

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL  
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A  
LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL  
CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL**

**Autor:** Dra. Harué R. Lopez L.

**Tutor:** Dr. Oscar Medina.

**Cotutor:** Dr. José Ordoñez.

San Cristóbal, Julio 2016

**ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A LA  
CONSULTA DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL CENTRAL DE SAN  
CRISTÓBAL**

Bdigital.ula.ve  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR MÉDICO CIRUJANO  
HARUE ROSA LOPEZ LOPEZ, C.I.18.294.311 ANTE EL CONSEJO DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO  
CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

SAN CRISTÓBAL – VENEZUELA, JULIO 2015.

**AUTOR** DRA. HARUE ROSA LOPEZ LOPEZ.

MÉDICO CIRUJANO

RESIDENTE DE POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES EXTENSIÓN SAN CRISTÓBAL

HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL

**TUTOR** DR. OSCAR MEDINA, PSIQUIATRA DOCTOR (PHD) EN NEUROCIENCIA, PROFESOR ASISTENTE DE LA CÁTEDRA DE PSIQUIATRÍA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. EXTENSIÓN SAN CRISTÓBAL.

**COTUTOR** DR. JOSÉ ORDOÑEZ MÉDICO CIRUJANO ULA, PSIQUIATRA, MAGISTER EN SEXOLOGÍA EGRESADO DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA (CIPPSV), PSIQUIATRA FORENSE DEL SERVICIO NACIONAL DE MEDICINA Y CIENCIAS FORENSES (SENAMECF)

**LUGAR DE REALIZACIÓN** SERVICIO DE OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL. ESTADO TÁCHIRA, VENEZUELA. (AÑO 2016).

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y a la Virgen María Auxiliadora por guiarme, en todo momento y darme fortaleza, inteligencia y salud, ayudarme a seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mi abuelo, por sus enseñanzas. Siempre te amare, y este logro es para ti.

A mis padres, gran ejemplo de constancia y dedicación, gracias por su fe en mí. Mis triunfos también son de ustedes...

A mis hermanas, sobrinos, abuelas, tíos y primos seres incondicionales, gracias por apoyarme a lograr lo que hoy consigo...

Al amor de mi vida, Eduardo Tomas, llegaste para construirme bases firmes, ayudándome a resistir cada día hasta llegar a lo que hoy alcanzo, apoyándonos y acompañándonos en todas nuestras metas.

Al departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de San Cristóbal (HCSC).

A mis padrinos de promoción: Dra. Olga Mora y Dr. Freddy Santiago, sin su ayuda no hubiese sido posible lograr esta meta.

A los adjuntos del Departamento de Obstetricia y Ginecología del HCSC.

A mis compañeros de Residencia del Postgrado de Obstetricia y Ginecología en especial con quien forme grupos, María Colmenares, Andrea, Faby y María Jaimes.

A todas las personas que me acompañaron a lo largo de mi carrera, mi más sincero agradecimiento.

## **DEDICATORIA**

A Dios y la Virgen María Auxiliadora.

A mi Abuelo Rubén.

A mis Padres Reinaldo y Maritza.

A mis hermanas Ayura, Xo y Gene.

A mis sobrinos Memo, Isa y Natalia

Y al amor de mi vida Eduardo Tomas...

Bdigital.ula.ve Harué López L.

## INDICE

	PÁGINA
AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE GRÁFICOS	9
RESUMEN	10
SUMMARY	11
INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACION	15
MARCO TEÓRICO	19
OBJETIVOS	
GENERAL	31
ESPECÍFICO	31
VARIABLES	32
METODOLOGÍA	37
RESULTADOS	43
DISCUSION	55

CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	
<b>A</b> Consentimiento Informado	67
<b>B</b> Instrumento de Recolección de Datos	68
<b>C</b> Índice de Función Sexual Femenina	70

Bdigital.ula.ve

## INDICE DE TABLAS

1	Dominios evaluados de la Función Sexual en gestantes.....	Pág. 41
2	Distribución de las gestantes de acuerdo al grupo estario.....	Pág. 43
3	Distribución de la muestra en periodos trimestrales de acuerdo a la Edad Gestacional .....	Pág. 44
4	Distribución de las gestantes de acuerdo al Estado Civil.....	Pág. 46
5	Distribución de las gestantes de acuerdo al Grado de Instrucción.....	Pág. 46
6	Determinación de la media en los diferentes Dominios de la Función Sexual de las gestantes.....	Pág. 48
7	Relación de los Dominios Deseo y Satisfacción Sexual con los trimestres del embarazo.....	Pág. 49
8	Relación de los Dominios Excitación Sexual y Orgasmo con los trimestres del embarazo.....	Pág. 51
9	Relación entre el Dominio Lubricación y los trimestres del Embarazo.....	Pág. 52



## INDICE DE GRÁFICOS

1	Distribución de la muestra en periodos trimestrales de acuerdo a la Edad Gestacional.....	Pág. 45
2	Distribución de gestantes de acuerdo a la Religión.....	Pág. 47
3	Relación de los Dominios Deseo y Satisfacción Sexual con los trimestres del embarazo.....	Pág. 50
4	Relación de los Dominios Excitación Sexual y Orgasmo con los trimestres del embarazo.....	Pág. 51
5	Relación entre el Dominio Lubricación y los trimestres del Embarazo.....	Pág. 52
6	Resultados obtenidos de la muestra en El Dominio Dolor según trimestre de gestación.....	Pág. 53
7	Relación del Índice de Función Sexual de las gestantes con el trimestre del embarazo.....	Pág. 54

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las actividades sexuales humanas, han sido tabú y de gran discusión, el paso del tiempo ha originado interés por estudiar un fenómeno complejo como la sexualidad;<sup>1</sup> que compromete procesos psicológicos y orgánicos. Rosen y cols, desarrollaron un instrumento autoadministrado, para evaluar el Índice de Función Sexual Femenina (IFSFF). **OBJETIVO:** Demostrar el IFSF en gestantes que acuden a consulta de control prenatal. **METODOLOGIA:** Investigación exploratoria, descriptiva, corte transversal, de campo, no experimental. Población: todas las gestantes que acudieron a la admisión del HCSC durante Abril – Junio 2016, que cumplieron con criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión. **RESULTADOS:** Se seleccionaron 56 gestantes, de 14 - 42 años, edad gestacional mínima 4 semanas y máxima 41; estado civil unión libre 44.6%, grado de instrucción secundaria incompleta 32.1% y religión católica 92.9%; Se aplicó instrumento dando resultado promedio del IFSF de 18,70, y los Dominios con mayor promedio fueron Deseo 3,48, Satisfacción 3,23 y Orgasmo 3,17; y de menor son Excitación 3,13, Dolor 2,96 y Lubricación 2,72, En el III trimestre 77% presentan alteración del deseo, 87% alteración en la excitación, orgasmo e IFSF y 100% alteración de la lubricación vaginal y dolor. **CONCLUSION:** El IFSF es un instrumento simple, permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida; en este estudio el IFSF fue bajo para considerar una salud sexual satisfactoria. La relación de la función sexual con respecto a los trimestres del embarazo es inversamente proporcional, a medida que aumenta la edad gestacional disminuye el IFSF.

**PALABRAS CLAVES:** Embarazo, Función Sexual, Dominios, Promedio.

## **SUMARY**

**INTRODUCTION:** Human sexual activity, have been taboo and of great discussion, the passage of time has caused interest in studying a complex phenomenon as sexuality, that commits psychological and organic processes. Rosen et al, developed a self-administered instrument to evaluate the Female Sexual Function Index (FSFI). **OBJECTIVE:** To demonstrate the FSFI in pregnant women attending prenatal care. **METHODOLOGY:** exploratory, descriptive, cross-sectional field research, non experimental. Population: all pregnant women attending HCSC admission during April-June 2016, who met inclusion criteria and no exclusion criteria. **RESULTS:** 56 pregnant women were selected from 14 - 42 years, minimum 4 maximum 41 weeks gestational age; cohabiting marital status 44.6%, grade of instruction, incomplete secondary education 32.1% and 92.9% Catholic religion; the instrument was applied resulting in a FSFI average of 18.70, and the domains with the highest average were 3.48 Desire, Satisfaction 3.23 and 3.17 orgasm; and the ones with the less are Excitation 3.13, Pain 2.96 and Lubrication 2.72, In the third quarter 77% have altered desire, 87% altered arousal, orgasm and FSFI and 100% alteration of vaginal lubrication and pain. **CONCLUSION:** The FSFI is a simple instrument, it allows the assessment of sexuality at different stages of life; in this study the FSFI was low to consider a satisfactory sexual health. The relationship of sexual function with respect to trimesters is inversely proportional, with increasing gestational age decreases the FSFI.

**KEY WORDS:** Pregnancy, Sexual Function, Domains, Average.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, existen diferentes culturas de las cuales la mayoría de actividades sexuales humanas, han sido tabú y de gran discusión, hasta hace poco tiempo el sexo y la función sexual se han considerado un tema pecaminoso del que solo podía hablarse en situaciones especiales. Con el paso del tiempo se han visto cambios y ha originado un gran interés por profesionales de diferentes áreas, como científicos, médicos, psicólogos, sociólogos y diversos investigadores que se han abocado para estudiar todo lo referente a la sexualidad, algo natural y a la vez tan controversial.<sup>1</sup>

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es, la sexualidad, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad se agregan además, las variaciones individuales de la sexualidad y se entiende que es bastante difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta.<sup>2</sup>

“A lo largo de la vida de una mujer muchos son los momentos que siente y observa que su cuerpo cambia, estos momentos irán acompañados también de cambios psicológicos”.<sup>3</sup> Estos cambios se inician con el crecimiento de las mamas y la aparición del vello pubiano, seguido por la menarquia. De esta manera, empieza el largo camino de la sexualidad adolescente y aunque biológicamente puede quedar embarazada, emocionalmente no está preparada para ser madre. “El primer embarazo, el parto, la lactancia, la menopausia, son otros momentos de cambio en el cuerpo y en la psiquis de la mujer. En estos procesos la sexualidad está comprometida y ocupa un lugar importante”.<sup>3</sup>

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. Trastornos del Deseo; 2. Trastornos de la Excitación; 3. Falla Orgásmica; y 4. Dolor Sexual<sup>4</sup>. Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual<sup>5</sup>.

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions (ICDCFSD) desarrolló una nueva clasificación; y mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción<sup>6</sup>.

Rosen y cols., desarrollaron un instrumento que cumplía la clasificación del (ICDCFSD), que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó "Índice de Función Sexual Femenina"(IFSF) y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina<sup>7</sup>.

El objetivo de este estudio fue aplicar y validar clínicamente el test de Rosen en embarazadas Tachirenses y con él, establecer el Índice de Función Sexual de dichas gestantes.

La sexualidad influye en la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica se presentan problemas serios de la sexualidad<sup>8</sup>.

El embarazo representa un cambio para la pareja, el cual va más allá del aspecto físico, los futuros padres enfrentan cambios en su relación, al igual que experimentan incertidumbres sobre el futuro de su creciente familia. En el plano de los sentimientos, las gestantes y el futuro padre específicamente percibe distintas emociones, y estas probablemente harán que vivan su sexualidad en forma diferente<sup>9</sup>.

Durante la gestación, los cambios hormonales y físicos de los cuales se acompaña, pueden producir grandes variaciones en la respuesta y el deseo sexual. Muchas mujeres experimentan un incremento en su interés y actividad sexual, especialmente durante los primeros meses del embarazo. Los cambios hormonales y diversos factores psicológicos (como por ejemplo, no presentar temor al embarazo y el experimentar una mayor proximidad con la pareja mientras se espera la llegada del bebe) son factores que contribuyen. En esta época la mujer tiene una mayor lubricación vaginal y puede notar un aumento de las sensaciones, como resultado del gran flujo sanguíneo, de la congestión vaginal y de los tejidos alrededor. “Sin embargo, una norma común es que decline el interés a lo largo de los meses del embarazo”<sup>10</sup>.

