

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES
DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

DRA. DIANA CAROLINA OROSTEGUI-PINILLA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA

2019

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES
DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

DRA. DIANA CAROLINA ORÓSTEGUI-PINILLA

Tesis de grado para optar al título de:
Especialización En Ginecología Y Obstetricia

Directora:
Dra. Rocío Guarín
Especialista En Ginecología Y Obstetricia
Magister En Salud Sexual Y Sexología Clínica

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA

2019

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. ESTADO DEL ARTE	16
3.1 MODELOS CIRCULARES DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA	17
3.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA SEXUAL	19
3.2.1 Genitales.	19
3.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA	22
3.3.1. Idiosincrasia.	23
3.3.2 Sexo.	23
3.3.3 Ciclo menstrual.	24
3.3.4 Condicionamiento sociocultural.	24
3.3.5 Comunicación.	24
3.3.6 Entrenamiento.	24
3.3.7 Maternidad.	25
3.3.8 Religión.	25
3.3.9 Actividad sexual en situaciones especiales.	25
3.4 SATISFACCIÓN SEXUAL Y SU INFLUENCIA SOBRE CALIDAD DE VIDA	26
3.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA RESPUESTA SEXUAL	27
3.5.1 Trastornos del interés/excitación femenina.	29
3.5.2 Trastorno orgásmico femenino.	30

3.5.3 Trastornos de dolor genito-pélvico / penetración.	31
3.6 PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	33
3.7 FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN SEXUAL	35
3.8 FACTORES PROTECTORES	35
3.9 PERSONAL DE SALUD	36
3.10 RESPUESTA SEXUAL FEMENINA SEGÚN TRIMESTRE DEL EMBARAZO	38
3.10.1 Primer trimestre.	38
3.10.2 Segundo trimestre.	38
3.10.3 Tercer trimestre..	39
3.11 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS DURANTE EL EMBARAZO QUE INFLUYEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL	39
3.12 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL EMBARAZO	40
3.13 INFLUENCIA COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL COMPAÑERO DURANTE EL EMBARAZO	41
3.14 ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	41
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	43
5. OBJETIVOS	44
5.1 GENERAL	44
5.2 ESPECÍFICOS	44
6. METODOLOGÍA	45
6.1 DISEÑO	45
6.2 POBLACIÓN ESTUDIO	45
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN A LA COHORTE	45
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEFINITIVOS	46
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL SEGUIMIENTO	46
6.6 HIPÓTESIS Y CÁLCULO DE MUESTRA	46
6.7 VARIABLES	47
6.8 PROCEDIMIENTOS	50

6.9 INSTRUMENTO RECOLECTOR	51
6.10 ANÁLISIS DE DATOS	51
6.11 ASPECTOS ÉTICOS	52
7. IMPACTO	55
8. RESULTADOS	56
9. DISCUSIÓN	63
10. CONCLUSION	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.. Subgrupos del FSFI	42
Tabla 2. Tabla de poder usada para el cálculo del tamaño de muestra	47
Tabla 3. Descripción de variables	47
Tabla 4. Características sociodemográficas de las gestantes incluidas en la cohorte	56
Tabla 5. Puntajes FSFI pregestacional y para cada trimestre del embarazo en las mujeres incluidas en la cohorte	62
Tabla 6. Proporción de disfunción sexual general y de cada dominio.	62

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo circular de Basson	19
Figura 2. Proceso de captación y seguimiento de las pacientes estudiadas	57
Figura 3. Prevalencia de disfunción sexual (FSFI <26.5) y de insatisfacción con su función sexual pregestacional y durante el embarazo. (en porcentaje)	59
Figura 4. Puntaje total FSFI en las mediciones pregestacional y durante el embarazo.	60
Figura 5. Puntaje de los dominios del FSFI pregestacional y durante la gestación. A. deseo B. dolor C. excitación D. lubricación E. orgasmo y F satisfacción.	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento no 1	72
Anexo B. Instrumento No 2.	80
Anexo C. Consentimiento informado código interno	88

RESUMEN

TITULO: PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO*

AUTOR: DIANA CAROLINA OROSTEGUI-PINILLA**

Palabras clave: Disfunción sexual, gestantes de bajo riesgo Obstétrico, Índice de Función Sexual Femenino

La sexualidad tiene en el ser humano funciones reproductivas, placenteras y sociales. Es esta la base que explica que más del 50% de las mujeres la consideres como factor que impacta en la calidad de vida. La disfunción sexual femenina se considera cuando existen síntomas relacionados con la actividad sexual persistentes que impactan de manera negativa en la persona. La prevalencia de la disfunción sexual femenina durante la gestación se plantea que aumenta 3 veces en comparación a no gestantes.

Se realizó un estudio de cohorte con 62 gestantes de bajo riesgo, se tomaron mediciones en 4 momento: pregestacional y cada trimestre, aplicando el índice de función sexual femenino (FSFI) con el objetivo de establecer si el embarazo modifica la prevalencia o la severidad de la disfunción sexual femenina, con punto de corte 26.5 para el total y 5 en cada dominio.

Mediana la edad 22 (20-26) con un 61% de primigestantes y un 85% de participantes de estrato socioeconómico bajo; predominaron las ocupaciones correspondientes al hogar. La disfunción sexual femenina aumento 2.7 veces con respecto a la pregestacional (P0.005) con una incidencia del 25% pero sin significancia estadística en la calidad de vida (P 0.10). la evaluación de los subtipos de disfunción no mostró significancia estadística: deseo (P0.19), dolor (P0.61) excitación (P0.27), lubricación (P0.17), orgasmo (P0.13), satisfacción (P0.10)

Con estos resultados concluimos que en gestantes de bajo riesgo existe un aumento en la prevalencia e incidencia de disfunción sexual femenina según el FSFI sin que esto tenga impacto clínico significativo.

*Trabajo de grado

** Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Gineco-Obstetricia, Especialización en Ginecología y Obstetricia. Directora: Dra. Rocío Guarín. Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Magister En Salud Sexual Y Sexología Clínica

ABSTRACT

TITLE: PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION AND ITS SEVERITY IN LOW OBSTETRIC RISK PREGNANT WOMEN*

AUTHOR: DIANA CAROLINA OROSTEGUI-PINILLA**

Key words: Sexual dysfunction, low-risk pregnant women Obstetrics, Female Sexual Function Index

Sexuality, in the human being has different functions such as reproductive, social and for pleasure. That is why more than 50% of women consider it as a factor which impact the quality of life. Female sexual dysfunction is considered when the patient has persistent sexual activity that impact negatively on herself. The prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy increase 3 times compared to non-pregnant women.

In a cohort study, with 62 low risk pregnant women, measurements were made in four moments: pre-pregnancy and every trimester, applying the female sexual function index (FSFI), the objective was to establish if pregnancy modifies the prevalence or severity of the dysfunction, with cut point 26.5 for the total and 5 in each domain.

Median age was 22 (20-26), 61% were primigestant and 85% of low socioeconomic status, the majority of the participants were housewives. Female sexual dysfunction increased 2.7 times respect to pre-pregnancy (P0.005) with an incidence of 25%, however with no statistical significance in the quality of life (P 0.10). The analysis of the subtypes did not show statistical significance: desire (P0.19), pain (P0.61), excitation (P0.27), lubrication (P0.17), orgasm (P0.13), satisfaction (P0.10).

With these results, we conclude that low risk pregnant women have an increase in the prevalence and incidence of female sexual dysfunction according to the FSFI, with no significant clinical impact.

*Degree Paper

** Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Gineco-Obstetricia, Especialización en Ginecología y Obstetricia. Directora: Dra. Rocío Guarín. Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Magister En Salud Sexual Y Sexología Clínica

INTRODUCCIÓN

La OMS define salud sexual como “un estado físico, emocional, social y mental de bienestar, relacionado con la actividad sexual”, bajo esta premisa se puede concluir que el tener una apropiada función sexual hace parte de los componentes de una adecuada calidad de vida (1).

La sexualidad es independiente para cada individuo y está influenciada por la interacción entre aspectos biológicos y socioculturales, es por lo anterior que durante el embarazo se generan cambios en la expresión de la sexualidad de la pareja más específicamente en la mujer, cambios que la llevan a ser más vulnerable a presentar algún tipo de disfunción sexual (2)(3).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha planteado que los cambios del embarazo (biológico, social y cultural) repercuten en la función sexual femenina, siendo dicho fenómeno más notorio en países en vía de desarrollo. Se han realizado múltiples estudios tratando de demostrar dicha relación los cuales han llegado a la conclusión que la gestación aumenta el riesgo de que una mujer previamente funcional desarrolle una disfunción sexual o empeore la disfunción que ya tenía de base (4)(5)(6)(7).

Para poder dimensionar la importancia de este fenómeno, hay que recordar que cerca del 60% de las mujeres consideran que una adecuada función sexual, definida como la actividad sexual que genera sensación de satisfacción, hace parte de su definición de felicidad (8).

“la satisfacción sexual es uno de los factores claves para la felicidad y la calidad de vida de la pareja” (9).

2. JUSTIFICACIÓN

El impacto que tiene la gestación sobre la función sexual femenina está influenciado por el entorno sociocultural, económico y religioso en el que se encuentra inmersa la mujer; es por esto que consideramos importante conocer este fenómeno, dado no existían estudios previos que abordaran esta problemática en nuestro medio. Así mismo es relevante reconocer este fenómeno ya que abre las puertas a la búsqueda de estrategias que apunten a mejorar la calidad de vida de nuestras gestantes (10) (5).

3. ESTADO DEL ARTE

La OMS define la salud sexual como “un estado físico, emocional, social y mental de bienestar, relacionado con la actividad sexual” (1).

