independiente para la disminución de la frecuencia de la actividad sexual y las puntuaciones de la función sexual en el embarazo. La asesoría sobre la sexualidad durante el embarazo no es frecuente en el entorno clínico, pero las conversaciones sobre este tema deben tener lugar regularmente durante las visitas de atención prenatal”*.

Torkestani F, Hadavand SH, Khodashenase Z, Besharat S, Davati A, Karimi Z y Zafarghandi N (2012) realizaron el estudio titulado: Frequency and Perception of Sexual Activity during Pregnancy in Iranian Couples, el objetivo fue evaluar la frecuencia y la percepción de las relaciones sexuales durante el embarazo en un grupo de parejas iraníes. Este estudio transversal se realizó en dos clínicas académicas en Teherán, Irán, durante

2008. Se reclutó a 155 mujeres embarazadas mediante el método de muestreo simple. Los criterios de exclusión fueron: cualquier enfermedad subyacente (diabetes mellitus, hipertensión, otras enfermedades sistémicas), antecedentes de cirugía pélvica (debido a anomalía uterina, quistes ováricos, apendicitis, etc.), antecedentes de complicaciones ginecológicas y obstétricas (sangrado durante el embarazo, retraso del crecimiento intrauterino), antecedentes de aborto o esterilidad, y antecedentes de parto prematuro. Se administró una lista de verificación en la sala de parto que incluía datos demográficos y sus opiniones sobre la sexualidad durante el embarazo. La frecuencia de la actividad sexual en cada trimestre, el coito vaginal, la posición del coito, el orgasmo, la estimulación de los senos, el uso del condón, la edad gestacional, el método de parto, la necesidad de inducción, el parto prematuro (antes de las 37 semanas), la ruptura prematura de las membranas, APGAR y también se registraron los resultados fetales. El Comité de Ética de la Universidad de Ciencias Médicas Shahed aprobó este estudio y se obtuvo el consentimiento de todos los participantes. Los datos se ingresaron en el software SPSS versión 16 y se analizaron con las pruebas t y chi-cuadrado. Sobre resultados, las mujeres y sus esposos con comportamientos sexuales durante el embarazo tenían una edad media más baja; la mayoría fueron nulíparas ( $p < 0.05$ ). La mayor razón para la disminución de las relaciones sexuales en el primer trimestre fue el temor al aborto (39.45%). No se demostró una relación significativa entre la actividad sexual en el embarazo y el parto prematuro, la edad gestacional, la ruptura de la membrana y el resultado fetal. Hubo una relación negativa significativa entre la relación sexual en el segundo y tercer trimestre y la necesidad de inducción. Concluyeron que *“Aunque los resultados mostraron que las relaciones sexuales no tuvieron efectos adversos en el feto y fueron un estímulo adecuado para la inducción del parto, su frecuencia se redujo durante la etapa gestacional debido al temor de los padres a los efectos adversos”*.

Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E. y Camano L. (2009) realizaron la investigación “Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy”. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la función sexual y determinar la prevalencia de disfunción sexual entre adolescentes y mujeres adultas durante el embarazo utilizando el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). Se trató de un estudio prospectivo de muestra entre abril de 2005 y enero de 2007 con 271 mujeres embarazadas sanas que presentaban un estado civil estable en los seis meses anteriores. Los pacientes contribuyeron a esta encuesta desde el diagnóstico de laboratorio de embarazo. Se consideraron dos grupos distintos: el primero con adolescentes embarazadas de 19 años y menores; el segundo con adultas embarazadas (mayores de 20 años). En la primera evaluación prenatal, así como en las siguientes, las mujeres completaron el cuestionario FSFI en salas separadas para preservar la privacidad del estudio. Todos los pacientes respondieron el cuestionario cada trimestre. Durante la encuesta, las mujeres que presentaron complicaciones maternas-fetales o comorbilidades que podrían determinar las restricciones sexuales se excluyeron del estudio. En cuanto a resultados, la función sexual de las mujeres mostró un patrón similar durante el primer y segundo trimestres; sin embargo, presentó una disminución significativamente clara en el tercer trimestre. Hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de todos los dominios FSFI al comparar el segundo y tercer trimestres. La disfunción sexual entre adolescentes embarazadas fue calificada con 40.8% en el primer trimestre, 31.2% en el segundo y 63.2% en el tercero. Para las embarazadas, la disfunción fue calificada, respectivamente, con 46.6%, 34.2% y 73.3%. Concluyeron que *“la función sexual se ve afectada durante el embarazo con una disminución significativa en todos los dominios FSFI en el tercer trimestre considerando tanto a adolescentes embarazadas como a adultos. La prevalencia de disfunción sexual es alta durante el embarazo y alcanza niveles*