Se ha demostrado que durante el embarazo y en el post parto temprano, la fisiología y la psicología de la función sexual puede cambiar profundamente. Las parejas generalmente no proveen estos cambios y hallan que el ajuste sexual se convierte en una de las mayores dificultades de la procreación. En el marco del cuidado perinatal, no deben ser desestimadas las necesidades sexuales de la embarazada. Las relaciones sexuales son muy importantes en la relación de pareja y exalta los sentimientos de unión y estimación<sup>11</sup>.

Los primeros en conocer los cambios fisiológicos en la respuesta sexual en la mujer que espera un hijo y tras el nacimiento de este fueron Master y Johnson<sup>12</sup>. “Cuando una

mujer se entera de que está embarazada puede sentirse dichosa, orgullosa, ambivalente, temerosa, irritada o deprimida. Sus reacciones son un reflejo de una pluralidad de factores, tales como edad, estado civil, recursos económicos, objetivos profesionales, escala de valores y expectativas de maternidad. Pero, sobre todo, su reacción depende de si el embarazo era deseado o no y de su autoestima...El impacto psicológico del embarazo y las consecuencias prácticas que supone traer un hijo al mundo son enormes y se precisa algún tiempo para reflexionar y aceptar la realidad”<sup>13</sup>.

La salud sexual es elemental y primordial para los seres humanos y por supuesto, en la mujer durante una etapa tan importante en la vida como es el embarazo, debido a esto son ineludibles estudios en este campo, aunado a que no existen trabajos en esta línea de investigación en las embarazadas tachirenses, por lo que en esta investigación se propuso responder la siguiente interrogante ¿Cuál es el Índice de Función Sexual de las gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Servicio de Obstetricia del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela? ¿Habría alguna diferencia en la función sexual en las tres etapas del embarazo?

### **Justificación:**

No existe incompatibilidad entre el embarazo y el ejercicio de la función sexual, siempre que se mantenga el deseo de llevarla a cabo; sin embargo pueden presentarse situaciones especiales en las cuales está contraindicado el coito. No obstante la pareja puede recurrir a métodos alternativos al coito que le permitan lograr un efectivo ejercicio de la función sexual, tales como las caricias, la comunicación y la comprensión<sup>13</sup>. La salud sexual es parte fundamental de la salud integral. Tener una vida sexual plena significa vivir

una sexualidad de manera responsable, saludable y placentera. La actividad sexual durante el embarazo depende en gran medida de una actitud cultural, por lo que es de vital importancia reconocer que la mujer continua siendo un ser sexual durante el embarazo<sup>14</sup>.

Durante el primer trimestre de la gestación ocurren una serie de cambios en el deseo sexual: 40% de las embarazadas tiene una disminución, 50% tiene un impulso igual y del 5 al 15 % experimentan un aumento del mismo. Las razones para cada caso son diversas y parece que ninguna puede generalizarse. La frecuencia del orgasmo durante el primer trimestre se mantiene prácticamente igual para la mayoría de las mujeres. Debido a la disminución del deseo que ocurre durante el embarazo, la pareja entra en una etapa en la que se evalúa el afecto mutuo, la mujer explora sus instintos maternos y el hombre los paternos, que al principio no son tan intensos como los de ella. El padre suele relegarse a un papel secundario durante el embarazo, pero los sentimientos del esposo o del compañero repercuten también en la situación. En los primeros meses de embarazo muchas parejas se sienten más afines en el plano físico y emocional<sup>13</sup>.

El segundo trimestre es un periodo de relativo sosiego y confianza. La mayoría de las mujeres se han acostumbrado a la idea de su estado y se sienten más animadas que en los primeros meses porque la mayoría de los síntomas propios del primer trimestre desaparecen. Una compensación placentera propia de esta fase es el incremento de la sensualidad y un aumento en el deseo; no es extraño que algunas mujeres tengan sus primeros orgasmos en este periodo<sup>13</sup>.

Generalmente disminuye el temor de perder el feto por lo que ambos miembros de la pareja se muestran más. No obstante, debido al aumento de volumen propio de este trimestre, algunas mujeres se muestran preocupadas por su atractivo físico y, por tanto, por



su capacidad de despertar el interés sexual del compañero. En esta etapa, durante la fase de resolución, cuando toda la tensión y vasocongestión se reduce tras el clímax, se producen alteraciones en la embarazada a partir del segundo trimestre, debido a que la vasocongestión es permanente, y la sensación de alivio y bienestar habitual tras el orgasmo es muy lenta y no total, produciendo en algunas mujeres una tensión sexual desagradable<sup>13</sup>.

El final del último trimestre puede ser un periodo de malestar y de incomodidad. Con frecuencia, la mujer se desvela buscando una posición más confortable y la despiertan los movimientos del feto o la necesidad imperiosa de micción. La disminución del deseo en esta última etapa del embarazo es muy frecuente: un 5% presenta un aumento en el deseo sexual, un 40% dice que el deseo es el mismo de siempre y más del 50% se queja de una disminución o ausencia del mismo. El último trimestre no deja de ser un periodo difícil para el padre, debido a que los cambios en la figura y las molestias físicas de su pareja hacen que no se sienta sexualmente atraído por ella<sup>13</sup>.

En general, en esta fase del embarazo la mayoría de las parejas actúa con prudencia, evitando coitos profundos, así como una excesiva rapidez. El orgasmo es valorado como menos intenso y menos frecuente en un porcentaje de mujeres superior a la media, y los cambios posturales habitualmente adoptados hacen que algunas no consigan sensaciones suficientemente intensas para alcanzarlo, ya sea por falta de hábito o de estimulación en sus zonas más sensibles<sup>14</sup>.

Existen varias causas por las cuales la mujer o la pareja muchas veces se abstienen de ejercer la función sexual. La causa más común es el temor a causar daño al feto debido al coito. Lo cierto es que no existe peligro al respecto en los embarazos normales, ya que el ascenso del útero impide que eso ocurra<sup>14</sup>.

En segundo lugar se encuentra el temor a causar una infección. Si la higiene es correcta y ninguno de los dos sufría previamente de una infección, los gérmenes vaginales que puedan ser llevados hacia arriba son detenidos por las membranas del cérvix, que son protección de toda mujer sana. Al igual que en el primer caso, solo habría problemas ante un cuello incompetente, una rotura prematura de membranas o un cuello borrado y dilatado en fases tardías.

En tercer lugar existe el temor a que el orgasmo pudiera iniciar contracciones uterinas que den lugar a un parto antes de tiempo, o sea que se puede provocar un aborto o un parto pretérmino. El orgasmo, naturalmente provoca contracciones uterinas recurrentes durante largo rato; sin embargo, en los estudios realizados para valorar su influencia no existe constancia de que las mujeres que lo experimentan tengan más riesgo de parto pretérmino que otras<sup>14</sup>.

Que esos meses no se conviertan en un árido desierto sexual sino que la gestante tenga la oportunidad de hacer preguntas y hablar de manera honesta y abierta acerca de su vida sexual y sus relaciones. La salud se establece cuando se mantiene al individuo como unidad biopsicosocial funcionando integralmente. Mes a mes, durante la consulta prenatal, son muchos los aspectos evaluados por el especialista, a fin de llevar a término con éxito el embarazo, pero no se le ofrece la oportunidad a la gestante de hablar de su sexualidad como parte fundamental de su bienestar<sup>14</sup>. Por lo que con este estudio se demostró el Índice de Función Sexual de la gestante a lo largo del embarazo, de manera tal que en el Hospital Central de San Cristóbal se pueda incluir dentro del programa de atención prenatal, una adecuada educación sexual para la gestante de riesgo de disfunción sexual y su pareja, manteniéndolos informados de sus posibilidades y limitaciones en el área.

## **MARCO TEORICO:**

El termino salud sexual se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. Algunos opinan que el término se ha utilizado como un eufemismo para designar la información sobre las infecciones de transmisión sexual; otros consideran que dicho término se ha empleado para fomentar un enfoque estrecho de la educación relativa a la reproducción<sup>15</sup>.

Por otra parte la salud reproductiva es según la OMS, el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida; implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la de decidir si quieren tenerlos, cuando y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces, y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud publica dirigidos a la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos<sup>16</sup>.

Los cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad;

eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; además de promover la salud sexual<sup>16</sup>.

En diversas investigaciones se han determinado las etapas de la respuesta sexual, identificando una secuencia de sucesos que son similares tanto en hombres como mujeres. La disfunción sexual, en ambos puede darse en cualquier punto de este ciclo de respuestas, la conducta tradicional para la respuesta sexual femenina la propuso William Master y Virginia Johnson en 1966 cuando la dividieron de modo arbitrario en cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución, que se presentan como un proceso continuo, con sucesión de una etapa a la otra<sup>17</sup>.

La primera etapa se denomina excitación o tensión sexual la cual resulta de estímulos psicógenos o somáticos. Son obvios la vasocongestión pélvica y el aumento de la tensión muscular. Se observa lubricación vaginal, las paredes de la vagina adquieren una coloración más oscura debido a la ingurgitación y se eleva cierto grado el útero. Los dos tercios internos de la vagina se alargan y distienden, aumenta el tamaño de los labios menores y se torna tumefacto el clítoris. Master y Johnson señalaron un incremento de dos a tres veces en el diámetro de los labios menores. Con frecuencia, los pezones se tornan erectos y puede suceder un rubor sexual<sup>17</sup>.

La miotonía empieza y crece durante esta fase y proporciona una clara evidencia de que la respuesta sexual femenina no está limitada a la región pélvica, sino que la misma responde con todo el cuerpo. En tanto que la tensión crece, los movimientos corporales se vuelven más inquietos, potentes y rápidos. Cuando la tensión sexual aumenta, la presión arterial se intensifica y aumenta también la frecuencia cardíaca. En el útero se producen

contracciones rápidas e irregulares, la vasocongestión provoca un aumento en el tamaño de este órgano y comienza a desplazarse hacia arriba<sup>18</sup>.

Durante la fase de meseta la tensión muscular y la vasocongestión son más evidentes. Incrementa más aun los niveles de presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Se contrae la abertura vaginal debido a la ingurgitación de la vagina; Master y Johnson denominaron esta zona de la vagina como plataforma orgásmica. El clítoris muestra su respuesta más singular al estímulo sexual; se retrae de su posición colgante en la zona pudenda y se esconde en lo profundo del capuchón. Si los estímulos son adecuados se precipita el orgasmo<sup>18</sup>.

La fase orgásmica la determinan los escasos segundos del clímax en los que se alivia la tensión sexual en una onda de placer intenso, con frecuencia acompañada de miotonía. Este es un reflejo involuntario que demuestran las contracciones uterinas y vaginales y con frecuencia varía de duración e intensidad. Puede existir un movimiento pélvico rítmico. Después de liberarse la tensión sexual, suele haber una sensación de bienestar y satisfacción. En esta etapa la resolución sigue al orgasmo y el cuerpo regresa a su estado basal. Hay relajación, desaparece el rubor sexual y se revierte la vasocongestión. El clítoris y la vagina recuperan su tamaño y forma originales<sup>17</sup>.