La sexualidad es el resultado de la interacción entre la evolución biológica y el entorno sociocultural, con finalidades como la reproductiva, siendo esta una función primitiva o compartida con otros seres vivos y la placentera que surge con la aparición de las funciones mentales superiores, permitiendo al hombre desarrollar la capacidad de búsqueda consciente de placer la cual se conoce como función erótica. (2) Así podemos hablar que existe una sexualidad animal la cual se da como resultado de la existencia de dos sexos de una misma especie con fines reproductivos. La sexualidad placentera es el resultado de la evolución humana desplazando la reproducción a un segundo plano, esto sucede al hacerse consciente el placer derivado del acto sexual (2).

La respuesta sexual femenina es un fenómeno que tiene como base un evento fisiológico, con la particularidad de ser variable entre las mujeres e inclusive en la misma mujer en diferentes momentos de su vida. Se han descrito algunos factores determinantes para la respuesta sexual femenina como son los biológicos (anatómicos, fisiológicos y patológicos) y los psicológicos, dentro de los cuales se encuentra la influencia sociocultural, experiencias personales y diferencias propias de cada individuo (11–13).

La definición de la respuesta sexual femenina normal ha sido tema de discusión desde el siglo XIX y ha sufrido modificaciones en vista de la complejidad y la variabilidad que se ha documentado de este fenómeno entre poblaciones, sin embargo fue hasta el estudio de Masters y Johnson quienes introdujeron como tal el término de respuesta sexual femenina (11).

Para describir la respuesta sexual femenina se han planteado múltiples modelos, según el conocimiento de los eventos fisiológicos y psicológicos que comprenden este fenómeno, con el problema de que ninguno ha sido aplicable de manera universal; a continuación se explicará el modelo actual denominado modelo circular (11).

3.1 MODELOS CIRCULARES DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Estos modelos surgieron como respuesta a las deficiencias de los anteriores modelos, buscando integrar los aspectos interpersonales y psicológicos que influyen en las experiencias cualitativas y subjetivas de cada mujer (11).

Whipple y Brash-Mcgreer plantearon el primer modelo circular, el cual incluía una fase de seducción, dentro de la cual estaba el deseo, una segunda fase de sensaciones, incluyendo en esta excitación y meseta, la tercera fase de entrega dentro de la cual está el orgasmo y finalmente una fase de reflexión o resolución. El modelo circular permitió plantear la hipótesis que las experiencias sexuales positivas reforzaban en las mujeres el desear tener sexo o al contrario experiencias negativas generaban una pérdida del interés; en conclusión la fase de reflexión de una experiencia sexual influirá positiva o negativamente en la fase de deseo de una próxima experiencia (11).

El modelo de Whipple no ha sido muy aceptado, pues considera que las fases no son totalmente independientes, generando la necesidad de un modelo más cercano a la realidad, planteándose así en el año 2000 el modelo de Basson, el más aceptado actualmente y se basa en que la respuesta sexual femenina es cíclica y no secuencial, lo que implica que el deseo no siempre precede la fase de excitación. Basson plantea en su modelo que las mujeres inician una experiencia

sexual en un estado neutro con una motivación positiva hacia la intimidad basado en el planteamiento, que la mujer puede iniciar actividad sexual por causas diferentes al deseo como lo son: la necesidad de cercanía, intimidad, compromiso o como expresión de cariño. Dentro de lo novedoso de acotarle al modelo de Basson es que la fase de deseo ya que no se considera imprescindible para que la mujer experimente las fases subsecuentes de excitación y orgasmo, lo cual ha llevado a pensar que la ausencia del deseo no se considere como patológico. Ver figura No 2. (10).

Basson plantea “que la respuesta sexual está influenciada por múltiples factores psicológicos y biológicos, y el hecho de que una mujer se encuentre implicada en un acto sexual no quiere decir que se encuentre excitada” ya que la capacidad de excitación puede estar mermada por múltiples factores como miedo a enfermedades de transmisión sexual, experiencias sexuales negativas previas, abuso, temor a la concepción o una mala percepción de su imagen corporal (11).

Basson describió el concepto de intimidad emocional como la apertura del plano más íntimo de la persona a su pareja permitiéndole expresar sus sentimientos más íntimos y planteó el concepto de respuesta sexual femenina en función de la emoción (11).

Con respecto a la fase del orgasmo y la resolución Basson planteó que no eran necesarios para tener una adecuada respuesta sexual, este autor concluye lo importante es que la mujer se concentre en el placer sexual sin experiencias negativas, como dolor, con o sin orgasmo (14) (11).

Dentro de las limitaciones de este modelo podemos concluir que es un modelo observacional el cual carece de verificación experimental. Además, tomó como

base importante la intimidad emocional y deja por fuera un subgrupo de mujeres en quienes el deseo y la excitación no dependen de la intimidad (11).



Figura 1. Modelo circular de Basson

3.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA SEXUAL

3.2.1 Genitales.

4.2.1.1 Fase excitación. se caracteriza por vasodilatación y aumento del volumen sanguíneo recibido por los genitales femeninos lo que conlleva a un aumento casi del doble del tamaño del clítoris y congestión de la vagina y la pirámide vulvar, fenómenos que tienen como finalidad aumentar el tamaño de la vulva y lograr la lubricación vaginal; estos cambios se instauran rápidamente siendo segundos en mujeres jóvenes y hasta de 2-4 minutos en mujeres mayores (12).

La lubricación vaginal es secundaria al trasudado del plasma proveniente de la red de capilares subepiteliales vasodilatados, el cual lleva a una saturación en la capacidad de reabsorción de Na^+ por el epitelio vaginal logrando así arrastrar mayor proporción de agua hacia la luz vaginal y como manifestación macroscópica de este fenómeno molecular se da el aumento en el volumen del trasudado vaginal con características hidroelectrolíticas similares al plasma que mejora las condiciones basales en búsqueda de un microambiente más favorable para los espermatozoides (12).

Una vez cesa la excitación se activa la bomba de sodio a nivel de la mucosa vaginal, generando una reabsorción de agua hacia el espacio vascular. Todo el fenómeno descrito anteriormente se ha considerado estrógeno dependiente y explica la disminución en la capacidad disminuida para generar lubricación durante el climaterio (12).

Las glándulas uretrales y parauretrales, en menor proporción aumentan su secreción durante la fase de excitación, fenómeno descrito en algunas mujeres correspondiente a “la eyacuación femenina”. Las secreciones de las glándulas de Bartholini cumplen con la función de lubricar del introito vaginal (12).

Cuando la excitación progresa al tercio externo de la vagina se presenta un engrosamiento de la mucosa denominado plataforma “orgásmica”, acompañando

este fenómeno se observa elevación del útero, estiramiento de la pared anterior de la vagina conocido como “tenting”, el cual es consecuencia de la tracción anterior que genera la contracción de la musculatura lisa inmersa en los ligamentos cardinales y uterosacros (12).

3.2.1.2. Orgasmo. Durante esta fase se evidencia contractura involuntaria de la musculatura tanto de órganos genitales como de músculo esquelético. Con respecto a los músculos estriados del piso pélvico se evidencian contracciones repetitivas (8 a 12 veces) en especial del pubovaginal las cuales llevan al estrechamiento intermitente de la porción más externa de la vagina, así también se experimentan contracciones rítmicas del esfínter anal. Dicho lo anterior se explica por qué las pacientes con hipotonía de la musculatura del piso pélvico presentan alteraciones en cuanto a la intensidad y el placer de la relación sexual. En algunos casos de relaciones más placenteras se ha descrito también contracciones uterinas. (12).

3.2.1.3. Resolución. básicamente consiste en la regresión de los órganos a su estado basal lo cual se logra al disminuir la vasodilatación pélvica y la relajación de la musculatura implicada. Importante recordar que esta fase se ha acompañado de un periodo refractario durante el cual difícilmente se logra entrar en un nuevo coito. Ese periodo refractario en la mujer no es mandatorio, ya que gran número de ellas posterior al orgasmo permanecen en un periodo tal de excitación que permite se presenten múltiples orgasmos. (12) Cabe recordar que existe un grupo de mujeres en quien se presenta la saciedad sin experimentar orgasmo, como se describe anteriormente en el modelo de Basson (10).

3.2.1.4 Órganos extragenitales. Las relaciones sexuales generan cambios importantes a nivel sistémico y psíquico. Dentro de los eventos que se experimentan a nivel sistémico se ha descrito un aumento de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y ventilación pulmonar, los cuales llegan a su máximo durante el orgasmo. La sudoración intermitente se puede asociar también a la respuesta sexual femenina (12).

Dentro de la parte hormonal se ha documentado un aumento de la secreción hipotalámica de oxitocina la cual tiene su pico durante el orgasmo, al igual que sucede con la prolactina (12).

En relación con los hallazgos neurológicos descritos está alteraciones en la percepción sensorial y aumento del umbral del dolor. Se conoce también que durante la experiencia orgásmica puede existir una desconexión del sujeto con el medio la cual puede llegar inclusive a la pérdida de conciencia (12).

3.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

El desarrollo y mantenimiento de una respuesta sexual adecuada refleja la interacción de múltiples factores, como la influencia cultural, percepción de la respuesta sexual y sus expectativas respecto a la sexualidad (15).

A continuación, vamos a describir algunos de estos factores y la manera en que influyen para lograr una adecuada función erótica femenina (2,11,12).

3.3.1. Idiosincrasia. Es el resultado de la interacción entre el medio y las predisposiciones genéticas del individuo, se considera el factor que mayor influencia ejerce sobre la respuesta sexual, la influencia de la idiosincrasia sobre los comportamientos sexuales es lo que explica la heterogeneidad en el grado de deseo ,orgasmo y excitabilidad de individuos pertenecientes a una comunidad similar en sus características generales (2).