*más altos en el tercer trimestre en ambos grupos de edad; sin embargo, los adolescentes presentaron mejores calificaciones de función sexual.”*

### **Antecedentes nacionales.**

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 acudieron a 9 hospitales públicos de Lima Metropolitana. Fue un estudio exploratorio, multicéntrico, descriptivo y transversal, realizado durante el primer semestre del 2014. 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. 1991 gestantes aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado, se realizó una encuesta validada por expertos. Tuvo como resultados: 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. Concluyeron 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”*

## 2.2. Bases teóricas

Según la OMS, la salud sexual constituye un concepto físico, psicológico y social con un enfoque positivo hacia las relaciones sexuales, que no debe limitarse únicamente a la ausencia de un trastorno del desempeño sexual. (World Health Organisation, 2015)

Los problemas sexuales constituyen una realidad que puede tener efectos en diversos aspectos de la vida personal y social; de manera que es la causa de algunos trastornos mentales, baja autoestima, conflictos y problemas mentales que finalmente afectan la calidad de la vida. (Lowenstein, Mustafa, & Burke, 2013)

La disfunción sexual femenina provoca angustia así como problemas interpersonales. Esto debido al deseo sexual perturbador, la excitación y el orgasmo y también el dolor durante las relaciones sexuales. (Ibrahim, Ahmed y Ahmed, 2013)

El embarazo es un período con numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la función sexual. El deseo sexual y la función sexual de las mujeres embarazadas y sus cónyuges son impredecibles, por lo que pueden aumentar, disminuir o no tener cambios (Gałązka, Droszol-Cop, Naworska, Czajkowska, & Skrzypulec-Plinta, 2015). El deseo de tener relaciones sexuales disminuye durante el embarazo (más del 50 por ciento), especialmente en el tercer trimestre (Pauleta, Pereira, & Graça, 2010).

Se ha reportado que las hormonas del embarazo, los trastornos físicos y los cambios corporales que se producen en la gestación conllevan a una percepción alterada del atractivo erótico por la propia gestante, que influyen negativamente en la sexualidad de la mujer. Diferentes estudios coinciden con hallar modificaciones de la función sexual como los cambios hormonales, el aumento de estrógeno, progesterona y prolactina, que conducen a cambios biológicos como náuseas, fatiga y dolor en los senos, y que afectan el deseo sexual y la excitación en las mujeres. (Zakšek, 2015).

Además, un aumento en la hormona relaxina en el embarazo reduce la sensibilidad vaginal por aumentos en el tamaño de las células epiteliales vaginales. (Kohsaka et al., 1998).

Estudios recientes muestran que este período de cambios hormonales causa una disminución del clítoris, un trastorno del orgasmo y una disminución de la libido incluso hasta seis meses después del parto. (Gałązka et al., 2015)

Las náuseas matutinas y la congestión vascular pélvica son problemas comunes en el primer y segundo trimestres y son una razón para la disminución del deseo sexual (Serati et al., 2010). Entre otros cambios biológicos, se puede mencionar el dolor en las mamas en el primer trimestre debido a su agrandamiento, que puede afectar la función sexual (Kovtogiávnvη et al., 2014). Además, se reportó también una relación significativa entre la edad del embarazo, el número de embarazos, partos y la función sexual (Güleroğlu & Beşer, 2014).