Finalmente se desencadena la fase de resolución una de las más prolongadas del proceso en la cual el organismo regresa a su estado de reposo, la duración de esta fase es proporcional de modo directo con la duración de la excitación. El enrojecimiento sexual desaparece en orden opuesto a como apareció en la fase de excitación y meseta, las mamas retornan a su tamaño normal con mayor lentitud, variando en nulíparas hasta un máximo de 10 minutos después del orgasmo y los pezones pierden la erección. Se evidencia una

regresión progresiva de todos los órganos involucrados a su condición inicial en un tiempo aproximado de 20 minutos. Casi todas las mujeres desarrollan una película delgada de sudor sobre el pecho, espalda, muslos y tobillos como también se observa una transpiración sobre la frente, el labio superior y las axilas<sup>19</sup>.

La fase orgásmica en la mujer tiene 4 variantes que determinan varios patrones: el patrón monorgásmico se caracteriza por una fase de excitación de intensidad creciente, la cual se interrumpe en varias ocasiones; su intensidad final hace que la fase de meseta sea muy corta, presentándose una fase orgásmica muy intensa pero breve, para luego observar como la intensidad disminuye de forma abrupta y rápida<sup>20</sup>.

El poliorgasmo presenta una fase de excitación de intensidad gradual la cual se estabiliza posteriormente en la fase de meseta, esta se prolonga para ser interrumpida por periodos de gran intensidad en la fase orgásmica. Después del último evento orgásmico la intensidad lentamente disminuye hasta finalizar la fase resolutive.

En el patrón multiorgásmico la fase de excitación es intensa y rápida, la cual es seguida por una intensidad mantenida corta en la fase de meseta, desemboca en un periodo de numerosos orgasmos de diversa intensidad. Finalmente, el patrón tetánico cuya fase de excitación se caracteriza por ser de una intensidad creciente, la cual se estabiliza por tiempo variable constituyendo la fase meseta. Posteriormente la intensidad se acrecienta precipitándose un orgasmo mantenido y duradero<sup>19</sup>.

Otros autores definen el ciclo de respuesta sexual mediante un modelo bifásico, es el caso de la psicoterapeuta y sexóloga Helen Singer Kaplan (1974), quien concibió una simplificación de la respuesta sexual de Master y Johnson, reduciendo a dos fases las cuatro

propuestas por estos. Kaplan reformulo el ciclo, tomando dos de las fases de Masters y Johnson, (Excitación y Orgasmo) e incorporando una nueva fase a la que llamo: Deseo<sup>21</sup>.

Kaplan explico la interacción entre las fases de la siguiente manera: “metafóricamente se podría decir que el deseo, excitación y orgasmo tienen un generador común, pero que cada uno de ellos tiene un sistema de circuito. Esto puede explicar que cada fase pueda quedar inhibida en forma independiente”. El Deseo en esa fase es vivencia como sensaciones específicas de apetito o impulso sexual que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o mostrarse receptivo a ellas, y se produce por la activación de un sistema neural específico en el cerebro. Se despierta a través de los estímulos eróticos externos percibidos por los sentidos, y a través de los estímulos eróticos internos, fundamentalmente los sentidos y las fantasías<sup>21</sup>.

El coito es la actividad sexual en que el intercambio de estimulación se produce mediante las embestidas pélvicas con el miembro masculino inserto en el canal vaginal. Es la manifestación esencial de la sexualidad adulta en su expresión genital, habitual generadora del orgasmo. No hay una medida universal de la satisfacción sexual alcanzada en el coito, porque para cada individuo será distinto, e incluso para un mismo individuo cada situación será diferente, sin embargo, la noción o la capacidad para percibir la satisfacción si es universal<sup>20</sup>.

La sensación de satisfacción femenina se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como físico, cuando al integrar a través de la percepción toda una serie de impresiones o sensaciones con las expectativas emocionales y motivacionales, se interpreta que se ha alcanzado el grado máximo de gratificación o placer que se esperaba obtener<sup>20</sup>.

En la actualidad existen gran interés sobre el estudio de la sexualidad femenina y las alteraciones de la misma, denominadas disfunciones sexuales femeninas (DSF) históricamente limitadas a trastornos psicológicos u hormonales. Las modificaciones sociales y culturales de la conducta sexual femenina y un mayor conocimiento de los distintos aspectos psicológicos y fisiológicos de su respuesta sexual observados en la práctica clínica actual, han generado en los últimos años significativos cambios en la clasificación de las DSF.

La actual clasificación de las DSF surge de la modificación realizada por el Consenso del Consejo de Salud de la Fundación Americana para Enfermedades Urológicas, y está basada en la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Plasmada en la DSF-IV (diagnostic and Statistical Manual of Metal Disorders) que ha agrupado los trastornos de la respuesta sexual normal en 4 tipos: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual. Esta clasificación facilita por su sistematización los estudios de la fisiología sexual dentro de un orden más estricto y específico. El international consensus development conference on female sexual dysfunctions desarrollo una nueva clasificación; en la que mantuvo las cuatro áreas básicas y agrego dos más: lubricación y satisfacción.<sup>14</sup>.

Un grupo de investigadores, liderados por Rosen, desarrollaron un instrumento que cumple con la clasificación de la APA y del international consensus development conference on female sexual dysfunctions. Lo denominaron “índice de función sexual femenina”. Este instrumento ha sido utilizado en diferentes países del mundo y se ha demostrado su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina<sup>7</sup>.



Se han realizado diversas investigaciones en el campo del embarazo y la función sexual. La mayoría de ellos coinciden en que si el embarazo se desarrolla con normalidad no hay ninguna razón fisiológica que le impida a la pareja continuar su vida sexual. No obstante, se presentan una serie de cambios en los distintos periodos de la gestación evidenciados en numerosas investigaciones<sup>22</sup>.

Los resultados de los estudios de Master and Johnson (USA 1966) Human sexual response cycle, fueron de los primeros en demostrar una disminución en el deseo sexual de la mujer durante el embarazo. Sus estudios revelaron que un 80% de las mujeres norteamericanas reportaron que su interés en las relaciones y su habilidad de disfrutarlas mejoraban durante el segundo trimestre; para luego disminuir nuevamente durante el tercer trimestre. Sin embargo, muchas parejas reportaron ejercicio de la función sexual hasta las últimas semanas, con la única diferencia que las posiciones coitales debían ser modificadas debido al incremento de la circunferencia del abdomen<sup>23</sup>.

La investigación precursora empleando el (IFSF) fue en USA liderada por Rosen y colaboradores (2000), titulada The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function, quienes establecieron los promedios de los puntajes de los distintos dominios de la función sexual y de esta manera establecer los límites entre sexualidad sana y la presencia de disfunciones sexuales. El promedio del puntaje del dominio deseo para el grupo de voluntarios sanas fue de 4.1, en el dominio excitación estas obtuvieron un puntaje de 5,0, en el dominio lubricación se registró una puntuación de 5,5, siguiendo así con el dominio orgasmo con 5,0 puntos y finalmente los dominios satisfacción y dolor coital con puntuación de 5,1 y 1,8 respectivamente, creando así un IFSF general de 26 para esta población.<sup>7</sup>

En el mismo orden de ideas, Rosen y colaboradores valoraron las puntuaciones de las pacientes diagnosticadas con alguna disfunción sexual, determinando para el dominio deseo un puntaje de 2.8, el dominio correspondiente a la excitación alcanzo 2.9 puntos, la lubricación se obtuvo un puntaje de 3.2 y el orgasmo por su parte 2,8 puntos, el puntaje de la satisfacción fue de 3,2 y por ultimo al dolor coital le correspondieron 4.0 puntos para dar un IFSF general de 18.9.<sup>7</sup> No obstante debe resaltarse que en el embarazo existen una serie de cambios de diferentes tipos ya descritos y que inevitablemente pueden modificar los parámetros de la respuesta y función sexual.

Por otra parte; Vera y colaboradores (2000) en México, realizaron una investigación titulada “La sexualidad en el embarazo y el puerperio”, donde estudiaron las características de la respuesta sexual en 12 mujeres embarazadas, encontrando que el 75,7% de las encuestadas refirió sentir una disminución del deseo sexual en el embarazo en comparación con su vida sexual, además, las gestantes refirieron una disminución en la satisfacción sexual en un 58,4%, la frecuencia del coito también disminuyo, y el 33.3% vario sus posiciones coitales predominando la posición lateral.<sup>24</sup>

Así mismo, Tamayo y colaboradores (2002) realizaron un estudio “Conductas sexuales durante el embarazo”, en el Hospital regional de Loreto, Perú, cuyo objetivo fue determinar la conducta sexual de las gestantes que acudieron al programa de Salud Materno Perinatal. Se encuestaron 205 gestantes, quienes reportaron tener relaciones sexuales 3 veces por semana y en el III trimestre fue de 1 vez por semana. En cuanto a la satisfacción sexual mientras que el 13.2% reportaron no alcanzar el orgasmo. Durante el I trimestre la mayoría manifestó que no cambio su deseo sexual respecto al periodo anterior a la gestación (73.7%). En el II trimestre y III trimestre de gestación la mayoría si disminuyo su

deseo sexual (39.5%) y (53.7%). Durante el I y II trimestre del embarazo las molestias más frecuentes durante las relaciones sexuales fueron: fatiga, dolor y contracciones uterinas.<sup>25</sup>

Otra investigación en este campo fue la de Alfonso y colaboradores (2003), Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE “Prudencio Padilla”. Clínica Sur. Colombia el cual al analizar el comportamiento de variables biopsicosociales, entre otras, edad de inicio de las relaciones sexuales, creencias, temores, frecuencia de relaciones sexuales, se determinó que la mayor frecuencia de relaciones sexuales fue en el III; en los resultados de la encuesta igualmente se determinó que la mayoría de las mujeres (55%) mantenían relaciones sexuales de 2 a 3 veces en la semana, seguido de un 34.3%, que mantenían entre 0 a 1 vez por semana; otro hallazgo relevante es que una de cada cinco embarazadas siente dolor al realizar la relación sexual.<sup>26</sup>

Igualmente en el año (2004), Taborda en Portugal realizó una investigación Embarazo, comportamiento sexual y satisfacción conyugal, cuyo objetivo fue estudiar el comportamiento sexual y la satisfacción conyugal durante el embarazo, incluyeron en este estudio 136 sujetos pertenecientes a cuatro grupos: tres grupos de embarazadas, en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo, respectivamente, sin ninguna patología asociada al proceso de embarazo y un grupo control de mujeres no embarazadas. Las embarazadas demostraron mejores niveles de satisfacción conyugal, no encontrando, sin embargo, diferencias en el comportamiento sexual de embarazadas y no embarazadas. Por otra parte, el deseo y la frecuencia sexuales disminuyeron progresivamente en cada trimestre. En el estudio se demostró que la satisfacción conyugal durante el embarazo depende principalmente de la satisfacción conyugal antes del embarazo, y en menor medida de un buen entendimiento sexual durante el embarazo y de un menor número de hijos.<sup>27</sup>

De la misma forma, Piñero y colaboradores en 2010 en España, realizaron un estudio descriptivo: Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo, con la finalidad de determinar los cambios que se producen en la sexualidad de la mujer durante el embarazo. Evaluaron aspectos relacionados con la educación sexual. Aplicaron un cuestionario con 32 ítems, en un total de 103 participantes. Se recogieron datos sociodemográficos, problemas y hábitos sexuales; los investigadores demostraron que el interés sexual permaneció constante durante el primer y segundo trimestre, disminuyendo en el 45% de las gestantes en el tercer trimestre. En general las relaciones sexuales sufrieron una disminución a lo largo del embarazo siendo más marcadas en el tercer trimestre donde disminuyeron en el 54.2% de las encuestadas<sup>29</sup>. Entre los problemas sexuales de las embarazadas se encontraron que falta de deseo, dolor durante el coito y anorgasmia. Las mujeres del estudio refirieron en un 75.3% que obtenían el orgasmo con la penetración siempre o casi siempre antes de la gestación, viéndose reducido el número de un 57% durante la misma. Las mujeres manifestaron tener una vida sexual satisfactoria en un 90.9%.<sup>28</sup>

Igualmente Moreno y colaboradores en Chile (2011) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal: Variaciones de la conducta sexual durante la gestación, cuyo objetivo fue identificar las variaciones de la conducta sexual durante la gestación de las púérperas atendidas en el Hospital Las Higueras de Talcahuano, para ello aplicaron una encuesta a 52 pacientes obteniendo los siguientes resultados: la edad promedio de las pacientes fue 28.3 años. El 96% de las encuestadas refirió haber mantenido la actividad sexual durante la gestación. El 46.15% de las púérperas refirieron mayor percepción del orgasmo en el II trimestre sin embargo el 30.77% refirió anorgasmia en el tercer trimestre

de esta forma concluyeron que existe variaciones de la conducta sexual durante el embarazo en la frecuencia, deseo y percepción del orgasmo.<sup>29</sup>

En Venezuela se han realizado diversas investigaciones sobre la sexualidad de las mujeres embarazadas las cuales recogen algunas variables que evalúan el índice de salud sexual femenina.