3.3.2 Sexo. Basados en los modelos propuestos para la respuesta sexual se puede concluir que existe una diferencia real entre la respuesta sexual de hombres y mujeres. La importancia de reconocer esta diferencia radica en su influencia en la fase del deseo, como ya fue descrito anteriormente en este documento.

Dentro de las diferencias entre sexos es importante mencionar el efecto de luna de miel, observado en machos de muchas especies consiste en la pérdida progresiva del deseo sexual y la excitabilidad frente a un objeto sexual constante; sin que se presente este fenómeno frente a objetos sexuales nuevos o diferentes, este fenómeno se considera adaptativo y no se refiere en , en las hembras Además, es importante reconocer que con el aumento de la edad el deseo espontáneo sufre una caída ,quedando como iniciador de la respuesta sexual de las mujeres ,la presencia de el deseo reactivo, situación que no es descrita en los hombres en quienes el deseo instintivo se mantiene constante durante su vida (2).

Otra de las diferencias en la respuesta sexual según los sexos es en la creación de símbolos sexuales, siendo para el sexo masculino impersonal y para las mujeres están basados en un contexto sentimental y/o afectivo más que en lo físico (2).

3.3.3 Ciclo menstrual. Algunos autores han descrito variaciones del deseo sexual con respecto durante el al ciclo menstrual, no hay consenso sobre el momento de mayor deseo, algunos lo describen cercano al día de la ovulación y otros en los días previos o inmediatamente posteriores a la menstruación (2).

3.3.4 Condicionamiento sociocultural. Su influencia se ve en los componentes psicológicos y biológicos de tres fases, deseo, excitacion y orgásmo. El espectro es amplio va desde la percepción altamente positiva de la sexualidad que se describe en las mujeres de las culturas occidentales hasta la visión extremadamente negativa encontrada entre mujeres de poblaciones africanas y/o asiáticas. De las mujeres consideradas como tradicionalistas se ha podido inferir que estas buscan menos ayuda profesional para solucionar problemas de tipo sexual ,hecho explicado por la presencia de creencias negativas sobre estos temas que la sociedad les ha impuesto (11).

3.3.5 Comunicación. Con respecto a la relación de pareja se ha descrito que las deficiencias en los canales de comunicación entre conyuges limita a la mujer la expresión de sus necesidad, deseos y expectativas influyendo así de manera negativa en la respuesta sexual y por ende en la satisfacción personal (11).

3.3.6 Entrenamiento. Definido como la frecuencia con que la mujer tiene actividad sexual. La periodicidad y la frecuencia de actividad sexual son factores con relación positiva en la respuesta sexual femenina, un inicio temprano de vida sexual y alta frecuencia de las relaciones se asocia a mayor probabilidad de tener experiencias sexuales gratas y facilidad para alcanzar el orgasmo.

3.3.7 Maternidad. El hecho de tener que embarazarse y criar hijos ha dejado a lo largo de la historia a la mujer en una desventaja biológica con respecto al hombre, todo esto soportado en la idea de que para alcanzar su plenitud una mujer debe hacer uso de su posibilidad de procrear llegando inclusive a pensar que la maternidad es el objetivo final de toda mujer. Contrastando con esto, existe un grupo de mujeres quienes el temor a un embarazo no deseado limita el disfrute de la actividad sexual y genera en la paciente sentimientos de ansiedad; existe un grupo de mujeres quienes la crianza tiene prioridad frente a las relaciones sexuales(2).

3.3.8 Religión. El cristianismo le dio a la sexualidad una connotación de impura e inapropiada pues tenía un fin diferente a la procreación. Además considera la virginidad es el estado perfecto del ser humano; condenando toda práctica sexual con fines placenteros; como consecuencia existe ambigüedad frente al disfrute de la sexualidad (2).

3.3.9 Actividad sexual en situaciones especiales. Otra de las circunstancias que limita la respuesta sexual femenina, y la cual también varía entre culturas, es la percepción, en general negativa, acerca de las relaciones sexuales durante la menstruación, la gestación y la menopausia (12).

4.3.10 Niveles séricos de andrógenos. Es conocido que estos influyen en múltiples funciones como la mineralización ósea, formación de masa muscular, conductas agresivas, deseo sexual entre otros. Se ha descrito que en mujeres premenopáusicas es el ovario quien produce hasta el 50% de los andrógenos circulantes, por lo que se supone que la disfunción sexual de mujeres postmenopáusicas se debe en parte a la caída del deseo sexual secundario al hipoandrogenismo pero también al hipoestrogenismo que lleva a problemas por atrofia de la mucosa vaginal y pobre lubricación durante la relación sexual (2).

3.3.11 Uso de fármacos. Hasta el 25% de los casos de disfunción sexual son secundarios a uso de medicación, dentro de los fármacos que más comúnmente se asocian a disfunción sexual están los psicofármacos (16).

Los fármacos implicados en la disminución del deseo son antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, benzodiazepinas, estabilizadores del ánimo como litio, antipsicóticos típicos y atípicos, antihipertensivos de acción central y diuréticos. Entre los relacionados con trastornos de la excitación se encuentran los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, ansiolíticos, litio, antipsicóticos típicos y atípicos, betabloqueadores, diuréticos, antihipertensivos de acción central, antihistamínicos y análogos de GnRH. Finalmente las alteraciones del orgasmo secundario a fármacos se describen las inhibidores de la recaptación de serotonina y duales, tricíclicos como imipramina y amitriptilina, antipsicóticos típicos y atípicos además de las benzodiazepinas y AINES como el naproxeno (17).

3.4 SATISFACCIÓN SEXUAL Y SU INFLUENCIA SOBRE CALIDAD DE VIDA

La satisfacción sexual se considerada un derecho y es parte fundamental de la salud sexual, se compone de dos consta de dos componentes el físico y el psicológico, siendo así la satisfacción sexual la unión de la excitación sexual y la intimidad tanto emocional como orgásmica. Algunos autores aseguran que la satisfacción sexual es una respuesta emocional relacionada con la felicidad (8).

Es importante aclarar que la satisfacción sexual no está ligada en la mujer a la obtención del orgasmo, lo anterior se ve reflejado en las mujeres que viven bajo la cultura islámica en la cual solo el 8.5% logran experimentar un orgasmo en toda su vida, pero más de la mitad de estas mujeres manifiestan satisfacción sexual (18).

Así mismo es relevante reconocer que la satisfacción sexual está condicionada tanto por las expectativas personales como por la personalidad, esto descrito previamente por Yekta y col, en su estudio en el que demostraron que ante mayores son las expectativas de la mujer mayor es el riesgo de disfuncionalidad (8).

Una adecuada función sexual es requisito para una adecuada calidad de vida, dado cerca del 60% de las mujeres considera que tener relaciones satisfactorias hace parte de su definición de felicidad (8). De lo anterior podemos inferir que existe un número importante de mujeres en quienes la preocupación por un adecuado desempeño sexual puede llegar a comportarse como un factor de riesgo para disfunción sexual (11).

3.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA RESPUESTA SEXUAL

Han surgido múltiples maneras de clasificar los trastornos relacionados con la respuesta sexual, dentro de los que se encuentra los del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su tercera, cuarta y quinta versión (13).

Para fines de la revisión actual vamos a tomar como base la clasificación y las definiciones del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5 versión (DSM-5); define a las disfunciones sexuales como “un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual” (13); con respecto al diagnóstico de trastorno de la función sexual el DSM-5 es enfático en que primero se debe descartar que la disfunción sea secundaria a una inadecuada estimulación ya que en estos casos no se puede hacer diagnóstico de trastorno se debe realizar un seguimiento y educación acerca de una adecuada estimulación que permita a la

mujer experimentar relaciones placenteras inclusive el orgasmo. (13) Así mismo deja claro que una persona puede presentar 1 o más de los diferentes tipos de disfunción sexual que están descritos, por ende, se recomienda evaluar diferentes tipos de trastorno en un mismo individuo. (13)

Con respecto al inicio de la disfunción, el manual indica explicita rlo pues permite hacer un enfoque terapéutico y etiológico adecuado; de esta manera se clasifican los trastorno en “de por vida” los cuales están relacionados con problemas sexuales desde las primeras relaciones; “adquirido”, aquellas que inician posterior a un periodo de actividad sexual normal, “generalizado”, disfunciones que no se limitan a una situación o persona específica y “situacional” disfunción que se presenta en un momento específico o relacionado con una pareja determinada. (13)

El DSM-5 en su introducción del capítulo de disfunciones sexuales aclara que existen factores como de pareja, específicos de la relación, vulnerabilidad individual, comorbilidad psiquiátrica, estrés, influencias culturales y religiosas además de médicos que puede influir en la respuesta sexual, que se deben tener en cuenta al momento de diagnosticar y tratar una disfunción sexual femenina (13) Para el diagnóstico de disfunción sexual, además, es necesidad descartar primero cualquier alteración mental no sexual, disfunciones causadas por consumo de sustancias, condiciones médicas o situaciones de estrés que expliquen mejor el fenómeno (13)

A continuación, describiremos los tipos de disfunción sexual según la clasificación del DSM-5.