La dispareunia y el vaginismo son bastante comunes durante el embarazo y las investigaciones muestran que la ansiedad del dolor durante el embarazo continúa y empeora hasta tres meses después del parto (Glowacka, Rosen, Chorney y George, 2014). También se muestra que el embarazo provoca cambios anatómicos en el tracto urinario y el piso pélvico, lo que puede causar incontinencia urinaria que puede afectar la función sexual (Chang et al., 2014).

Determinados aspectos biológicos durante el embarazo han mostrado intervenir en la disfunción sexual, como: edad avanzada, que conlleva a una menor lubricación vaginal, exceso de peso y la sensación de no sentirse atractivas, fatiga y malestar en las relaciones sexuales. (Bayrami, 2008). En cuanto a paridad, durante el embarazo de gestantes múltiparas se reporta un aumento de la cantidad y consistencia de la lubricación vaginal (Aller J. y Pagés G., 2012)

En cuánto edad gestacional: hay un aumento de fatiga y disminución de la libido en el tercer trimestre del embarazo, lo que reduce la frecuencia de relaciones sexuales. Se ha observado una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a la incomodidad que produce la gestación avanzada. Así mismo, la existencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin duda influyen en el comportamiento sexual de la mujer. (Gonzales I y Miyar E., 2001)

Aspectos demográficos como la educación, la situación laboral, la duración del matrimonio y los grupos étnicos repercuten en la función sexual durante el embarazo. En una investigación, se demostró que algunos factores como la vejez, la baja educación y la duración del matrimonio de más de diez años, influyó negativamente en la función sexual durante el embarazo (Güleroğlu & Beşer, 2014).

La gestante se enfrenta a expectativas, ansiedades y temores, esta respuesta emocional puede repercutir sobre la función sexual, disminuyendo el interés sexual (De Judicibus y McCabe, 2002). Además, muchos factores emocionales, psicológicos y estresantes en el embarazo, como miedo al sangrado, aborto e infección, lesión al feto, rotura prematura de membranas, parto prematuro y ansiedad sobre si ella podrá ser madre y cuidar a un bebé afectaría el deseo sexual (Jones, Chan y Farine, 2011).

La desinformación sumada a la presencia de múltiples prejuicios culturales consideran a la gestante como un ser asexual. En Pakistán, las mujeres embarazadas mostraron una función sexual disminuida debido a creencias como dañar al feto, el aborto y el parto prematuro (Naim y Bhutto, 2000). Además, en un estudio sobre mujeres iraníes, la razón para abstenerse de la actividad sexual, fue que el feto hembra perdiera su virginidad y quedara ciega (Shoja, 2012).

### **2.3. Definiciones conceptuales**

- **Disfunción sexual:** 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. (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

### **2.4. Formulación de la hipótesis**

#### **2.4.1. Hipótesis general.**

Existe una alta frecuencia de disfunción sexual en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante el periodo de octubre a diciembre 2018.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño metodológico**

##### **1.1.1. Tipo de investigación:**

Es un trabajo de investigación de tipo observacional, de diseño no experimental ya que no se realizó ninguna intervención en las gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital de Barranca. “La investigación de tipo no experimentales aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es decir no hacemos variar intencionalmente las variables independientes”. (Sampieri, 2001, p92)

##### **1.1.2. Diseño:**

Se trató de un estudio descriptivo, porque identificó la frecuencia de disfunción sexual; prospectivo, porque se recolectaron datos posteriores a la redacción del proyecto, en los meses de noviembre a diciembre del 2018 y de corte transversal porque solo se recolectaron los datos una sola vez en el tiempo. “Este diseño se emplea para conocer las características, propiedades de un fenómeno de la realidad en un determinado momento del tiempo”. (Carrasco, 2013, p72).