Así pues Mauco en 2001 en la ciudad de Barquisimeto llevo cabo una investigación titulada: Comportamiento de la función sexual en la Embarazada, cuyo objetivo fue identificar el comportamiento sexual de las embarazadas que acudieron a la consulta del Hospital "Dr. Antonio María Pineda". Se encuestaron 88 gestantes en el tercer trimestre del embarazo con edades entre 13 y 35 años. Se aplicó una encuesta para obtener datos como frecuencia sexual, patrón de ciclo sexual, deseo y temor al coito. Antes del embarazo el 55.7% manifestaron tener una frecuencia sexual media (deseo de ejercer la función sexual entre 4 a 7 días), el 53.4% refirió un patrón monorgásmico, durante el embarazo y de manera progresiva a través de los trimestres la frecuencia sexual fue bajando en el 83% de las embarazadas; el 75% refirió no alcanzar el orgasmo, el deseo sexual disminuyó en el 79.5 de las encuestadas y el miedo a ejercer la función sexual se presentó en el segundo y tercer trimestre en un 34.1% y 59.1% de las gestantes respectivamente. Estos resultados demostraron la importancia de una adecuada información y orientación por parte del médico en la consulta prenatal<sup>30</sup>.

También, Coronado y colaboradores en el (2008), realizaron una investigación titulada: Función sexual en mujeres durante el embarazo, cuyo objetivo fue determinar la función sexual durante el embarazo de las mujeres asistidas en la consulta prenatal del ambulatorio de "Las Velitas" de Coro, Falcón, cuyo resultados indicaron que la frecuencia

de activación sexual fue media (deseo sexual cada 4 a 7 días) en el 43.2% igualmente se identificó una respuesta sexual completa con un 68.2%, con un patrón monorgásmico en un 70.4%; el 61.4% de las mujeres se encontraban conformes y satisfechas con el tiempo de funcionamiento. Las investigadoras concluyeron que aunque las mujeres a lo largo del embarazo presentaran diferentes cambios que pudieran impactar sobre su sexualidad, en la población seleccionada se mantuvieron las variables de la función sexual semejantes a las que se presentan con mayor frecuencia fuera del embarazo<sup>31</sup>.

Con toda esta reseña es importante destacar que la mayoría de estas investigaciones reportan características de la respuesta sexual femenina durante el embarazo; no obstante, no existen investigaciones en el Estado Táchira empleando específicamente el instrumento elaborado por Rosen y colaboradores el cual fue utilizado en esta investigación.

Bdigital.ula.ve

## **OBJETIVO GENERAL**

Demostrar el Índice de la Función Sexual en las gestantes que acuden a una consulta de control prenatal en el área de emergencia del Hospital Central de San Cristóbal, Táchira, durante el periodo Abril – Junio de 2016.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar el puntaje del dominio deseo en la población femenina encuestada.
2. Determinar el puntaje del dominio excitación en las embarazadas encuestadas.
3. Especificar el puntaje del dominio lubricación en la población en estudio.
4. Identificar el puntaje del dominio orgasmo en las mujeres encuestadas.
5. Determinar el puntaje del dominio satisfacción en las gestantes encuestadas.
6. Especificar el puntaje del dominio dolor coital en la población de estudio.
7. Relacionar la función sexual según periodo gestacional en la población encuestada.

## VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE

1. **Deseo Sexual:** Es la sensación de querer tener relaciones sexuales.

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:

**Normal:** > 4,28

**Anormal:** <4.28

2. **Satisfacción sexual:** Es una respuesta afectiva que surge de la propia evaluación subjetiva de los efectos positivos y dimensiones negativas asociadas con la propia relación sexual.

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:

**Normal:** > 5,04

**Anormal:** <5,04

3. **Excitación:** es la primera parte de una respuesta sexual. Ambos sexos experimentan un aumento del ritmo cardíaco. Durante la excitación sexual En la mujer se dilata la vulva y se humedece la vagina (porque en sus paredes aumenta la irrigación sanguínea).

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:

**Normal:** > 5,08

**Anormal:** <5,08

4. **Dolor:** una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión en los tejidos real o potencial.

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:



**Normal:** >5,51

**Anormal:** <5,51

**5. Orgasmo:** clímax de la relación sexual.

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:

**Normal:** >5,05

**Anormal:** <5,05

**6. Lubricación vaginal:** se produce por la segregación del flujo vaginal, un líquido viscoso segregado por el cuello del útero y las paredes de la vagina con diversos fines.

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:

**Normal:** > 5,45

**Anormal:** <5,45

**7. Disfunción Sexual:** Son 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.

Se Categoriza según la Escala de Rosen, de la siguiente manera:

**Normal:** >26,55

**Anormal:** <26,55

## VARIABLE INDEPENDIENTE

1. **Embarazo:** representa un estado especial en el que virtualmente todos los sistemas orgánicos se ven alterados de forma llamativa para facilitar el desarrollo del feto, brindándole un medio saludable, sin que ello comprometa la salud materna.
2. **Edad:** definido según la real academia de la lengua como: “tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació”. Las cuáles serán categorizadas como sigue:
  1. Menor o igual a 14años
  2. 15 a 19años
  3. 20 a 35 años
  4. Mayor de 35 años.
3. **Estado civil:** definido como la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Se categorizará así:
  1. Soltero.
  2. Casado.
  3. Viudo.
  4. Divorciado.
  5. Unión libre.
  6. Separado.

4. **Grado de instrucción:** Definido como el nivel educativo del individuo para el momento del estudio. Categorizado como:

1. Analfabeta.
2. Alfabeto.
3. Primaria incompleta.
4. Primaria completa.
5. Secundaria incompleta.
6. Secundaria completa.
7. Universitario incompleto.
8. Universitario completo.
9. Postgrado.
10. Otros

Bdigital.ula.ve

**5. Religión:**

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

1. Católico.
2. Evangélico.
3. Testigos de jehová.
4. Judíos.
5. Musulmanes
6. Ateos.

7. Budistas

8. Otra

#### **VARIABLE INDETERMINADA**

1. **Relaciones sexuales:** el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.

Bdigital.ula.ve

## **METODOLOGIA:**

El presente estudio se llevó a cabo en el área de admisión del servicio de Obstetricia, del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela, durante el periodo de tiempo comprendido desde el 15 de Abril al 30 de Junio del 2016.

**Tipo de investigación:** Exploratoria

**Tipo de estudio:** Descriptivo, con corte transversal.

**Diseño de la investigación:** de campo, no experimental.

### **Población y muestra:**

La población objeto de estudio estuvo conformada por todas las gestantes que acudieron al área de Admisión del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira durante el periodo establecido para la realización del estudio.

La muestra fue de tipo no probabilística, tomada mediante muestreo intencional y estuvo constituida por la totalidad de la población que cumplió con los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión.

### **Criterios de inclusión**

1. Firma del consentimiento informado.
2. Pacientes embarazadas que acudan a control prenatal del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira durante el periodo Abril – Junio de 2016.
3. Comprensión del idioma español tanto hablado como escrito.

### **Criterios de exclusión**

1. No aceptación de participar en la investigación
2. Presencia de patologías que contraindiquen el ejercicio de la función sexual durante el embarazo como:
  - 2.1. Amenaza y/o inicio de parto pretérmino.
  - 2.2. Rotura prematura de membranas.
  - 2.3. Placenta previa.
  - 2.4. Infección cervico-vaginal activa.
  - 2.5. Incompetencia cervical.
  - 2.6. Infecciones de transmisión sexual.
  - 2.7. Carcinoma cervicouterino.
  - 2.8. Sangrado vaginal postcoital.
3. Retraso mental
4. No tener pareja sexual.

### **Técnica de recolección de datos:**

Prevía autorización de la Coordinadora del Postgrado de Obstetricia y Ginecología Dra. Olga Mora y el Jefe del Servicio de Obstetricia Dr. Alexis Urbina, una vez que se determinó que las pacientes cumplieron con todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, antes de iniciar su consulta, en la sala de espera se les informo sobre el protocolo de esta investigación a todas las embarazadas que acudieron a control prenatal del Hospital Central de San Cristóbal, Táchira durante el periodo del presente trabajo, se les explico su propósito de manera verbal clara y detallada, para obtener la firma del consentimiento

informado (Anexo1), en el cual aceptan participar en el estudio, dicho consentimiento debió ser firmado inmediatamente, de hacerlo voluntariamente quedo ingresada en el estudio y se le asignó un número consecutivo que lo identifica como participante del mismo.

Se procedió posteriormente a llenar, por parte del investigador, en la misma sala de espera, un cuestionario que recogió sus datos demográficos y otros de interés para el estudio, como fecha, si cuenta con pareja sexual o no, religión, grado de instrucción, entre otros. (Anexo 2). Seguidamente se les entrego en un sobre cerrado un instrumento denominado Ficha – Encuesta (Anexo3) el cual consto de dos partes; en la parte I, se recogieron los datos relacionados con la embarazada tipo: edad cronológica y edad gestacional; en la parte II se encontró el instrumento de Rosen y colaboradores aplicado por Bermúdez y colaboradores (2004) <sup>7</sup>, el cual tiene 19 preguntas y evalúa seis (6) dominios relacionados con el Índice de Función Sexual Femenina.

El mencionado instrumento se aplicó de forma individual y privada; posteriormente el instrumento fue introducido en un sobre sellado y depositado en una caja cerrada la cual fue abierta al terminar la recolección de la muestra; garantizando de esta manera, el anonimato y la confidencialidad de la información.

El Índice de Función Sexual Femenina (Anexo3) es un instrumento desarrollado por Rosen y colaboradores (2000), y posteriormente, fue traducido y validado al castellano por Blumel y cols., en el 2004. Auto administrado, simple y confiable, que cumple con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Americana (APA) para evaluar ampliamente la Función Sexual Femenina en un amplio rango de edad y determinar la presencia de algún tipo de disfunción sexual. Se basa en una interpretación clínica de los seis principales dominios de la función sexual: deseo,

lubricación, excitación, orgasmo satisfacción y dolor. Al aplicar este instrumento se obtuvo un valor el cual permitió medir la Sexualidad Femenina. Rosen y colaboradores demostraron su confiabilidad y propiedades psicométrica en la evaluación de la Función Sexual Femenina.