3.5.1 Trastornos del interés/excitación femenina. El trastorno del interés o la excitación femenina abarca el grupo de mujeres que presentan disminución o ausencia de excitación o interés en la relación sexual con su pareja, es de importancia tener presente que el hecho que el deseo de la mujer sea inferior al de su pareja no es criterio para hacer diagnóstico de un trastorno de este tipo. Dentro de este grupo de trastornos de la respuesta sexual femenina se encuentra un espectro muy amplio de pacientes, desde las que presenta desinterés por las invitaciones de su pareja como la que sin tener alteraciones en cuanto al interés le es imposible excitarse a pesar de los estímulos sexuales, cuadro evidente por la ausencia de signos clínicos de excitación como es la congestión genital. (13) Tanto el deseo como la excitación son fenómenos muy variables a través de las diferentes etapas de la vida de una mujer por lo tanto para poder hablar de un trastorno en si la paciente debe referir sintomatología relacionada como mínimo por 6 meses. (13)

Los trastornos del interés sexual y la excitación generalmente se asocian con ausencia del orgasmo, dolor durante la relación sexual y disminución en la frecuencia de las relaciones con las implicaciones que tiene esto para las relaciones de pareja. Las falsas expectativas acerca del deseo “normal” así como las técnicas sexuales pobres y la falta de conocimiento acerca de la sexualidad femenina son hallazgos frecuentes entre las mujeres con diagnóstico de alteraciones del interés o la excitación. (13)

Al igual que en los trastornos del orgasmo en las alteraciones relacionadas con el interés y el deseo sexual hay cinco factores a tener en cuenta cuando se evalúa una paciente y son: factores de pareja, de la relación, vulnerabilidad individual, factores culturales y religiosos, así como factores médicos relevantes. (13)

En cuanto a la prevalencia de las alteraciones del interés y la excitación esta no es clara, existe una gran variación de estos con la edad y el entorno cultural; cabe

anotar que, aunque la falta de interés y excitación es más marcada a mayor edad, el discomfort que este genera es mayor en pacientes de menor edad. (13)

La relación entre la duración de la relación de pareja y el interés y la excitación es inversa, además las mujeres de mayor edad refieren que al pasar de la menopausia los cambios fisiológicos que tiene el tracto genital femenino hace que se generen otros trastornos asociados que indirectamente disminuyen el interés de estas por la actividad sexual.(13) Otros factores de riesgo además de los anteriores se han descrito son los eventos estresantes durante la infancia, algunas afecciones médicas como la diabetes mellitus y las disfunciones tiroideas; el grado de importancia que se da al acto sexual en la sociedad influencia de manera positiva o negativa el deseo y el interés de la mujer por la relación; por tanto al momento de evaluar el interés y la excitación se debe considerar la cultura donde se encuentra inmersa la mujer(13)

Los diagnósticos diferenciales de los trastorno de la excitación y el interés son: Trastornos mentales no sexuales, uso de fármacos o patologías que puedan interferir en el normal interés y excitación, factores interpersonales, otro tipo de disfunción sexual además una inadecuada estimulación. (13)

3.5.2 Trastorno orgásmico femenino. Definido como una alteración para experimentar el orgasmo o una disminución marcada en la intensidad de las sensaciones relacionadas con el orgasmo que generen malestar clínicamente significativo y que estén presentes en todas o casi todas las ocasiones (75-100% de los encuentros sexuales) durante al menos 6 meses. Es importante la acotación de que la mujer debe manifestar discomfort al no experimentar orgasmos ya que se ha descrito que un gran número de mujeres refieren alto nivel de satisfacción a pesar de experimentar orgasmos en pocas ocasiones o en ninguna. (13)

Es de recalcar que el orgasmo en la mayoría de las mujeres requiere una estimulación directa sobre el clítoris, lo que permite aclarar que el no experimentar orgasmo durante el coito peneano-vaginal no se considera como criterio para hacer diagnóstico de trastorno orgásmico femenino; lo anterior se correlaciona con el hecho que existe mayor probabilidad de experimentar un orgasmo en la masturbación que durante la actividad sexual con una pareja.(13)

La prevalencia del trastorno orgásmico varía según el entorno cultural, edad, y religión. Se considera el 10% de las mujeres no experimentan ningún orgasmo a lo largo de su vida, existiendo un grupo de mujeres que consideran el orgasmo no es parte fundamental de su respuesta sexual. (13)

No se han descrito relación con algún tipo específico de personalidad; los que han demostrado tener influencia negativa son la ansiedad por el embarazo, expectativas personales e influencias religiosas , afecciones médicas como esclerosis múltiple, lesiones de nervios pélvicos posterior a histerectomía o a lesiones medulares, atrofiaciones vulvovaginales, uso de fármacos como los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, siendo todos los anteriores de los principales diagnósticos diferenciales a descartar en este tipo de pacientes. (13)

3.5.3 Trastornos de dolor genito-pélvico / penetración. El trastorno de dolor génito-pélvico hace referencia a cuatro alteraciones que en ocasiones presentan comorbilidad, entre las cuales son:

- Dificultad para tener relaciones: trastorno que puede oscilar desde incapacidad para tener penetraciones en algunas circunstancias hasta la incapacidad total de tener relaciones con penetración vaginal llegando al extremo de dificultad inclusive para la exploración ginecológica durante el examen físico o la inserción de tampones. (13)

- Dolor génito-pélvico: dolor en región pélvica y/o genital que se puede describir como superficial o profundo según la localización; con respecto a las características del dolor puede ser descrito como urente, pulsátil entre otros. Según el momento de aparición puede ser durante la relación, tras finalizar esta o durante la micción. Es importante tener en cuenta que existe un grupo de mujeres quienes experimentan episodios de dolor génito-pélvico durante el examen ginecológico. (13)
- Temor al dolor a la penetración vaginal: reacción normal en mujeres quienes han experimentado dolor durante la relación sexual en ocasiones previas de manera habitual o reacción fóbica en mujeres que no han experimentado dolor alguno durante las relaciones previas. (13)
- Tensión de los músculos del suelo pélvico: fenómeno que puede variar de espasmos episódicos de los músculos de la pelvis frente a los intentos de penetración hasta una defensa muscular voluntaria. (13)

Los trastornos del dolor asociados a la penetración generalmente se asocian con otras alteraciones de la respuesta sexual como disminución del interés y el deseo sexual, aunque en la mujer con trastorno del dolor pueden tener normal el deseo cuando se trata de situaciones que no implican penetración. (13)

Se estima una prevalencia del trastorno del dolor cercana al 15% ; Además hay un número importante de mujeres con dolor que impide la penetración que solamente consultan cuando desean una gestión. (13)

Dentro de los factores predictores para este tipo de trastorno se han descrito antecedentes de abuso y maltrato físico, así como el antecedente de vulvovaginitis para el dolor referido como superficial. La dificultad para la inserción de tampones en mujeres que aún no han iniciado vida sexual se ha descrito como predictor de trastornos del dolor asociados a la penetración. (13)

Con respecto a la creencia que la educación sexual inadecuada u ortodoxa es un factor de riesgo para desarrollar trastornos del dolor génito-pélvico ha sido reevaluado después de estudios realizados en países musulmanes donde no se ha podido establecer esta relación de causalidad. (13)

Al igual que en las patologías anteriormente descritas los diagnósticos diferenciales que se deben tener presentes en las mujeres con trastornos del dolor génito-pélvico se encuentran otras alteraciones mentales no sexuales, otras afecciones médicas y estimulación sexual inadecuada. (13)

3.6 PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Singht y col., en su estudio realizado en India con 149 mujeres con edad promedio de 38 años encontrando que la prevalencia de disfunción sexual para esta población era del 73.2% (IC 95% 65.5%-79.6%). (4) Song y col., en su estudio realizado en 2806 mujeres Koreanas, por medio de correo electrónico, describe una prevalencia de disfunción sexual del 43.5%, similar a la descrita para la población estadounidense en donde es del 43%. Ishak y col., en un estudio en población femenina en Malasia y Zhang y col., en su estudio realizado en China describen prevalencias menores a la de los autores anteriormente citados, 25.8% y 25.9% respectivamente. Para Latinoamérica se tiene el estudio realizado en Ecuador por Chedraui y col., donde se describió una disfunción sexual alrededor del 65%.

(5)(6)(7)

Es de importancia tener presente que existe una variación en la prevalencia de disfunción sexual entre las mujeres que son evaluadas en un medio hospitalario y las que se les hace la medición de manera ambulatoria, se estima que la variación de la prevalencia va de un 68% a un 38% respectivamente. (7)

Al comparar la prevalencia de las alteraciones de la disfunción sexual entre países desarrollados y en vía de desarrollo se ha descrito que dicha prevalencia es más alta en los segundos, siendo hasta de 69% Vs 79.6% respectivamente. (4)

Al evaluar cada tipo de disfunción Singht y col., describen que las más prevalentes son las relacionadas con la excitación específicamente aquellas donde se presenta alteraciones en la lubricación, con una prevalencia del 96% (IC 95% 94.8% - 96.8%) y la menos prevalente es la relacionada con el dolor 64% (IC 95% 56 % -71%) resultados similares a los reportados por Song y col., en Korea donde la disfunción más frecuente es la asociada al deseo presente en un 49% de las mujeres evaluadas y la menos frecuente es la relacionada con el orgasmo en un 32%. (4)(5) en su estudio en mujeres malasias Ishak y col., encontraron que la disfunción sexual más frecuente fue la relacionada con el deseo en un 39% y las menores las relacionadas con el orgasmo y el dolor ambas presentes en un 16.6%. (4)(5)(6)

En cuanto a la satisfacción Singht y col., en su estudio en India describió un sentimiento de insatisfacción en el 81% de las mujeres evaluadas (IC 95% 74.2% - 86.7%).(4)

Para nuestro país Raigosa-Londoño y col., en el año 2012 publicaron un estudio realizado en 567 mujeres en edad reproductiva aplicando el índice de función sexual y encontraron que el 20.3% de las pacientes encuestadas presentaban disfunción sexual asociada al deseo.(19)