##### **1.1.3. Enfoque:**

El enfoque en este trabajo de investigación es cuantitativo, ya que describimos la variable susceptible a ser cuantificadas, en este caso la frecuencia de disfunción sexual.

### **3.2. Población y muestra**

Gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital de Barranca durante el periodo de octubre a diciembre del año 2018.

#### **Criterios de inclusión.**

- Gestantes atendidas en el consultorio de obstetricia durante el periodo de estudio.
- Gestantes mayores de 18 y menores de 35 años.
- Gestante sin patologías aparente (orgánicas o psiquiátricas)
- Gestantes que firmaron el consentimiento informado.
- Gestante que no hayan tenido contra-indicaciones para el coito en la gestación.

#### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes no gestantes, o gestante que se encontraron en cualquier otro servicio del hospital.
- Gestantes que tuvieron contraindicaciones para el coito en la gestación; por riesgo de parto prematuro, por existencia de sangrado o flujo vaginal sin motivos, placenta previa, rotura o pérdida de líquido amniótico, u otros diagnósticos que le impidieran tener relaciones sexuales en la gestación.
- Que no haya deseado participar en el estudio.
- Gestantes que tuvieron problemas mentales o psiquiátricos

### **3.3. Operacionalización de variables e indicadores**

**Variable dependiente:** disfunción sexual

**Dimensiones:** Deseo

Excitación

Lubricación

Orgasmo

Satisfacción

Dolor

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Valor final
<b>Disfunción sexual</b>	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.	Problemas en la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena en las	Deseo	- Sensación de deseo o interés sexual. - Intensidad de deseo o interés sexual.	Cualitativa	Nominal	Escala de 0 a 5 tipo Likert.
			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.	Cualitativa	Nominal	Escala de 0 a 5 tipo Likert.
			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.	Cualitativa	Nominal	Escala de 0 a 5 tipo Likert.
			Orgasmo	- Frecuencia para alcanzar el orgasmo o clímax. - Dificultad para alcanzar el orgasmo.	Cualitativa	Nominal	Escala de 0 a 5 tipo Likert.

---

	- 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	Cualitativa	Nominal	Escala de 0 a 5 tipo Likert.
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.	Cualitativa	Nominal	Escala de 0 a 5 tipo Likert.

---

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1. Técnicas a emplear.**

Los datos fueron recolectados, luego de que contar con la autorización de la Unidad de apoyo a la docencia e investigación del Hospital de Barranca – Cajatambo y SBS.

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

Los datos se recolectaron mediante el cuestionario que evaluó el índice de función sexual femenina durante el embarazo, lo cual se realizó en el servicio de obstetricia.

#### **3.4.2. Descripción de los instrumentos.**

##### ***Índice de función sexual femenina:***

El cual permite el diagnóstico de los casos de disfunción. Este instrumento ha sido propuesto por Rosen y cols en el año 2000, el cual cumple con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Los coeficientes de confiabilidad son 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.

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 considerará que a mayor puntaje mejor sexualidad y se considera disfunción cuando el puntaje total sea menor de 26.5 puntos. (Blümel J. y col., 2004)

### **3.5. Técnicas para el procesamiento de la información**

Culminada la recolección se procedió a registrar los datos en una hoja de cálculo del programa Excel 2013. Finalmente los datos fueron analizados por el paquete estadístico SPSS versión 23 utilizando estadística descriptiva, tablas de frecuencias.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Se muestran los resultados de 110 gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante el periodo noviembre a diciembre de 2018, en las cuales se aplicó el índice de función sexual femenina, y se encontró una prevalencia de 98,2% (n=108) de disfunción sexual (ISFS  $\leq$ 26) contra el 1,8% (n=2) que no presenta disfunción sexual (ISFS >26).