Este cuestionario consto de 19 preguntas y se agrupo en seis dominios: deseo (preguntas 1-2), excitación (preguntas 3-6), lubricación (preguntas 7-10), orgasmo (preguntas 11-13), satisfacción (preguntas 14-16) y dolor (preguntas 17-19) (Anexo2); cada pregunta tiene 5 a 6 opciones, asignándoles un puntaje que va desde 0 a 5. Donde una respuesta 0 indica que no ha habido actividad sexual, 1 indica el mayor deterioro funcional de la actividad, y 5 representa un menor deterioro, es decir, a mayor puntaje mejor sexualidad. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor que oscila entre 0.3 a 0.6 considerando el dominio evaluado, la suma aritmética de los dominios permite establecer el Índice de Función Sexual Femenina; considerándose satisfactoria cuando el producto de la suma se igual o mayor a 26 puntos. En la Tabla 1 se muestran los dominios que se evaluaron, el puntaje de cada pregunta, el factor a multiplicar acorde a cada dominio y los valores mínimos y máximos de cada uno de ellos.

El puntaje total del instrumento oscila entre 4 y 95 puntos. Para realizar el conteo de los resultados, fue necesario calcular el puntaje de cada dominio; donde el dominio Deseo puntúa un mínimo de 2 y máximo de 10, excitación puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20, lubricación puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20, orgasmo puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 15, y el dominio Dolor puntúa un mínimo de 0 y un máximo de 20 puntos.



**Tabla 1. Dominios evaluados de La Función Sexual en gestantes.**

	<b>PREGUNTAS</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>FACTOR</b>	<b>MINIMO</b>	<b>MAXIMO</b>
<b>Deseo</b>	1-2	1-5	0,6	1,2	6
<b>Excitación</b>	3-6	0-5	0,3	0	6
<b>Lubricación</b>	7-10	0-5	0,3	0	6
<b>Orgasmo</b>	11-13	0-5	0,4	0	6
<b>Satisfacción</b>	14-16	0-5	0,4	0,8	6
<b>Dolor</b>	17-19	0-5	0,4	0	6
<b>Rango</b>				<b>2</b>	<b>36</b>
<b>total</b>					

**Fuente:** Rosen y colaboradores. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function.

El Índice de Función Sexual es una herramienta con propiedades psicométricas adecuadas para cada uno de los 6 dominios, se ha demostrado la capacidad que posee de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales).

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis estadístico de la base de datos construida, alimentada con los datos del cuestionario, se trabajó con el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows. En primer lugar se determinó la normalidad de la muestra con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se aplicó estadística descriptiva, así como promedios y desviación estándar de los parámetros medidos. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi

cuadrado. Para la correlación entre variables continuas numéricas la prueba de correlación de Pearson. Finalmente, se realizó un análisis de la varianza (Anova), para así comprobar la relación de determinadas variables propuestas con el objetivo principal del estudio. El nivel de significancia fue considerado menor de 0.05.

### **CONSIDERACIONES ETICAS:**

El estudio no interfirió con la actividad médica habitual ni la conducta terapéutica del médico tratante, el paciente tuvo la opción de retirarse del estudio cuando lo deseo o manifestar que sus datos no fueran incluidos en el procesamiento estadístico sin que esto acarreará ninguna consecuencia en su tratamiento o relación con su médico, los consentimientos informados donde aparecía su nombre y firma fueron resguardados bajo llave en un lugar acondicionado para tal fin.

### **LISTA DE MATERIALES:**

- 5 resmas de papel blanco tamaño carta.
- 1 grapadora con 1 caja de grapas lisas.
- 1 caja de bolígrafos negros.
- 1 laptop marca VIT P2412
- 1 programa estadístico SPSS versión 22.

## RESULTADOS

Para analizar los datos obtenidos en este estudio, cuyo propósito fundamental fue establecer el Índice de Función Sexual en las gestantes que acudieron a la consulta de control prenatal del hospital central de San Cristóbal, Estado Táchira, durante el periodo Abril/Junio de 2016, se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas, mediante el uso del paquete estadístico computarizado S.P.S.S for Windows versión 22, para describir, identificar y determinar (a través de tablas, gráficos y cálculo de algunas medidas de tendencia central y variabilidad) los seis principales dominios de la función sexual.

Para esta investigación se seleccionó a un grupo de 56 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 14 a 42 años, con un promedio de edad de 25,23 años y una desviación estándar de 6,95, distribución por rango de edades de la siguiente manera:

**TABLA 2. Distribución de las gestantes de acuerdo al Grupo Etario**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>14 o MENOS</b>	1	2%
<b>15-19</b>	14	25%
<b>20-35</b>	34	61%
<b>36 o MAS</b>	7	12%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

Puede observarse que la mayoría de las gestantes se ubicaron en el rango de edad de 20 a 35 años (61%), seguido de los grupos etarios de 15 a 19 años (25%) y 36 o más años (12%), el intervalo de edad con menor porcentaje de embarazadas es el comprendido entre 14 años o menos con un porcentaje de 2%. (Ver Tabla 3)

Al clasificar la muestra de gestantes en periodos trimestrales se observó que la edad gestacional promedio de la muestra fue de 26,84 semanas, con una desviación estándar de 12,70 semanas, con un mínimo de 4 semanas y un máximo de 41 semanas.

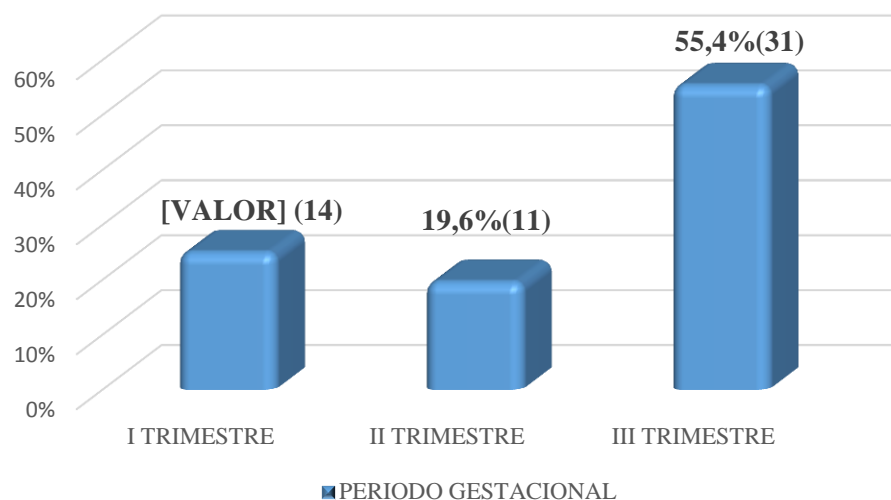
**TABLA 3. Distribución de la muestra en periodos trimestrales de acuerdo a la Edad Gestacional**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>I TRIMESTRE</b>	14	25 %
<b>II TRIMESTRE</b>	11	19.6 %
<b>III TRIMESTRE</b>	31	55.4 %
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos. **Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal.** SPSS Versión 22 para Windows.

Se observa en el cuadro precedente, que la mayoría de las embarazadas que participaron en la investigación 55.4%, se ubicaron en el III trimestre de gestación (28 semanas o más) Así mismo, se observó que el 25% estaban en el I trimestre de embarazo (entre 0 y 14 semanas de gestación.); el 19.6% en el II trimestre, vale destacar entre 14 semanas + 1 día a 27semanas + 6 días. (Ver gráfico 1).

**GRAFICO 1. Distribución de la muestra en periodos trimestrales de acuerdo a la Edad Gestacional**



**Fuente:** Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

En cuanto al estado civil se observó que predominó el grupo de unión libre, con 44.6%, para el grado de instrucción, secundaria incompleta (32.1%) y con respecto a la religión, la católica con 92.9%; (Lo que se observa en las tablas 4,5 y Grafico 2 respectivamente).

**TABLA 4. Distribución de las gestantes de acuerdo al Estado Civil**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SOLTERO</b>	20	35,7
<b>CASADA</b>	5	9
<b>VIUDO</b>	1	1.78
<b>DIVORCIADO</b>	1	1.78
<b>UNION LIBRE</b>	25	44.6
<b>SEPARADO</b>	4	7,14
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

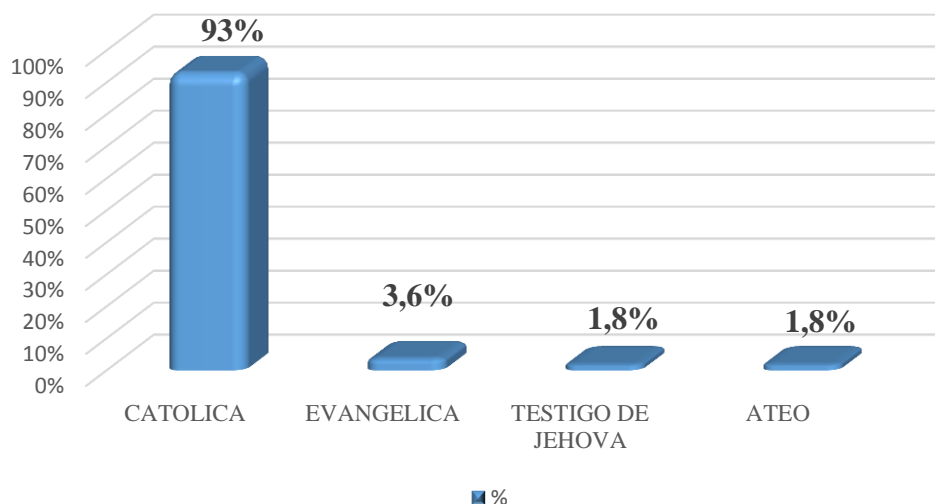
Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

**TABLA 5. Distribución de las gestantes de acuerdo al Grado De Instrucción**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	7	12.5
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	7	12.5
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	18	32.1
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	11	19.6
<b>UNIVERSITARIO INCOMPLETA</b>	10	17.9
<b>UNIVERSITARIO COMPLETA</b>	3	5.4
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

## GRAFICO 2. Distribución de gestantes de acuerdo a La Religión



**Fuente:** Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

A este grupo de gestantes, con las características antes descritas, cuando se les aplico el instrumento de Rosen y colaboradores, para determinar los seis (6) dominios relacionados con el Índice de Función Sexual Femenina, se obtuvieron los siguientes resultados:

Con relación al Dominio Deseo Sexual (preguntas 1 y 2 del instrumento), se obtuvo un promedio de 3,48, con una desviación estándar de 1,42, con un mínimo de 1.8 y un máximo de 6. (Ver Tabla 6).

Con respecto al dominio Excitación (ítems del 3 al 6 del instrumento), se observó un valor promedio 3.13, con una desviación estándar de 2,01, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 5.7 en una escala que va del 0 al 6. (Ver tabla 6).

En cuanto al dominio Lubricación (preguntas 7 al 10), se pudo determinar un valor promedio de 2,72 y una desviación estándar de 1,60, con un valor mínimo en este dominio de 0 y un máximo de 4,5. (Ver Tabla 6).

Al evaluar el dominio Orgasmo (ítems 11, 12 y 13 del instrumento), se observó que el promedio fue 3,17 con una desviación estándar de 2,12, para un mínimo fue 0 y un máximo de 6. (Ver Tabla 6).

En lo que respecta al dominio Satisfacción sexual (preguntas 14 al 16 del instrumento), se observó un valor promedio de 3,23, con una desviación estándar de 2,08 para un mínimo de 0 y un máximo de 6. (Ver Tabla 6).

En la Tabla 6 puede observarse el puntaje del Dominio Dolor sexual (ítems 17 a 19 del instrumento); se puede apreciar que el valor promedio en este dominio fue de 2,96 con una desviación estándar de 1,76, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 5.6.