3.7 FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN SEXUAL

Múltiples factores tanto psicológicos como fisiológicos se han asociado con la disfunción sexual femenina. Dentro de los factores de riesgo descritos podemos mencionar el ser mayor de 40 años OR 5.91 IC 95% 1.89 – 18.44, edad de cónyuge mayor de 47 años OR 4.3 IC 95% 1.97 -9.33, enfermedades crónicas en el cónyuge OR 2.94 IC 95% 1.7 – 5.06 y de la mujer OR 8.5 IC 95% 3.33-21.7 , experiencia sexuales negativas o antecedente de abuso OR 1.85 IC 95% 1.15 – 2.99 , baja frecuencia de relaciones sexuales por mes (menor de 5 al mes OR 5.89 ic 95 % 1.7-20.3 y menor de 2 al mes OR 10.2 IC 95% 3.09 – 33.7), actitud negativa frente a la relación sexual OR 19.06 IC 95% 5.6 – v64.06, trastornos del estado del ánimo OR 2.53 IC 95% 1.03 – 6.23, homosexualidad OR 16.65 IC 95% 1.78 – 155.5, la baja escolaridad y los años de matrimonio mayor de 20 años OR 3.26 IC 95% 1.56 – 6.83. (4)(5)(6)

En Colombia Raigosa-Londoño y col., describieron como factores asociados a disfunción sexual de tipo deseo el tener un bajo nivel educativo, la multiparidad, la ausencia de la intimidad emocional, ser mayor de 50 años y presentar síntomas depresivos. (19)

3.8 FACTORES PROTECTORES

Sang y col., encontraron que las mujeres que no referían masturbarse tenían mayor riesgo de presentar disfunción sexual relacionada con la lubricación y el orgasmo OR 1.66 IC95% 1.04-2.64 (P 0.015) lo que hace entender indica, indirectamente, que el experimentar actividad sexual de tipo masturbatoria se comporta como un factor protector. (5)

Blümer y col., describen en su estudio realizado en Chile y publicado en el 2004 que las mujeres con mayor nivel educativo y con estabilidad en su relación de pareja tenían menor riesgo de presentar disfunción sexual. (OR: 0,45; IC: 0,28-0,80; $p < 0,005$ y OR: 0,58; IC: 0,35-0,98; $p < 0,05$ respectivamente).(20)

Otro de los factores descritos es el uso de algún tipo de método de planificación familiar con un (OR 0.68 IC 95% 0.61 – 0.77). (6)

Zhang en su estudio en mujeres chinas reporta el tener al menos un hijo como factor protector para disfunciones sexuales de tipo dolor en un 40% IC 95% 0.36 – 0.99.(7)

3.9 PERSONAL DE SALUD

Estudios en Malasia han descrito múltiples factores que influyen de manera negativa en el asesoramiento de parte del personal de salud a la población femenina frente a temas relacionados con la sexualidad, dentro de los descritos se encuentra el desconocimiento de esto temas por el personal, el temor a ofender a la paciente y el ser del sexo opuesto. (6)

Sumado a lo anterior se estima que solo el 2% de la población femenina en Korea busca ayuda médica para problemas relacionados con la función sexual; dentro de las causales referidas por las mujeres para no buscar ayuda frente a cualquier tipo de disfunción sexual se han descrito la falta de tiempo en la consulta, no confianza en el personal que está prestando la atención, el desconocimiento acerca del tema, sentimiento de pena y la falta de privacidad en la consulta. (5)

Shifren y col en su estudio realizado en estados unidos al encuestar a 31581 mujeres encontró que cerca del 34.5% de estas mujeres hablaron con su médico

de su problema, el 41.9% discutieron este tema con otro profesional de la salud y el 23.6% restante no buscaron ningún tipo de ayuda, de lo anterior es relevancia mencionar que tan solo el 6% de las mujeres manifestaron que su motivo de consulta original estaba relacionado con alteraciones de su función sexual. Como dato importante estos autores recalcan que las pacientes que más frecuentemente buscaban ayuda eran más jóvenes que las que no lo hacían, además referían tener un médico de cabecera y/o asistir a controles médicos de manera regular.(21)

De las mujeres que manifestaron durante la consulta algún tipo de disfunción sexual cerca del 46.7% lo hizo durante una consulta con ginecólogo y el 38.5% lo hizo en consulta con psicología, medicina general o medicina interna. Al indagar acerca de personas no pertenecientes a la salud con las cuales las mujeres discutían sus problemas sexuales estas refirieron que lo hacían con su pareja hasta en un 71.4%.(6)

A pesar del importante porcentaje de mujeres que reportaron su disfunción sexual cerca del 66% manifestaron no recibir ningún tipo de tratamiento para este motivo de consulta. (21)

Si bien ya se expuso la proporción de que las mujeres que consultan por disfunción sexual es baja, al evaluar este motivo de consulta durante el embarazo se ha encontrado que la fuente más frecuentemente consultadas es internet (57%). El 12% de las gestantes evaluadas en un estudio realizado con 74 gestantes en la universidad de San Jorge en España refirieron no haber tenido ningún tipo de información acerca de sexualidad durante su gestación. (22)

3.10 RESPUESTA SEXUAL FEMENINA SEGÚN TRIMESTRE DEL EMBARAZO

El embarazo tiene un impacto de predominio negativo sobre la función sexual, reportándose en general un aumento en la prevalencia de la disfunción de un 23.9%, previo a la gestación y un 67,7% durante la gestación. Con respecto a cada tipo de disfunción se ha descrito que la prevalencia también se aumenta pasando de una alteración del deseo del 20.2% al 51% para la disfunción de tipo dolor pasa de un 1.2% a un 14.4% y cerca del 10.8% de las gestantes refieren pobre satisfacción, esto comparado con el 3.3% en las pacientes no embarazadas (23).

Si bien ya se mencionó antes en esta revisión que la gestación tiene un impacto, en general negativo sobre la actividad sexual de las mujeres, este no es el mismo a lo largo del embarazo ni para todos los componentes de dicha respuesta. (23)

3.10.1 Primer trimestre. Se ha reportado que durante este periodo hay una disminución del 40% en la actividad sexual con una satisfacción manifestada de 35%, llegando a una prevalencia global de de disfunción sexual hasta del 36.8%. (24)

3.10.2 Segundo trimestre. Durante este trimestre se ha descrito un aumento en el interés sexual por parte de la mujer, esto se cree debido a la aceptación de la gestación, mayor confianza y mejoría en síntomas propios del embarazo, con una prevalencia para este periodo de 31.2%. (24)

3.10.3 Tercer trimestre.. En el último trimestre del embarazo suele haber una disminución del 75% deseo sexual con un decremento en la satisfacción al 55%. (24). Este fenómeno se ha explicado por cambios en el estado de ánimo, dificultad por el volumen abdominal y temores acerca del bienestar del producto. (24)

En este periodo existe una diferencia en el comportamiento sexual entre primíparas y multíparas, siendo mayor la disminución de la actividad sexual en el primer grupo, en su estudio Galazka y col., describen una disminución de la actividad sexual en un 56.8% para las primigrávidas Vs 52% para las multigestantes, con una diferencia significativa únicamente en los ítems relacionados con la disfunción orgásmica 52% Vs 35% (P:0.04) y la satisfacción 39% Vs 23% (P:0.05). (24)

3.11 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS DURANTE EL EMBARAZO QUE INFLUYEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL

Durante la gestación existe cambios fisiológicos con el objetivo de preparar a la mujer para la gestación, el parto y la lactancia, pero son algunos de estos cambios los que hacen que se vea afectada la función sexual.(24) Dentro de los cambios importantes se pueden enumerar los siguientes:

- Aumento de peso: el cual genera una distorsión en la autopercepción de la mujer disminuyendo su confianza además de poner un grado de dificultad para gran variedad de movimientos y posiciones, lo que hace sentir a la mujer frustrada. (3)
- Cambios hormonales: aumento estrógenos, progesterona y prolactina, lo que genera nauseas, aumento sensibilidad mamaria, fatiga y ansiedad. (3)
- Cambios en el estado del ánimo: el viraje del estado emocional de la paciente gestante es secundario a los cambios hormonales, favoreciendo así un

ambiente hostil en el cual la mujer no se siente cómoda para iniciar actividades de tipo sexual.(25)

- Síntomas urinarios: algunos autores han documentado la asociación entre síntomas urinarios de tipo incontinencia, de predominio al finalizar el embarazo, con el aumento de la disfunción sexual. (25)
- Lumbalgia: secundaria a la hiperlordosis y el peso generado por el aumento progresivo del útero y feto, la lumbalgia impide algunas posiciones durante la relación sexual y generan en la paciente temor al dolor que esta les puede generar. (25)
- Sensibilidad del clítoris: referida hasta en el 94% de las gestantes como disminuida. (25)
- Disminución del tono del piso pélvico: lo que genera dificultad para la adaptación del piso pélvico que permite la formación de la plataforma orgásmica. (25)

3.12 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL EMBARAZO

Se han descrito múltiples factores que aumentan la probabilidad de una gestante de presentar alteraciones en la función sexual o aumento en la severidad de problemas previos. Dentro de estos se enumeran el bajo estrato socioeconómico, religión y las creencias socioculturales acerca de la relación sexual en esta etapa de la vida, el desconocimiento de este tema, la historia obstétrica como factores que hacen clasificar la gestación como de alto riesgo obstétrico, la dinámica y comunicación de pareja, edad gestacional y la escala de valores de formación de la paciente.

(26)(25)(9).

3.13 INFLUENCIA COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL COMPAÑERO DURANTE EL EMBARAZO

Si bien la gestación representa para la mujer un desafío tanto físico como psíquico y afectivo, los temores y cambios en la pareja también influyen en las conductas sexuales. (22)

La gran mayoría de estudios se han dedicado a evaluar la función sexual femenina durante la gestación, sin embargo existen algunos que sugieren que el varón tiende también a disminuir su actividad sexual en general por temor a lastimar el feto o generar una pérdida del producto. Dentro de los factores asociados a la disminución de la actividad sexual por el hombre durante la gestación se han descritos por Sapien es ser mayor de 40 años, llevar más de cinco años de matrimonio, tener compañera extramatrimonial y tener una visión negativa de la relación sexual durante el embarazo, hallazgos descritos por en un estudio en el 2011 realizado en ciudad de México en donde se entrevistaron hombres entre 23 y 35 años el cual fué (27).