**Tabla 1.** *Frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS, noviembre – diciembre 2018.*

Disfunción sexual	n	%
Gestantes con disfunción sexual	108	98,2%
Gestantes sin disfunción sexual	2	1,8%
Total	110	100%

La tabla 1 nos muestra que de las 110 gestantes analizadas, 108 presentan un índice de función sexual correspondiente a presencia de disfunción sexual.

**Tabla 2.** *Medidas de tendencia central.*

IFS	
Media	19,86
Mediana	19,40
Moda	19,10
Valor máximo	13,30
Valor mínimo	28,40

En la tabla 2 encontramos las medidas de tendencia central, siendo la media de los valores obtenidos 19,86; el valor máximo 28,4 y el valor mínimo 13,3.

Esta elevada tasa de disfunción sexual nos hace cuestionar la validez y confiabilidad de la prueba, es probable que su aplicación nos esté arrojando resultados poco coherentes con la realidad y que podrían no estar midiendo la variable que queremos medir.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Discusión

Las gestantes constituyen una población vulnerable a padecer disfunción sexual. La disfunción sexual es un problema generalizado y bastante frecuente durante el embarazo, estudios concuerdan con la necesidad de asesoramiento para lograr una función sexual saludable durante la gestación. (Khalesi, 2018) Por ser este un problema que afecta la calidad de vida, hemos empleado un test para evaluarlo, el índice de función sexual femenina, sin embargo por la alta frecuencia de resultados encontrados supuestamente patológicos, resultaría no ser el test más apropiado para evaluar función sexual en gestantes, se hace entonces necesario revisar la validez y confiabilidad del instrumento mencionado.

Aydin et al. (2015) demostraron que el embarazo disminuye significativamente la función sexual en las mujeres, con una puntuación IFSF mucho más baja en mujeres embarazadas en comparación con no embarazadas. Así mismo, una cohorte prospectiva de mujeres sanas, embarazadas y nulíparas, coincidió con que la proporción de mujeres que eran sexualmente activas disminuyó durante el embarazo, además de un aumento en la proporción de mujeres que experimentaron disfunción sexual, como lo definen los bajos puntajes FSFI, a medida que su embarazo avanzó. (Ninivaggio, 2017)

Diversos estudios respaldan la alta prevalencia de disfunción sexual en gestantes, como en la investigación realizada por Seven y cols. (2015), quienes encontraron que el 77,6% de

las gestantes presentó disfunción sexual. Otro estudio que demostró esto fue el de Ahmed y cols (2014) quienes encontraron que la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo se estimó en el 68,8%.

Esta realidad también se encuentra presente en Tailandia, un estudio en mujeres embarazadas demostró que la disfunción sexual potencial era bastante alta, la sexualidad disminuyó significativamente durante el embarazo, el puntaje FSFI total promedio fue de 15.49; el 93.4% tenía un puntaje FSFI de  $<26.5$ , que se definió como disfunción sexual potencial. (Kerdarunsuksri, 2010)

De igual forma, un estudio realizado en una clínica prenatal de una universidad federal de Brasil encontró que aproximadamente dos tercios de las mujeres (66,7%) mostraron signos de riesgo de disfunción sexual ( $FSFI \leq 26,5$ ). (Monteiro, 2016)

En el presente estudio se determinó una frecuencia aún más alta de disfunción sexual que las mencionadas, encontrándose en un 98,2% de las gestantes, así mismo la media (19,86) arrojó un valor inferior al punto de corte para definir presencia o ausencia de disfunción sexual. Esto nos hace cuestionar el grado para medir cualitativa y cuantitativamente las variables que pretendimos medir por medio del índice de función sexual, puesto que sabemos que no se tratan de variables colineales, como lo han demostrado los estudios anteriormente citados.

Es probable que no se haya realizado correctamente la validación y confiabilidad del instrumento utilizado, esto debe exhortar a otros investigadores a realizar una nueva evaluación del constructo a fin de aplicarlo a poblaciones similares a la nuestra.