**TABLA 6. Determinación de la media en los diferentes Dominios de la Función Sexual de las gestantes.**

	MEDIA (DE)	MINIMO	MAXIMO
<b>DESEO</b>	3,48 ( $\pm$ 1,42)	1.8	6
<b>EXCITACIÓN</b>	3,13 ( $\pm$ 2,01)	0	5.7
<b>LUBRICACION</b>	2,72 ( $\pm$ 1,60)	0	4.5
<b>ORGASMO</b>	3,17 ( $\pm$ 2,12)	0	6
<b>SATISFACCION</b>	3,23 ( $\pm$ 2,08)	0	6
<b>DOLOR</b>	2,96 ( $\pm$ 1,76)	0	5.6

Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.



En el cuadro se observa los resultados de todos los dominios explorados, evidenciándose que los mayores promedios se encontraron en los dominios: Deseo (3,48 puntos), Satisfacción (3,23 puntos) y Orgasmo (3,17 puntos). Por el contrario los dominios donde se obtuvo los menores promedios están representados por Excitación (3,13 puntos), Dolor (2,96 puntos) y Lubricación (2,72 puntos).

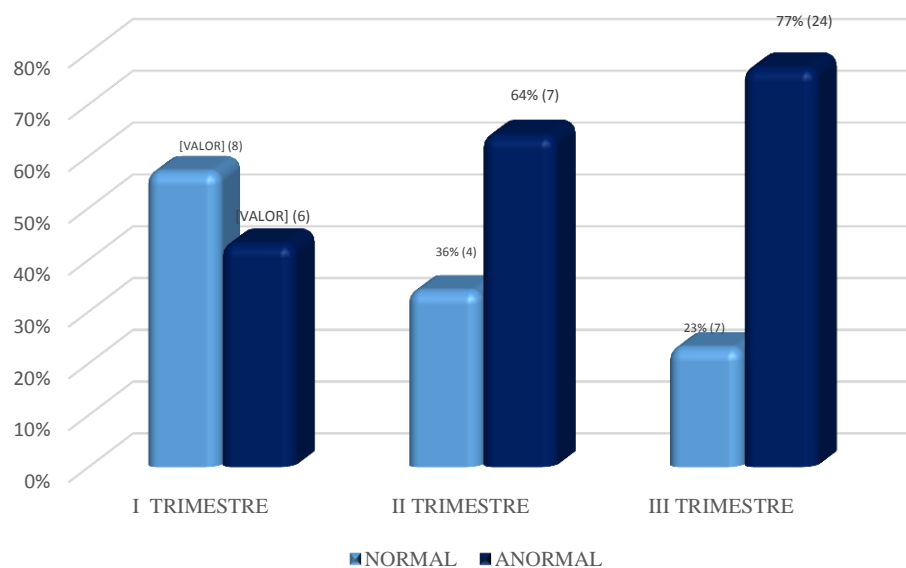
Así mismo se obtuvo como resultado, los valores de los diferentes dominios según normalidad o anormalidad agrupadas por trimestres de gestación, los cuales quedan representados en los Gráficos 3, 4, 5, 6 y Tablas 7, 8, 9, 10.

**TABLA 7. Relación de los Dominios Deseo y Satisfacción Sexual con los trimestres del embarazo.**

		<b>Dominio Deseo y Satisfacción Sexual</b>		<b>Total</b>	
		<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>		
<b>I Trimestre</b>	Recuento	8	6	<b>14</b>	<b>P= 0,036*</b>
	Frecuencia esperada	57%	43%	100	
<b>II Trimestre</b>	Recuento	4	7	<b>11</b>	
	Frecuencia esperada	36%	64%	100	
<b>III Trimestre</b>	Recuento	7	24	<b>31</b>	
	Frecuencia esperada	23%	77%	100	
<b>Total</b>	Recuento	19	37	<b>56</b>	
	Frecuencia esperada	34%	66%	100	

Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

**GRAFICO 3. Relación de los Dominios Deseo y Satisfacción Sexual con los trimestres del embarazo.**



**Fuente:** Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

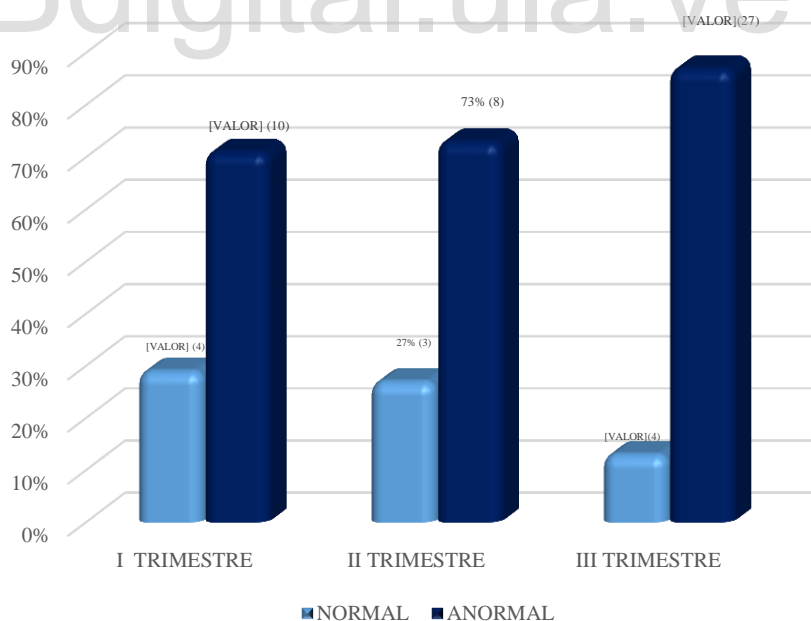
Las variables estudiadas se le aplicó la prueba del Chi-cuadrado con un valor de 5,175 para una  $p = 0,075^*$  (estadísticamente no significativo), lo cual orienta a que dichas variables son independientes una de la otra. Sin embargo se observa que en el III trimestre hay un 77% con alteración en el dominio deseo.

**TABLA 8. Relación de los Dominios Excitación Sexual y Orgasmo con los trimestres del embarazo.**

		Dominio Excitación Sexual y Orgasmo		Total	
		Normal	Anormal		
<b>I Trimestre</b>	Nº	4	10	<b>14</b>	P= 0,075*
	%	29%	71%	100	
<b>II Trimestre</b>	Nº	3	8	<b>11</b>	
	%	27%	73%	100	
<b>III Trimestre</b>	Nº	4	27	<b>31</b>	
	%	6,1	24,9	31	
<b>Total</b>	Nº	11	45	<b>56</b>	
	%	13%	87%	100	

Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

**GRAFICO 4. Relación de los Dominios Excitación Sexual y Orgasmo con los trimestres del embarazo.**



Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

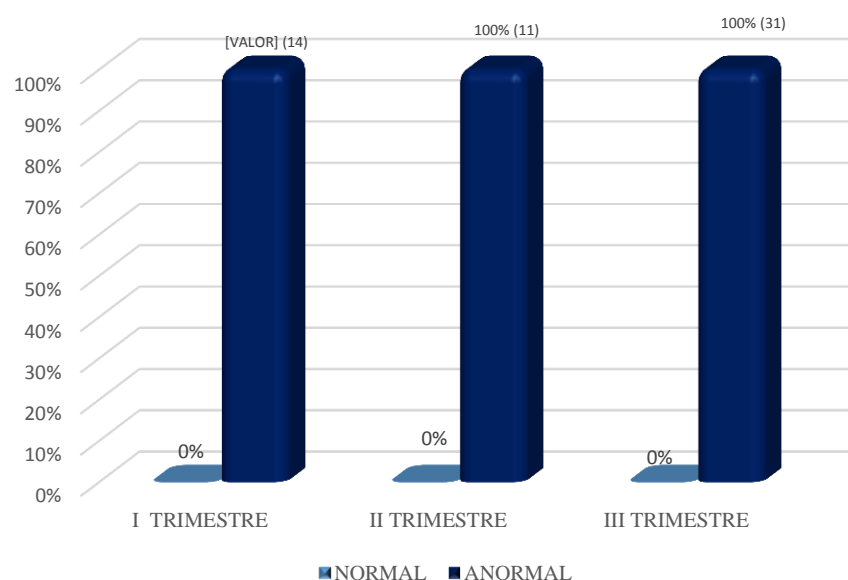
En estas variables se obtuvo un Chi-cuadrado de 2,005 para una  $p= 0,03^*$  (estadísticamente no significativo), lo cual orienta a que dichas variables son independientes una de la otra. Sin embargo se observa que en el III trimestre hay un 87% con alteración en el dominio excitación y orgasmo.

**Tabla N° 9. Relación entre el Dominio Lubricación y los trimestres del Embarazo.**

		<b>Dominio Lubricación</b>	
		<b>Anormal</b>	<b>Total</b>
<b>I Trimestre</b>	N°	14	<b>14</b>
	%	100%	100
<b>II Trimestre</b>	Recuento	11	<b>11</b>
	Frecuencia esperada	100	100
<b>III Trimestre</b>	Recuento	31	<b>31</b>
	Frecuencia esperada	100	100
<b>Total</b>	Recuento	56	<b>56</b>
	Frecuencia esperada	100	100

Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

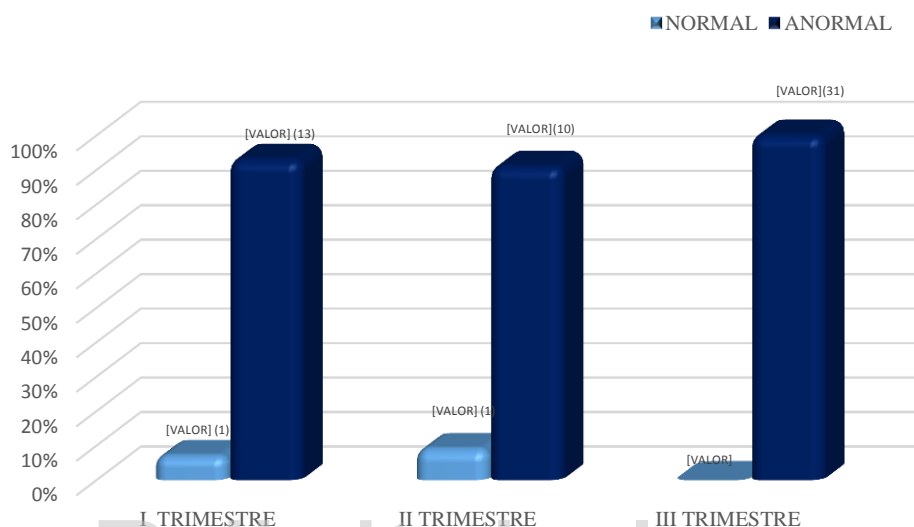
**GRAFICO 5. Relación entre el Dominio Lubricación y los trimestres del Embarazo.**



Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

El dominio Lubricación es una variable independiente del trimestre de la gestación, ya que se observa alteración en un 100%.

**GRAFICO 6. Resultados obtenidos de la muestra en El Dominio Dolor según trimestre de gestación.**

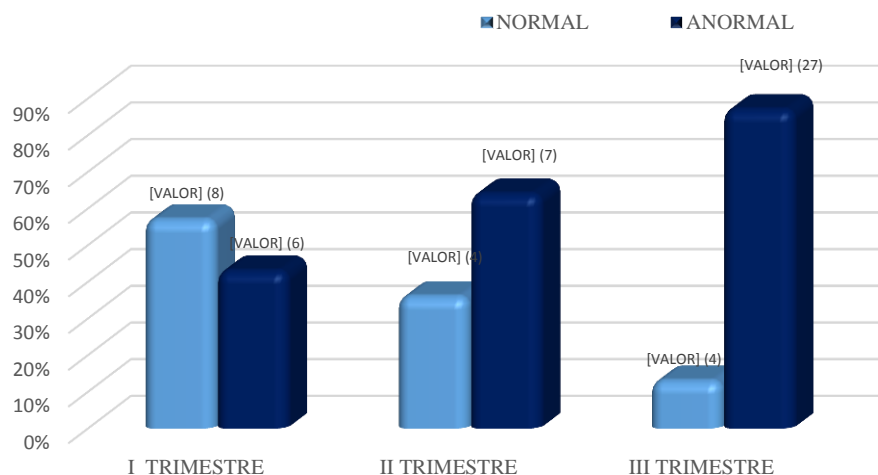


Fuente: Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

Las variables estudiadas se le aplicó la prueba del Chi-cuadrado con un valor de 2,640 para una  $p= 0,26^*$  (estadísticamente no significativo), lo cual orienta a que dichas variables son independientes una de la otra. Sin embargo se observa que en el III trimestre hay un 100% que presentaron algún grado de dolor durante su embarazo.