3.14 ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

A lo largo de la historia se han desarrollado múltiples instrumentos con el fin de evaluar la respuesta sexual femenina y su grado de funcionalidad, el más usado es la escala de función sexual femenina (The Femal Sexual Fuction Index FSFI) publicado en el año 2000, escala que contiene 19 preguntas, a cada una se le asigna un puntaje, los cuales al final se computan y según el resultado se define la funcionalidad o no de la mujer en cuanto a su respuesta sexual. El punto de corte para hablar de disfunción es de 26 puntos, basado en los estudios realizados por Wiegel y col., quienes describieron que con esa puntuación el 70.7% de las

mujeres con disfunción sexual y el 88.1% de las mujeres con adecuada función sexual fueron clasificadas de manera correcta (1).

El FSFI es un cuestionario autoadministrado con 19 preguntas de selección múltiple, cada una de ellas con 6 opciones de las cuales la mujer debe escoger la que mejor describa su situación durante las últimas 4 semanas. (28)

El cuestionario se subdivide en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; como se describe en la tabla No 1. Cada uno de los dominios consta de un número de preguntas entre 2 y 3 con puntajes que oscilan entre 0 a 5.

Tabla 1.. Subgrupos del FSFI

DOMINIMO	PREGUNTAS	PUNTAJE
DESEO	1-2	1-5
EXCITACIÓN	3-6	0-5
LUBRICACIÓN	7-10	0-5
ORGASMO	11-13	0-5
SATISFACCIÓN	14-16	0-5
DOLOR	17-19	0-5

El FSFI ha sido validado en múltiples estudio, para el idioma español fue validado en el año 2004 en un estudio que se llevó a cabo entre 383 mujeres entre 20- 59 años, aplicando la técnica de traducción reversa, en dicho estudio se logró obtener una consistencia interna mayor de 0.7, con lo anterior los autores llegan a la conclusión de que la FSFI es una escala sencilla de aplicar con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar función sexual en cualquier momento de la vida femenina.(20)

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La gestación aumenta la prevalencia de disfunción sexual femenina?

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Establecer si el embarazo modifica la prevalencia o severidad de la disfunción sexual femenina en gestantes de bajo riesgo.

5.2 ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y sus subtipos en el momento pregestacional y durante cada trimestre del embarazo.
- Determinar la severidad de la disfunción sexual global femenina tanto pregestacional como durante cada trimestre del embarazo.
- Establecer la incidencia de disfunción sexual femenina y sus subtipos durante el embarazo.
- Describir la prevalencia de los factores de riesgo conocidos para desarrollar disfunción sexual femenina durante la gestación.

6. METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO

Estudio ambispectivo y analítico de cohorte con autocontroles.

6.2 POBLACIÓN ESTUDIO

Gestantes de bajo riesgo obstétrico en primer trimestre del embarazo al momento del ingreso al estudio.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN A LA COHORTE

- Mujeres con edad gestacional menor a 14 semanas al ingreso al estudio
- Edad entre los 18 y los 35 años
- Que la gestación se hubiera clasificado como de bajo riesgo obstétrico, definido como no tener antecedente de terapia reproductiva, diabetes pregestacional y gestacional, trastornos hipertensivos crónicos o asociados al embarazo, índice masa corporal mayor a 30, edad materna igual o mayor de 36 años, antecedente de preeclampsia, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune o hematológica, abortadora habitual, amenaza de aborto, infección por VIH o hepatitis, enfermedad o malformaciones maternas cardiovasculares, alteraciones anatómicas o funcionales de sistema urinario.
- Asistir a control prenatal en una institución de salud del área metropolitana de Bucaramanga.
- Manifestar tener vida sexual activa con pareja heterosexual al momento del ingreso.

- No uso de medicaciones o sustancias que afectaran la función sexual.
- Saber leer y escribir.
- No presentar alteración de los órganos de la visión que limiten el diligenciamiento del instrumento
- Embarazo no hubiera sido producto de abuso sexual.
- Tener compañero sexual estable que fuese el padre de la gestación durante la cual fueron seguidas.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEFINITIVOS

La mujer que durante el seguimiento retiraron el consentimiento informado.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL SEGUIMIENTO

- Desarrollar una condición que clasifique la gestante como alto riesgo obstétrico
- Imposibilidad para seguimiento por cambio de ciudad de residencia
- Inicio de fármacos o sustancias que modificaron la respuesta sexual
- Gestante que no desearon continuar en el estudio pero autorizaron el uso de los datos recolectados previamente
- Perdieron o cambiaron de compañero sexual durante el seguimiento
- Perdieron la gestación o terminaron esta antes de completar las mediciones
- Muerte materna

6.6 HIPÓTESIS Y CÁLCULO DE MUESTRA

La gestación tiene impacto sobre la función sexual femenina aumentando la prevalencia de disfunción sexual hasta en 2.5 veces (23). La tabla No. 2 muestra los distintos tamaños de muestra que se requieren según distintas prevalencias e

incrementos con $\alpha=0.05$ y $\beta=0.20$. En base a la hipótesis anterior y el cálculo de muestra hecho hemos decidido tomar una muestra al menos de 45 gestantes, más un 10% para compensar posibles pérdidas; estableciéndose un tamaño final de 50 gestantes.

Tabla 2. Tabla de poder usada para el cálculo del tamaño de muestra

PREVALENCIA DE BASE	INCREMENTO DE LA PREVALENCIA			
	1.5	2.0	2.5	3.0
15%	451	134	68	42
20%	313	91	45	28
25%	231	66	32	19
30%	176	49	23	13

6.7 VARIABLES

Tabla 3. Descripción de variables

DISFUNCIÓN SEXUAL EN GESTANTES DE BAJO RIESGO				
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MÉTODO DE RECOLECCIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	POSIBLES VALORES
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento	Dato aportado por la gestante	Cuantitativa discreta	1, 20, 35, 50...
Ocupación	Oficio ejercido por la gestante	Dato aportado por la gestante	Categorica nominal	-99: sin datos 1: hogar 2: empleada 3: Independiente 4: estudiante
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Dato aportado por la gestante	Categorica nominal	-99: no datos 1: casada 2: soltera 3: unión libre 4: divorciada – separada 5: viuda
Índice de masa corporal (Kg/m ²)	Cociente del peso en Kg/talla en m ²	Tomado del carnet de control prenatal que tiene cada gestante	Cuantitativa continua	15, 23, 30...
Religión	Conjunto de creencias religiosas	Dato aportado por la gestante	Categorica nominal	-99: sin dato 1: católica 2: cristiana

				3: agnóstica 4: atea 5: musulmana 6: budista 7: otras
Grado de religiosidad	Vivencia íntima y muy personal de cualquier relación con un ser superior (espiritualidad)	Dato obtenido de la escala de Francis-5	Cuantitativa discreta	1,2,20
Estrato socioeconómico	clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Dato aportado por la gestante	Cualitativa ordinal	1,2,3,4,5 o 6.
Personas con quien convive	Número de personas con las que comparte la vivienda aparte del cónyuge	Dato aportado por la gestante	Cuantitativa continua	1,4,5,8,10....
Paridad	Número de gestaciones	Dato aportado por la gestante	Catagórica ordinal	-99: sin dato 1: primigestante 2: multigestante
Edad gestacional	Tiempo de gestación medido en semana y días calculados desde la fecha de la última menstruación o en base a la primera ecografía.	Calculado con la primera ecografía que aporte la gestante	Cuantitativa continua	1,2+1, 4, 13+6, 30, 36+5.....
Embarazo deseado	Búsqueda de la gestación actual	Dato aportado por la gestante	Catagórica nominal	-99: sin dato 1: si 2: no
Embarazo planeado	Planeamiento de la gestación actual	Dato aportado por la gestante	Catagórica nominal	-99: sin dato 1: si 2: no
Opinión del compañero frente a relaciones sexuales durante el embarazo	Aceptación del compañero a mantener actividad sexual durante la gestación	Dato aportado por la gestante	Catagórica nominal	-99: sin dato 1: si 2: no
Puntaje FSFI preconcepcional	Calificación obtenida por la gestante en el índice de función sexual femenino al ser evaluada la función sexual previa a esta gestación	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Catagórica ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: disfunción tipo excitación 3: disfunción tipo orgásmica 4: disfunción tipo dolor
Puntaje FSFI trimestre	Calificación obtenida por la gestante en el índice de función sexual femenino al ser evaluada	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Catagórica ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: disfunción tipo excitación 3:

	la función sexual desde semana 1 hasta 13+6 semanas			disfunción tipo orgásmica 4: disfunción tipo dolor
Puntaje FSFI II trimestre	Calificación obtenida por la gestante el índice de función sexual femenino al ser evaluada la función sexual durante la semana 14 a la 27+6 semanas	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: disfunción tipo excitación 3: disfunción tipo orgásmica 4: disfunción tipo dolor
Puntaje FSFI III trimestre	Calificación obtenida por la gestante en el índice de función sexual femenino al ser evaluada la función sexual desde la semana 28 hasta el momento del nacimiento	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: disfunción tipo excitación 3: disfunción tipo orgásmica 4: disfunción tipo dolor
Satisfacción pregestacional	Calificación del dominio pregestacional	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: anormal
Satisfacción I trimestre	Calificación del dominio I trimestre	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: anormal
Satisfacción II trimestre	Calificación del dominio II trimestre	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: anormal
Satisfacción III trimestre	Calificación del dominio III trimestre	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99: sin dato 1: normal 2: anormal
Severidad I trimestre	Cambio en la calificación obtenida por la gestante en el FSFI en el I trimestre con respecto al pregestacional	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99 sin dato 1: sin cambio 2: disminución
Severidad II trimestre	Cambio en la calificación obtenida por la gestante en el FSFI en el II trimestre con respecto al pregestacional	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99 sin dato 1: sin cambio 2: disminución
Severidad III trimestre	Cambio en la calificación obtenida por la gestante en el FSFI en el III trimestre con respecto al pregestacional	Dato tomado del cuestionario del FSFI diligenciado por la gestante	Categórica del ordinal	-99 sin dato 1: sin cambio 2: disminución