Constituye una realidad que la actividad sexual disminuye durante la gestación, sin embargo, a menudo es el resultado de la falta de posibilidades para confrontar y ampliar el conocimiento sobre este tema (Staruch, 2016); múltiples estudios coinciden que las

intervenciones sexoperinatales deben formar parte de la atención de salud perinatal para lograr una vida sexual sana y positiva en las parejas. (De Pierrepont, 2016)

Esto debe servir como antecedente para futuras investigaciones que pretendan estudiar la disfunción sexual en gestantes y para que sea abordado como parte del control prenatal.

## **5.2. Conclusiones**

1. El 98,2% de las gestantes encuestadas presentó disfunción sexual, según el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) con un puntaje <26.
2. La media de las puntuaciones obtenidas fue del 19,86.
3. Se debe realizar una revalidación del instrumento para medir factores asociados a la disfunción sexual en gestantes a fin de lograr resultados más fidedignos.

## **5.3. Recomendaciones**

1. A los profesionales de salud responsables de la atención materna, se recomienda ampliar la exploración de la función femenina durante el control prenatal, con la finalidad de poder evaluar la satisfacción sexual y detectar los parámetros que causen deterioro en la calidad de vida.
2. A los investigadores, ahondar en este tema debido a su alta tasa de prevalencia y repercusión en la vida de las gestantes, así como en la fiabilidad de los instrumentos utilizados en el estudio.

## CAPÍTULO VI

### FUENTES DE INFORMACIÓN

#### 6.1. Fuentes documentales

World Health Organization. Sexual health: Working definitions (2002) Available at:

[http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html)

(accessed October of 23, 2018)

World health organisation. (2015). Sexual health. Retrieved November, 2015, from

[http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en](http://www.who.int/topics/sexual_health/en)

#### 6.2. Fuentes bibliográficas

Aller J. y Pagés G. (2012) Función sexual. Sira M. Obstetricia moderna. Venezuela, McGraw Hill.

Carrasco D. S. (2013). Metodología de la investigación científica. Lima, Perú: San Marcos.

Sampieri H. R. (2001). Metodología de la investigación. Distrito Federal, México: McGraw-Hill.

#### 6.3. Fuentes hemerográficas

Araujo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M., & Pereira da Silva, L. C. (2012). [Body and sexuality during pregnancy]. *Rev Esc Enferm USP*, 46(3), 552-558.

- Aydin, M., Cayonu, N., Kadihasanoglu, M., Irkilata, L., Atilla, M. K., & Kendirci, M. (2015). Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J*, 12(5), 2339-2344.
- Babazadeh, R., Najmabadi, K. M., & Masomi, Z. (2013). Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet*, 120(1), 82-84. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.07.021
- Bayrami, R. S., Koochaksariie, N., Pezeshki, F. R., & Zakaria, M. (2008). Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *Journal of Reproduction & Infertility*, 9(3), 271-282.
- Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. (2004) Índice de Función Sexual Femenina: Un Test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*. 69(2): 118-125.
- Carta M. y González M. (2016). Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 76(3), 159-168.
- Chang, S.-R., Chen, K.-H., Lin, H.-H., Lin, M.-I., Chang, T.-C., & Lin, W.-A. (2014). Association of mode of delivery with urinary incontinence and changes in urinary incontinence over the first year postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 568-577. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000141>
- Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P., & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*, 39(6), 1165-1172. doi: 10.1111/jog.12048

- Coskun B, Coskun BN, Atis G, Ergenekon E, Dilek K. (2013). Evaluation of sexual function in women with rheumatoid arthritis. *The Journal of Urology*, 10(2), 1081-7.
- De Judicibus, M. A., & McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39(2), 94-103.  
<http://dx.doi.org/10.1080/00224490209552128>
- De Pierrepont, C., & Polomeno, V. (2014). Role du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42(7), 507- 514.
- De Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L., & Reissing, E. (2016). What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatalité-part 1. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 45(8), 796.
- Espitia-De La Hoz, Franklin José. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 9-21.  
<https://dx.doi.org/10.18597/rcog.3035>
- Faubion, S. S., & Rullo, J. E. (2015). Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician*, 92(4), 281-288.
- Fok, W. Y., Chan, L. Y. S., & Yuen, P. M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(10), 934-938.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x>

- Gałazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the sexual function during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 445-454. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12747>
- Glowacka, M., Rosen, N., Chorney, J., & George, R. B. (2014). Prevalence and Predictors of Genito-Pelvic Pain in Pregnancy and Postpartum: The Prospective Impact of Fear Avoidance. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3021-3034. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12675>
- Gonzales I y Miyar E. (2001) Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*. 17(5):497-501.
- Guibovich A, Angulo T, Luján-Carpio E. (2015) Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana, Perú. *Horizonte Médico*, 15(3), 6-12.
- Güleroğlu, F. T., & Beşer, N. G. (2014). Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 146-153. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12347>
- Ibrahim, Z. M., Ahmed, M. R., & Ahmed, W. A. S. (2013). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 287(6), 1173-1180. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2677-8>
- Jamali, S., & Mosalanejad, L. (2013). Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med*, 11(6), 479-486.
- Jones, C., Chan, C., & Farine, D. (2011). Sex in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), 815-818. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091580>

- Kerdarunsuksri, A., & Manusirivithaya, S. (2010). Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai*, 93(3), 265-271.
- Khalesi, Z. B., Bokaie, M., & Attari, S. M. (2018). Effect of pregnancy on sexual function of couples. *Afr Health Sci*, 18(2), 227-234. doi: 10.4314/ahs.v18i2.5
- Kingsberg, S. A., & Woodard, T. (2015). Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol*, 125(2), 477-486. doi: 10.1097/aog.0000000000000620
- Kisa, S., Zeyneloğlu, S., Yilmaz, D., & Güner, T. (2014). Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 309-322.
- Κοντογιάννη, Μ., Κατσέτος, Χ., & Παναγόπουλος, Π. (2014). Sexual intercourse during pregnancy. *Health Science Journal*, 6(1), 83-87.
- Leite, A. P., Campos, A. A., Dias, A. R., Amed, A. M., De Souza, E., & Camano, L. (2009). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras* (1992), 55(5), 563-568.
- Liu, H. L., Hsu, P., & Chen, K. H. (2013). Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study. *Sex Med*, 1(2), 54-61. doi: 10.1002/sm2.13
- Lowenstein, L., Mustafa, S., & Burke, Y. (2013). Pregnancy and normal sexual function. Are they compatible? *The Journal of Sexual Medicine*, 10(3), 621-622.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12098>
- Monteiro, M. N., Lucena, E. E., Cabral, P. U., Queiroz Filho, J., Queiroz, J., & Goncalves, A. K. (2016). Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 38(11), 559-563. doi: 10.1055/s-0036-1594306

- Moreno G. & Quilca N. (2016). 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 de pregrado). Universidad Privada Norbert Wiener, Perú.
- Naim, M., & Bhutto, E. (2000). Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *Journal Pakistan Medical Association*, 50(1), 38-43.
- Ninivaggio, C., Rogers, R. G., Leeman, L., Migliaccio, L., Teaf, D., & Qualls, C. (2017). Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J*, 28(6), 923-929. doi: 10.1007/s00192-016-3200-8
- Nourani, S., Jonaidy, E., Shakeri, M., & Mokhber, N. (2010). Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinics in Mashhad. *J Reprod Infertil*, 10(41), 269-277.
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 136-142. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>
- Rivas, R., Navío, J., Martínez, M., Miranda, L. M., Castillo, R., & Hernández, O. (2016). Modifications in Sexual Behaviour during Pregnancy and Postpartum: Related Factors. *The West Indian medical journal*, 10, 326.
- Ribeiro, M. C., & Nakamura, M. U. (2016). Maternal overweight and sexual function in pregnancy. 95(1), 45-51. doi: 10.1111/aogs.12796
- Rodríguez F. Sexualidad en el embarazo y puerperio. [Internet]. Barcelona: Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. [Citado noviembre 2018] Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>

- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2782-2790. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x>
- Shoja, M. (2012). Changes in Sexual and Behavioral Relationships among Couples during Pregnancy. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 5(3). 23-35.
- Staruch, M., Kucharczyk, A., Zawadzka, K., Wielgos, M., & Szymusik, I. (2016). Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett*, 37(1), 53-58.
- Torkestani, F., Hadavand, S. H., Khodashenase, Z., Besharat, S., Davati, A., Karimi, Z., & Zafarghandi, N. (2012). Frequency and Perception of Sexual Activity during Pregnancy in Iranian Couples. *Int J Fertil Steril*, 6(2), 107-110.
- Yanikkerem, E., Goker, A., Ustgorul, S., & Karakus, A. (2016). Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey. *Int J Impot Res*, 28(5), 176-183. doi: 10.1038/ijir.2016.26
- Yeniél, A., & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *International urogynecology journal*, 25(1), 5-14. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>
- Yildiz, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther*, 41(1), 49-59. doi: 10.1080/0092623x.2013.811452
- Zakšek, T. Š. (2015). Sexual Activity during Pregnancy in Childbirth and after Childbirth. *Sexology in Midwifery*



## **Anexos**

## ANEXO 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOL OGÍA
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BARRANCA – CAJATAMBO Y SBS, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2018.</b>	<b>Problema General:</b> ¿Cuál es la frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre del 2018?	<b>Objetivo General:</b> Determinar la frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.	<b>Variable dependiente:</b> Disfunción sexual  <b>Dimensiones:</b> Deseo Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor	<b>Tipo de investigación :</b>  - Tipo de investigación: observacional (no experimental) .  - Nivel de la investigación: aplicativo.  - Diseño: descriptivo, prospectivo y transversal.  - Enfoque: cuantitativo.
	<b>Problemas Específicos:</b> 1) ¿Cuál es la media de los puntajes obtenidos por el índice de función sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018?  2) ¿Cuál es el mayor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y	<b>Objetivos específicos:</b> 1) Determinar la media de los puntajes obtenidos por el índice de función sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.  2) Determinar el mayor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y		

---

SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018?	SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.
--	--

3) ¿Cuál es el menor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018?	3) Determinar el menor valor del índice de función sexual de disfunción sexual obtenido en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS durante los meses de noviembre y diciembre 2018.
---	---

---

## **ANEXO 02. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BARRANCA – CAJATAMBO Y SBS, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2018**

#### Descripción:

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la función sexual en gestantes, el propósito de esta investigación es determinar la frecuencia de disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital Barranca – Cajatambo y SBS, noviembre a diciembre del 2018. Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación, 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. 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 Barranca – Cajatambo y SBS.

#### Confidencialidad:

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

#### 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.

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**

## ANEXO 03. FORMATO DE CUESTIONARIO

### 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

## ANEXO 04. EVIDENCIAS DEL TRABAJO ESTADÍSTICO DESARROLLADO

### Estadísticos

Presencia de disfunción sexual

N	Válido	110
	Perdidos	0

### Presencia de disfunción sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presenta disfunción sexual	2	1,8	1,8	1,8
	Presenta disfunción sexual	108	98,2	98,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	



### Estadísticos

IFS

N	Válido	110
	Perdidos	0
Media		19,8664
Mediana		19,4000
Moda		19,10
Mínimo		13,30
Máximo		28,40

---

Dr. BERMEJO SANCHEZ, FREDY RUPERTO  
ASESOR

---

Dr. JACINTO JESÚS PALACIOS SOLANO  
PRESIDENTE

---

Dr. DARÍO ESTANISLAO VASQUEZ ESTELA  
SECRETARIO

---

Dr. JAIME TEODOSIO LAZARO DIOSES  
VOCAL