El Índice de Función Sexual en las gestantes que participaron en esta investigación resultó en promedio 18,70 y desviación estándar de 10,75, con un valor mínimo de 1.8 y un máximo de 33.8. Se obtuvo el resultado del IFSF según normalidad o anormalidad agrupadas por trimestres de gestación, el cual queda representado en el gráfico 7.

**GRAFICO 7. Relación del Índice de Función Sexual de las gestantes con el trimestre del embarazo.**



**Fuente:** Base de datos. Índice de Función Sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital Central de San Cristóbal. SPSS Versión 22 para Windows.

Las variables estudiadas se le aplicó la prueba del Chi-cuadrado con un valor de 5,175 para una  $p= 0,75^*$  (estadísticamente no significativo), lo cual orienta a que dichas variables son independientes una de la otra. Sin embargo se observa que en el 3er trimestre hay un 87% que presentaron un IFSF anormal.

## DISCUSION

El descenso de los niveles circulantes de estrógenos que ocurre durante el embarazo disminuye la lubricación vaginal, afecta la mecánica del piso pélvico, así mismo, con el embarazo cambia la configuración corporal y aumenta los trastornos del ánimo; traduciéndose todos estos efectos en una pérdida del deseo sexual. Por esto, no es raro que el embarazo sea uno de los factores de riesgo más importante de disfunción sexual.

En este estudio encontramos que un alto porcentaje de las gestantes presentan IFSF alterado, evidenciándose que hay una relación inversamente proporcional con la edad gestacional, a mayor edad gestacional menor es el IFSF. Con relación al Dominio Deseo Sexual es importante señalar que un significativo porcentaje de estas gestantes (66%), se ubicaron por debajo del valor intermedio en este dominio (3,48 puntos). Al comparar estos resultados con los promedios establecidos por Rosen y colaboradores, puede apreciarse que este puntaje se encuentra por debajo del determinado por estos investigadores como puntaje promedio para mujeres sin evidencia de trastornos del deseo sexual. Sin embargo, permite inferir que existe disminución de este parámetro en el grupo estudiado, hecho reconocido en múltiples investigaciones como las de Master y Johnson, Vera, Taborda, Piñero y Mauco.

Con respecto al dominio Excitación hay que señalar que el 42,85% de las gestantes se ubican por debajo del percentil 50 (P50) en este dominio, lo que es indicativo de una tendencia baja de ubicación de excitación, entendida como una acción (inferior promedio) de provocar cambios para facilitar la relación sexual.

Estos hallazgos se encuentran muy cercanos a los valores planteados por Rosen y colaboradores que evidencian disfunción sexual en la variable excitación cuyo puntaje fue estimado en 2,9 siendo en la presente investigación de 3,1. Es importante destacar que los cambios hormonales, psicológicos y fisiológicos son factores que contribuyen a los cambios de la respuesta sexual durante el embarazo, pudiendo alterarse esta en cualquiera de sus etapas. En esta época es muy común que decline el interés sexual lo que origina disminución de la excitación y de la lubricación vaginal originando disfunciones sexuales. La función sexual puede cambiar profundamente durante el embarazo. Las parejas generalmente no proveen estos cambios y su vida marital suele tomarse conflictiva por lo que es indispensable una adecuada orientación sexual.

En cuanto al dominio Lubricación es preciso destacar que un 23% de las gestantes tuvieron un puntaje de 0, es decir, manifestaron que no tenían actividad sexual, hecho preocupante por cuanto en los criterios de exclusión se incluyeron patologías que contraindican el ejercicio de la función sexual lo que se traduce como que las gestantes participantes en la investigación no tienen contraindicaciones para ejercer la función sexual siendo esta decisión tomadas por ellas mismas por motivos que no se consideraron en el presente estudio.

A través de estos valores queda demostrado que con un puntaje en este dominio de 2,72, las pacientes presentan trastornos de la lubricación según los parámetros establecidos por Rosen y sus colaboradores en sus estudios pioneros del Índice de Función Sexual Femenina. Tal como ya fue planteado es normal que se presenten algunas modificaciones de la respuesta sexual durante el embarazo, incluso estos cambios también varían a lo largo de todo el embarazo siendo frecuentemente más intensos en el último trimestre; no obstante



en esta investigación se evidencia un parámetro del dominio lubricación anormal en el 100% de las encuestadas, estos resultados difieren con los de Coronado y colaboradores quienes reportaron que la mayoría de las embarazadas encuestadas en su trabajo (68.2%) presentaban una respuesta sexual completa esto puede deberse a que el presente estudio, trabajó con una muestra poblacional más pequeña.

Al evaluar el dominio Orgasmo es preciso señalar, que un porcentaje alto de las gestantes (42,85%), incluyendo las que no tienen actividad sexual (23%), se ubican por debajo del percentil 50 (punto medio de la escala), lo que hace evidente la alteración de este dominio entre las encuestadas.

Para dicho dominio Rosen y colaboradores determinaron en su grupo control la puntuación de 5 en aquellas mujeres sin disfunción sexual, valor considerablemente más alto en relación con el puntaje expresado en esta investigación que fue de 3,17 el cual se encuentra más cercano al promedio de 2,8 establecido por este investigador que presentan las mujeres con disfunción orgásmica. Estos resultados coinciden con diversas investigaciones publicadas como las de Moreno y Mauco, quienes reportaron anorgasmia en un porcentaje significativo de pacientes embarazadas, por otra parte, contrasta con los resultados de Coronado y colaboradores quienes demostraron que la mayoría de las embarazadas participantes de su estudio presentaban una respuesta sexual completa (lubrican, se excitan y alcanzan el orgasmo la mayoría de las veces).

En lo que respecta al dominio Satisfacción sexual cabe destacar que una amplia mayoría (76%), están muy por encima del valor promedio, lo que indica una adecuada satisfacción sexual en general a pesar de la existencia de ciertas alteraciones en la respuesta sexual. Hay que considerar que en este parámetro se evalúa la satisfacción emocional de la

persona, por lo que esta influye de manera determinante en la evaluación de la satisfacción sexual como tal.

Los resultados de este dominio son similares a los obtenidos por Rosen y colaboradores en sus puntajes para mujeres sin alteración de la satisfacción sexual y también como otros investigadores como Tamayo, Taborda, Piñero y Coronado.

En la tabla 6 puede observarse el puntaje del Dominio Dolor Sexual se precisa que un significativo porcentaje de las embarazadas (96,4%), presenta tendencia a presentar algún nivel de dolor sexual.

Estos resultados coinciden con los valores sugeridos por Rosen y col. Para pacientes con disfunción sexual, ya que los puntajes de este dominio deberían ser muy bajos cuando la función sexual es operativa la presencia de dolor coital por parte de las pacientes ha sido reportada en otros estudios como los de Tamayo, Alonso y Piñero; este problema puede afectar los parámetros de la respuesta sexual (excitación, lubricación y orgasmo), por lo que es importante tratar las posibles causas de esta patología y orientar adecuadamente a las gestantes durante su control prenatal sobre los cambios hormonales y fisiológicos que suelen presentarse durante el embarazo.

El Índice de Función Sexual en las gestantes que participaron en esta investigación fue de  $18,70 \pm 10,75$ , tomando en consideración los parámetros establecidos por Rosen y colaboradores para precisar el Índice de Función Sexual Femenina, quien estableció que para considerar satisfactoria la salud sexual el producto de la suma de los dominios debe ser igual o mayor a 26 puntos, que ha demostrado que en la presente investigación, con un puntaje de IFSF de 18,70 existen importantes alteraciones apreciadas en todos los

dominios, llama la atención una alteración en el 100% de las gestantes en el Dominio Lubricación.

Se debe tener presente que la función sexual no sólo depende de los niveles estrogénicos, sino que es una complementariedad de éstos con aspectos psicológicos, sociales, ambientales y culturales; factores que son propios de cada mujer y que le dan la característica de ser una cualidad individual. Es de suma importancia que la mujer acuda con su médico especialista que la instruya en relación a los distintos cambios que sufrirá su cuerpo y su vida sexual con el embarazo, dotándola así de herramientas educativas que además de ayudarla a manejar estos cambios reforzaran su autoestima y la conducirán a una sexualidad plena.

Bdigital.ula.ve

## CONCLUSION

El índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida; es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.

La población encuestada obtuvo un Índice de Función Sexual de 18,70, valor muy por debajo de lo establecido por investigaciones pioneras para considerar una salud sexual satisfactoria.

En el dominio del Deseo Sexual se observó que el 66 % era anormal, con un puntaje promedio del dominio en  $3,48 \pm 1,42$ .

El dominio Excitación presento un 80% de población encuestada anormal, con puntaje promedio del dominio en  $3,13 \pm 2,01$ .

En relación al dominio Lubricación Vaginal el 100% se encontró anormal, con puntaje promedio del dominio en  $2,72 \pm 1,60$ .

El porcentaje de gestantes con el dominio Orgasmo anormal fue de 80%, con un valor promedio del dominio en  $3,17 \pm 2,12$ .

En cuanto al dominio Satisfacción Sexual el 80 % fue anormal, con un valor promedio del dominio en  $3,23 \pm 2,08$ .

Con respecto al dominio Dolor Coital, las gestantes obtuvieron una puntuación considerada baja para este dominio de  $2,96 \pm 1,76$ , evidenciándose anormalidad en el 96%.

Con esta investigación se puede concluir que la relación de la función sexual con respecto a los trimestres del embarazo es inversamente proporcional, ya que a medida que aumenta la edad gestacional disminuye el Índice de Función Sexual Femenina.

Bdigital.ula.ve

## RECOMENDACIONES

1. Implementar mayor educación sexual en la consulta prenatal, postnatal y de planificación familiar, para transmitir los conocimientos sobre los procesos fisiológicos que sufre la mujer en su etapa pre y post gestacional que puedan afectar su sexualidad; así mismo sobre los verdaderos riesgos o beneficios de las relaciones sexuales, eliminando errores conceptuales, desmitificando el tema de las relaciones sexuales.
2. Inclusión de especialista en Sexología que nos apoye con respecto a la orientación profesional hacia la embarazada con respecto a su función sexual.
3. Realizar otras investigaciones con mayor población y muestra, además de tomar en cuenta otros factores como estado hormonal y la pareja, así estudiar profundamente la sexualidad de la mujer.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alexis Galindo, 2012. Índice de función sexual en gestantes que Acuden a una consulta de control prenatal. Santa Ana de Coro Estado Falcón, Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken.
2. Blumel J y Cols. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres Climáticas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev. Med. Chile; 130(1): 1131-1138.
3. L. Cabero, D. Saldivar, E. Cabrillo. Obstetricia y medicina Materno Fetal. Panamericana. Buenos Aires. 2007.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. JAMA 1999; 281: 537-44.
6. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergusson D, Fourcroy J y cols. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000; 163: 888-93.
7. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy. USA. 2000; 26: 191-208
8. Casero R. Obstetricia y revisión materno-fetal. 2da Edición. España. Editorial Panamericana. 2007. Pp:190-198.