6.8 PROCEDIMIENTOS

Una vez se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Industrial de Santander, se procedió a la entrega del protocolo en el hospital San Juan de Girón en donde las directivas dieron aval para iniciar la recolección de gestantes bajo el convenio docente asistencial de dicha institución con la Universidad Industrial de Santander. Se realizó enlace entre el personal encargado de la primera consulta de control prenatal, enfermera jefe, la bacterióloga encargada de la realización de las pruebas de embarazo y la persona administrativa encargada de dar las citas de control prenatal con los investigadores, manera en que se identificó a la población susceptible de participar en el estudio; cabe recalcar que para el presente estudio no se requirió acceder a datos de las instituciones donde se realizará la toma de la muestra, ya que estos fueron aportados por las participantes al diligenciar los instrumentos durante las tres entrevistas. Posteriormente las gestantes fueron captadas en la consulta de control prenatal de bajo riesgo del hospital San Juan de Dios de Girón donde por medio del investigador se obtuvo el consentimiento informado, previa explicación del estudio. Lo anterior se realizó en un espacio privado, consultorio u oficina, garantizando así la privacidad de la gestante.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la participante ninguno de los instrumentos o consentimiento informado contenía información que permitiera identificar a la gestante, dichos documentos se rotularon con un código el cual se encontraba relacionado con los datos de la gestante en un documento de Excel encriptado, con el objetivo de contar con datos de contacto de las participantes para la segunda y tercera evaluación.

Posterior a la firma del consentimiento, se le aplicó el instrumento No1, este fue de diligenciamiento por la gestante, sin la intervención del psicólogo o el investigador; los cuales estuvieron presentes en la institución durante la aplicación del

instrumento para dar manejo a circunstancias o reacciones adversas que este puedan haber generado en las participantes.

En la primera entrevista la cual se realizó por debajo de las 14 semanas de gestación, se aplicó el instrumento No1 para evaluar la función sexual previa a la gestación (últimas 4 semanas) y durante el primer trimestre. Con el fin de evaluar la función sexual durante los siguientes dos trimestres se le aplicó el instrumento No.2 posterior a la consulta de control prenatal.

Al finalizar el diligenciamiento de los instrumentos cada gestante depositó el mismo en un sobre sellado, garantizando la confidencialidad de los datos.

Las gestantes quienes durante el seguimiento se detectaron con alteraciones de la función sexual fueron direccionadas con remisión a su entidad de salud para una consulta de psicología y ginecología 12 semanas postparto, basados en la alta probabilidad de que la disfunción, generada o exacerbada por la gestación, resolviera de manera espontánea junto con la resolución de los cambios propios de la gestación posterior al puerperio. (29)

6.9 INSTRUMENTO RECOLECTOR

Ver anexo 1 y anexo 2.

6.10 ANÁLISIS DE DATOS

Para las variables cualitativas se realizó un análisis en proporciones y razones; las variables cuantitativas fueron analizadas en medidas de tendencia central y dispersión, media y desviaciones estándar o mediana y rangos intercuartiles.

En cuanto al puntaje de la escala FSFI se procedió de dos maneras. En la primera se estimó la proporción de gestante que tengan disfunción sexual, definida ≤ 26.5 puntos, antes del embarazo y en cada trimestre. La variación por cada trimestre en esta proporción se evaluó por medio de la prueba binomial pareada. La segunda estrategia se hizo con el puntaje pregestacional y en cada trimestre, tanto el general de la escala FSFI así como el subpuntaje de cada dominio, en donde se comparó frente al puntaje previo al embarazo, adicional se analizaron la proporción de disfunción en general y para cada dominio, usando un puntaje igual o menor a 5 puntos en el dominio de satisfacción como indicador del impacto negativo en la calidad de vida de las participantes; este análisis se utilizó por medio de pruebas condicionales dado que cada gestante fué su propio control, sea por medio de pruebas paramétricas (prueba t para datos apareados) o no paramétricas (prueba de rangos Wilcoxon para datos apareados). Finalmente, se procesaron los datos con regresión lineal múltiple en el que se buscó el mejor modelo que explicase el potencial cambio del puntaje desde el valor previo a la gestación y cada trimestre evaluado; es posible que esta estrategia se complemente con análisis de varianza o covarianza en la medida que se cumplan los supuestos estadísticos. En todos los casos se aceptará como significativo si $\alpha < 0.05$.

6.11 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, se consideró que el presente estudio representaba riesgo mínimo para la salud e intimidad de las gestantes participantes ya que utilizaba procedimientos como pesar y mediar las gestantes, además de la aplicación del instrumento el cual trataba aspectos sensitivos de la conducta de las mujeres participante. Según la clasificación de riesgo de este estudio se hizo necesario el diligenciamiento,

previa explicación, de consentimiento informado por escrito donde se obtuvo la autorización de la gestante a la recolección almacenamiento y análisis de datos; dicho consentimiento podía ser retirado por la gestante en cualquier momento del estudio con la posibilidad de hacer un disentimiento para continuar en el estudio e inclusive una negativa al análisis de los datos obtenidos en evaluaciones previas.

Basados en los principios éticos de la declaración internacional de Helsinki, modificada en el 2001, los investigadores decidieron asignar un código único a cada gestante con el cual fueron identificados dentro de la base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las 4 mediciones(dos durante la primera evaluación y dos en mediciones adicionales), adicionalmente no se mencionó la identificación de ninguna de las participantes en ningún aparte del proyecto ni se mencionará en las publicaciones que de este resulten. La información en particular de cada gestante no se reveló a ningún individuo diferente al investigador entendiéndose por personal diferente tanto al compañero de la gestante, sus familiares como personal de salud implicado en su atención pero ajeno al proyecto.

Para preservar el principio de justicia se planteó un trato cortés e imparcial a todas las gestantes; adicionalmente las gestantes tenían la libre elección de ingresar o retirarse del proyecto, previo conocimiento del protocolo y sus implicaciones.

En cuanto al principio de autonomía las participantes dentro de su libre albedrio no fueron coaccionadas para la toma de sus decisiones, lo que dejó en libertad para ingresar o retirarse del estudio de ser considerado pertinente por la gestante.

En tanto al consentimiento informado este presentaba una descripción detallada del estudio, su objetivo, procedimiento a realizar, beneficios y riesgos. Además exponía a las gestantes su derecho a retirarse del estudio sin que esto afecte su control prenatal, con lo que se garantizó el principio de autonomía.

En vena del principio de beneficencia y no maleficencia el instrumento fue aplicado a las gestantes por personal capacitado acerca del tema y al detectarse alteraciones las gestantes fueron asesoradas acerca de la posibilidad de que se tratara de un trastorno transitorio y de no ser así se les indicó una consulta por personal experto, en el tema, la cual se hizo por medio de remisión a su entidad de salud ya que esta conducta se consideró la habitual para las gestantes con patologías de esta índole.

Dentro de los posibles riesgos de la presente investigación se encontraban las molestias que podían presentar en las participantes al enfrentarse a un cuestionario que indagaba acerca de prácticas sexuales en su vida íntima; las cuales posterior a la entrega del formulario completamente diligenciado fueron resueltas por el investigador a fin de que no fuese creado un impacto negativo.

En cuanto a los beneficios se consideró que el conocimiento extra que se generaría en cada gestante acerca de su sexualidad al resolver las diferentes encuestas le podría aportar un mayor entendimiento de la respuesta sexual femenina. Adicionalmente el presente estudio permitiría sensibilizar a la comunidad médica acerca de la importancia de abordar esta temática en la consulta de control prenatal.

Ninguno de los investigadores participantes en el estudio recibió beneficios económicos por el trabajo durante el desarrollo del presente estudio. Se declaró no existía conflicto de interés de ninguno de los participantes.

Así se concluyó no se encontraron inconvenientes con la preservación de los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía en las gestantes que participaron de este estudio.

7. IMPACTO

Las alteraciones de la función sexual son consideradas entidades que afectan la calidad de vida y según los antecedentes de variación entre las diferentes poblaciones, ya sea por factores socioculturales y étnicos, es de importancia conocer la prevalencia local para plantear políticas de salud pública que permitan identificar y mejorar dichos problemas.

Tomando como base en el anterior planteamiento y desconociendo la magnitud del problema en nuestro medio por falta de estudios, nos propusimos estudiar el comportamiento de la función sexual femenina durante la gestación; lo que permitiría conocer la dimensión del problema y plantear intervenciones que lo modifiquen.

8. RESULTADOS

De 4320 gestantes atendidas en el servicio de consulta externa del hospital de Giron, Santander, durante el periodo de observación, 64 cumplían los criterios de inclusión, pero dos no aceptaron participar en el estudio. **Figura 2.** 50 gestantes fueron seguidas hasta el final del embarazo; las restantes 12 no lo fueron, ya que 3 pasaron a ser embarazos de alto riesgo, 2 tuvieron pérdida gestacional, 1 dejó de tener pareja y 6 no fue posible contactarlas durante el seguimiento.