9. Mackena A. y Cols. (2000). La actividad sexual durante el embarazo. Clínica las Condes. Chile. 22(1): 24-40.
10. Enciclopedia de la sexualidad. Farre J y Cols. (1999). 1era Edición. España. Editorial Océano. Pp: 330-370.
11. Obstetricia y Perinatología: Principios y Práctica. Leslei I. (2005). 7ma Edición. Argentina: Editorial Panamericana pp. 720-742.
12. Funcionamiento Sexual de la mujer. Medicina Conductual de la mujer. Cursos de sexualidad Positiva. Faye E y cols. (2002). España. Editorial Martínez-Roca. Pp: 11-22.
13. SEXUALIDAD. [BASE DE DATOS EN LINEA] FUNDAFER. La primera unidad de reproducción humana de Venezuela. 2005. Última actualización junio 2008. URL Disponible en: [http://fertilab.net/de\\_mujer/emb\\_s.html](http://fertilab.net/de_mujer/emb_s.html)
14. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Romero C y cols. (2001). Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (UNAM). México. Vol. N°44 (5): 198-200. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no44-5/RFM44503.pdf>
15. Promoción de la Salud Sexual. Organización Panamericana de la Salud (2000). Recomendaciones para la acción. Actas de consulta. Guatemala. Disponible en: [http://www.ifoabu.com/Salud-Sexual\\_Promocion-PAHO-OMS.pdf](http://www.ifoabu.com/Salud-Sexual_Promocion-PAHO-OMS.pdf)
16. Estrategias de Salud Reproductiva. Organización Mundial de la Salud. (2004). 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/index>
17. Tratado de Ginecología y Obstetricia. James S y cols. (2005). 9na Edición. México: Editorial Mc Graw Hill. pp. 787-790.



18. Sexualidad Humana de Mc Cary. Mc Cary J. (2000). 5ta Edición México. Editorial El Manual Moderno. Pp: 175-190.
19. Sexualidad Humana. Castelo C. (2005). 1era Edición. España. Editorial Panamericana. Pp: 312-320.
20. La sexología: una ciencia independiente. Bianco F. (1996). Venezuela. Editorial C.I.P.P.S.V. Sexología: 1 (1): pp. 23-45.
21. Mas M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual Femenina. Rev. Int Andrologia. 5 (1): 11-21. Facultad de Medicina. Universidad de la Laguna. Tenerife. España.
22. Gramegna G. Sexualidad Humana. En: Heerlein A (ed.) Psiquiatría Clínica. Santiago de Chile: Ediciones World Psychiatric Association - Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2000.
23. Master W y cols. (1981). Respuesta sexual Humana. 1era Edición. Argentina. Editorial Intermedicas. Pp: 245-247.
24. Vera G y cols. (2000). La sexualidad n el embarazo y el puerperio en una comunidad rural de Yucatán. Archivos Hispanoamericanos de sexología México. Vol. VI N| 1: pp 17-41.
25. Tamayo C y cols. (2002). Conductas sexuales durante el embarazo. Psicología. Universidad de Oriente. Cuba. (101): 213-230. Disponible en: <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stge/articles/viewFile/14503323/755>
26. Alfonso L y cols. (2003). Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE “Prudencio Padilla”. Clínica Sur. Colombia. Salud Uninorte. (18): 1-6. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/18/2\\_caracteristicas\\_biopsicosociales.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/18/2_caracteristicas_biopsicosociales.pdf)

27. Taborda J. (2004). Embarazo, comportamiento sexual y satisfacción conyugal. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/sexuales\\_trastornos/14867/#](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/sexuales_trastornos/14867/#)
28. Piñero S y cols. (2010). Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. Nure Inv. 8 (50): 1-16. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50\\_original\\_modifisex.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_original_modifisex.pdf).
29. Moreno V, Olave D y Quintero P. (2011). Variaciones de la conducta sexual durante la gestación, Diplomado en Sexualidad Humana. Centro de Estudios Sexuales de Chile. Disponible en: [http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20110428/asocfile/20110428185846/tesina\\_sexualidad\\_y\\_gestacion-pdf](http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20110428/asocfile/20110428185846/tesina_sexualidad_y_gestacion-pdf)
30. Mauco S. (2001). Comportamiento de la función sexual en la Embarazada. Trabajo Especial de grado para optar al grado de especialista en ginecología y obstetricia UCLA (NO PUBLICADO). DISPONIBLE EN: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWQ200M382001.pdf>
31. Coronado, M. y Luzardo, I (2008). Función sexual en mujeres durante el embarazo. Trabajo especial de grado para optar al grado de especialista en Ginecología y Obstetricia UNEFM (No publicado)

**ANEXO A**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

En la emergencia de Obstetricia del Hospital Central de San Cristóbal, Edo. Táchira, se realizara una investigación clínica por parte de la Dra. Harué Lopez, titulado " **INDICE DE FUNCION SEXUAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL**"; a las mujeres que acuden a dicha emergencia durante el periodo Abril- Junio 2016. El Índice de Salud Sexual Femenina permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida; en conocimiento de lo anteriormente expuesto:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, cedula de identidad N°: \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales y en conocimiento de la naturaleza, duración, objetivos, procedimientos e implicaciones relacionadas con la investigación declaro que me someto al estudio escrito.

**En tal sentido afirmo:**

1. Se me ha informado que la participación en la investigación es de tipo voluntaria y revocable.
2. Haber sido informada de manera objetiva, clara y sencilla por parte del investigador, de todos los aspectos relacionados con el trabajo de investigación.
3. Que la información servirá para establecer el índice de salud sexual de la mujer embarazada, garantizando la confidencialidad de los datos aportados.
4. Que se me entregara el instrumento "Índice de Función Sexual Femenina", el cual deberé completar de forma anónima y que luego deberé colocarlo en un sobre sellado que depositare en un recipiente dispuesto para ese fin
5. Que durante la consulta Prenatal se impartirán charlas sobre educación sexual, embarazo, cambios físicos, psicológicos y sexuales en el embarazo y asesoría especializada psicológica y sexológica, si así lo requiero.
6. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgos ni inconvenientes para mi salud.
7. Que todos los gastos serán cubiertos por el investigador.
8. Que se me ha informado que cualquier inquietud que tenga en relación con el estudio, será atendida oportunamente por parte del investigador, regresando a la emergencia o comunicándose por el teléfono 04246655949 de la Dra. Harué Lopez.
9. Que no me ha ofrecido beneficio económico alguno, ni pretendo obtenerlos.
10. Que puedo retirarme del estudio si así lo considero conveniente, sin que esto repercuta en la atención medica que amerite.

_____ Nombre de la Paciente	_____ Firma	_____ Fecha	_____ Lugar
_____ Nombre del Testigo	_____ Firma	_____ Fecha	_____ Lugar
_____ Nombre del Investigador	_____ Firma	_____ Fecha	_____ Lugar

**ANEXO B**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL  
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**INDICE DE FUNCION SEXUAL EN GESTANTES QUE ACUDEN A LA  
CONSULTA DE CONTROL PRENATAL.**

**Autor:** Dra. Harué R. Lopez L.

**Tutor:** Dr. Oscar Medina.

**Cotutor:** Dr. José Ordoñez.

Fecha de aplicación del instrumento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Edad	Categoría
Menor o igual a 14 años	1
15 a 19 años	2
20 a 35 años	3
Mayor o igual a 36 años	4

Estado civil \_\_\_\_\_

Estado Civil	Categoría
Soltero	1
Casado	2
Viudo	3
Divorciado	4
Unión libre	5
Separado	6

Pareja Sexual \_\_\_\_\_

Pareja Sexual	Categoría
Casado	1
Viudo	2
Divorciado	3
Unión libre	4
Separado	5

Grado de instrucción \_\_\_\_\_

Grado de instrucción	Categoría
Analfabeta.	1
Alfabeto.	2
Primaria incompleta.	3
Primaria completa.	4
Secundaria incompleta.	5
Secundaria completa.	6
Universitario incompleto.	7
Universitario completo.	8
Postgrado.	9
Otros.	10

Religión: \_\_\_\_\_

Religión	Categoría
católico	1
Evangélico	2
Testigo de Jehová	3
Judíos	4
Musulmán	5
Ateo	6
Budista	7

## ANEXO C

### INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA

#### Parte I

Edad materna cronológica en años cumplidos: \_\_\_\_\_

Edad Gestacional en semanas: \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido actividad sexual durante las últimas 4 semanas?

(Nota informativa. La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc.)

\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_ No

Si la respuesta es «Sí», complete el siguiente cuestionario.

#### Parte II:

##### 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.

**Actividad sexual:** se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

**Relación sexual:** se define como penetración del pene en la vagina.

**Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

**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.

**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.

Marque solo una alternativa por pregunta

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
  - Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel o intensidad de deseo o interés sexual?
  - Muy alto (5puntos)
  - Alto (4puntos)
  - Moderado (3puntos)
  - Bajo (2puntos)
  - Muy bajo o nada (1punto)
3. En las últimas 4 semanas, ¿con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)

- Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy alto (5puntos)
  - Alto (4puntos)
  - Moderado (3puntos)
  - Bajo (2puntos)
  - Muy bajo o nada (1punto)
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy alta confianza (5puntos)
  - Alta confianza (4puntos)
  - Moderada confianza (3 puntos)
  - Baja confianza (2puntos)
  - Muy baja o nada de confianza (1punto)
6. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
7. En las últimas 4 semanas ¿con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
9. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)

- Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - No me es difícil (5puntos)
  - Poco difícil (4puntos)
  - Difícil (3puntos)
  - Muy difícil (2puntos)
  - Extremadamente difícil o imposible(1punto)
11. En las últimas 4 semanas, cuándo usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con que frecuencia alcanza el orgasmo o el clímax?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (5puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (4puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (2puntos)
  - Casi nunca o nunca (1punto)
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - No me es difícil (5puntos)
  - Poco difícil (4puntos)
  - Difícil (3puntos)
  - Muy difícil (2puntos)
  - Extremadamente difícil o imposible(1punto)
13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfactoria esta con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy satisfecha (5puntos)
  - Moderadamente satisfecha (4puntos)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3puntos)
  - Moderadamente insatisfecha (2puntos)
  - Muy insatisfecha (1punto)
14. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha esta con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy satisfecha (5puntos)
  - Moderadamente satisfecha (4puntos)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3puntos)
  - Moderadamente insatisfecha (2puntos)
  - Muy insatisfecha (1punto)



15. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha esta con su relación sexual con su pareja?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy satisfecha (5puntos)
  - Moderadamente satisfecha (4puntos)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3puntos)
  - Moderadamente insatisfecha (2puntos)
  - Muy insatisfecha (1punto)
16. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha esta con su vida sexual en general?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy satisfecha (5puntos)
  - Moderadamente satisfecha (4puntos)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3puntos)
  - Moderadamente insatisfecha (2puntos)
  - Muy insatisfecha(1punto)
17. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (1puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (2puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (4puntos)
  - Casi nunca o nunca (5puntos)
18. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente incomodidad o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Siempre o casi siempre (1puntos)
  - La mayoría de las veces (más que la mitad) (2puntos)
  - A veces (alrededor de la mitad) (3puntos)
  - Pocas veces (menos que la mitad) (4puntos)
  - Casi nunca o nunca (5puntos)
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel o intensidad de incomodidad o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0puntos)
  - Muy alto (1puntos)
  - Alto (2puntos)
  - Moderado (3puntos)
  - Bajo (4puntos)
  - Muy bajo o nada (5puntos)

**PUNTUACION TOTAL:** \_\_\_\_\_