Las características sociodemográficas de las 62 pacientes incluidas en el estudio se describen en la **tabla 4.**

Tabla 4. Características sociodemográficas de las gestantes incluidas en la cohorte

Característica	Medida
Edad* (años)	22 (20 a 26)
IMC* (Kg/m²)	21 (20 a 25)
Primigestante	38 (61%)
Practicantes alguna religión	59 (95%)
Estrato socioeconómico bajo	53 (85%)
Ocupación**	
Profesionales de alto nivel	2
Profesionales de nivel medio	5
Técnicos y tecnólogos	4
Atención al público	12
Oficios de construcción y artes manuales	1
Oficios no calificados y vendedores informales	2
Oficios del hogar	34
Estudiantes	2
Personas a cargo*	3 (1 a 4)
Gestación planeada	34 (54%)
Gestación aceptada	54 (90%)

*mediana y rango intercuartil ** número de participantes

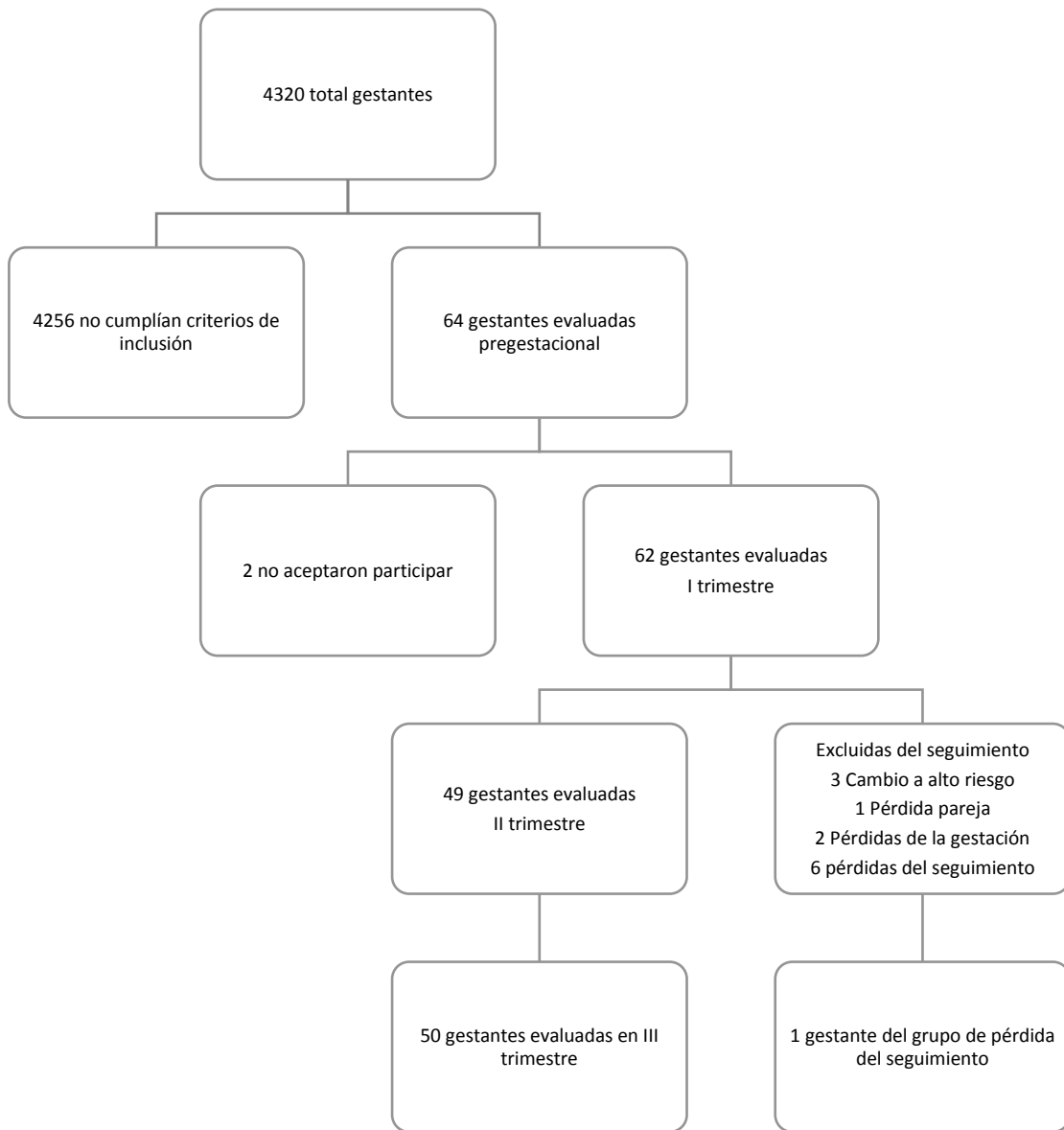


Figura 2. Proceso de captación y seguimiento de las pacientes estudiadas

El promedio de edad fue de 22 años; el 61% fueron primigestantes y 95% practicaban algún tipo de religión, con mediana de religiosidad de 20 puntos en la escala de FRANCIS (rango intercuartil 18 a 20).

La ocupación más reportada fue la relacionada con oficios del hogar seguida de la atención al público. A pesar que solo el 54% de las gestaciones fueron planeadas, el 90% fueron aceptadas.

La función sexual durante la dase pregestacional fue interpretada como normal en 80% de los casos y disminuyó a 45% durante el primer trimestre, 44% para II trimestre y 46% para el III trimestre; variación que es significativa estadísticamente (P 0.005). Los puntajes totales y para cada dominio en los diferentes momentos se encuentran en la **tabla 2**.

Del total de las gestantes evaluadas en el momento pregestacional el 20% evidenciaban disfunción sexual pregestacional según la FSFI (puntajes menores a 26.5) pero solo el 8% de ellas manifestaron sentirse insatisfechas con su función sexual previa al embarazo. En el primer trimestre según el FSFI el porcentaje de disfunción sexual aumentó a 55% porcentaje, que se mantuvo sin variación significativa en los siguientes trimestres. Del grupo de gestantes con disfunción sexual, según puntaje del FSFI, solo el 13% declararon insatisfacción con su función sexual en el primer, porcentaje que bajó al 4% en el segundo trimestre, para finalmente aumentar al 10% en el último trimestre del embarazo; Sin embargo no se evidenció diferencia significativa durante los diferentes momentos evaluados con la medición pregestacional con respecto a la satisfacción. (P 0.42).**Figura 3**.

La mediana y el recorrido intercuartil de las mediciones del puntaje total del FSFI y el puntaje para cada dominio se encuentran relacionados en la **tabla 5**. El

comportamiento de la función sexual en cada una de las mediciones, para el puntaje total y los dominios del FSFI se encuentran en las **Figuras 4 y 5**.

Al evaluar los dominios de la escala se encontró que el único que evidenciaba cambio significativo y que generaba inconformidad, con respecto al periodo pregestacional fue el del deseo sexual (P 0.02). **Tabla 6**.

Ninguna de las participantes manifestó molestias o conflicto con su pareja derivadas de la aplicación del cuestionario del FSFI. El total de las gestantes que presentaban disfunción sexual en la última medición fueron direccionadas, por medio de su seguridad social, para una valoración por psicología 12 semanas postparto.

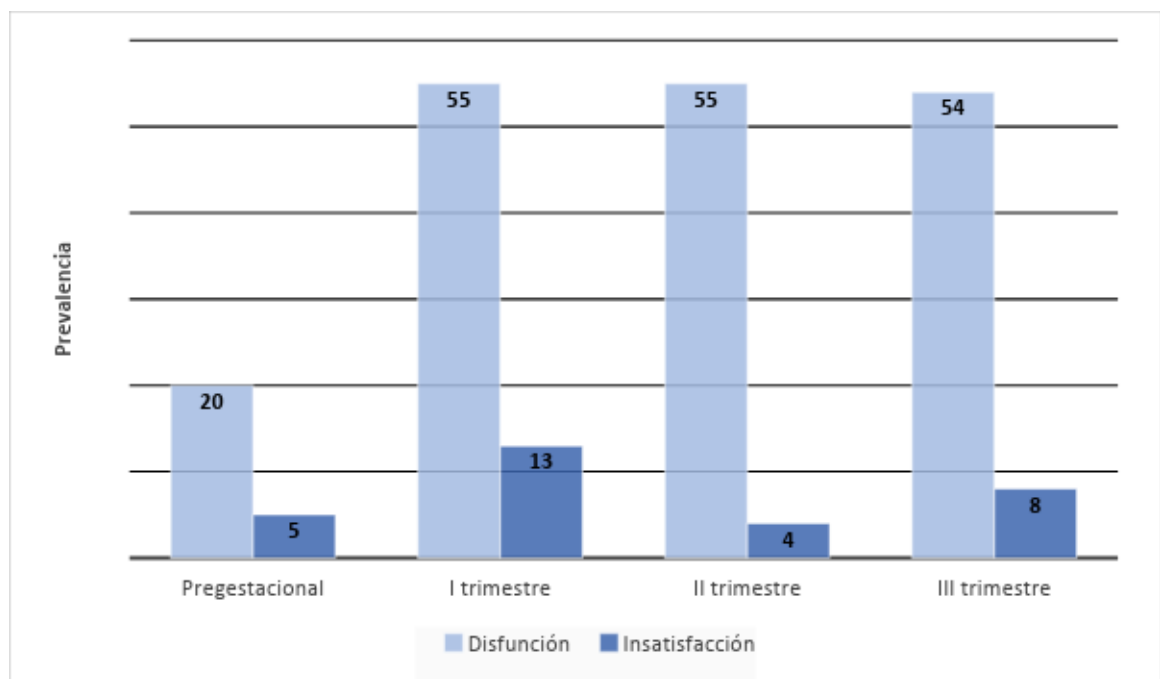


Figura 3. Prevalencia de disfunción sexual (FSFI <26.5) y de insatisfacción con su función sexual pregestacional y durante el embarazo. (en porcentaje)

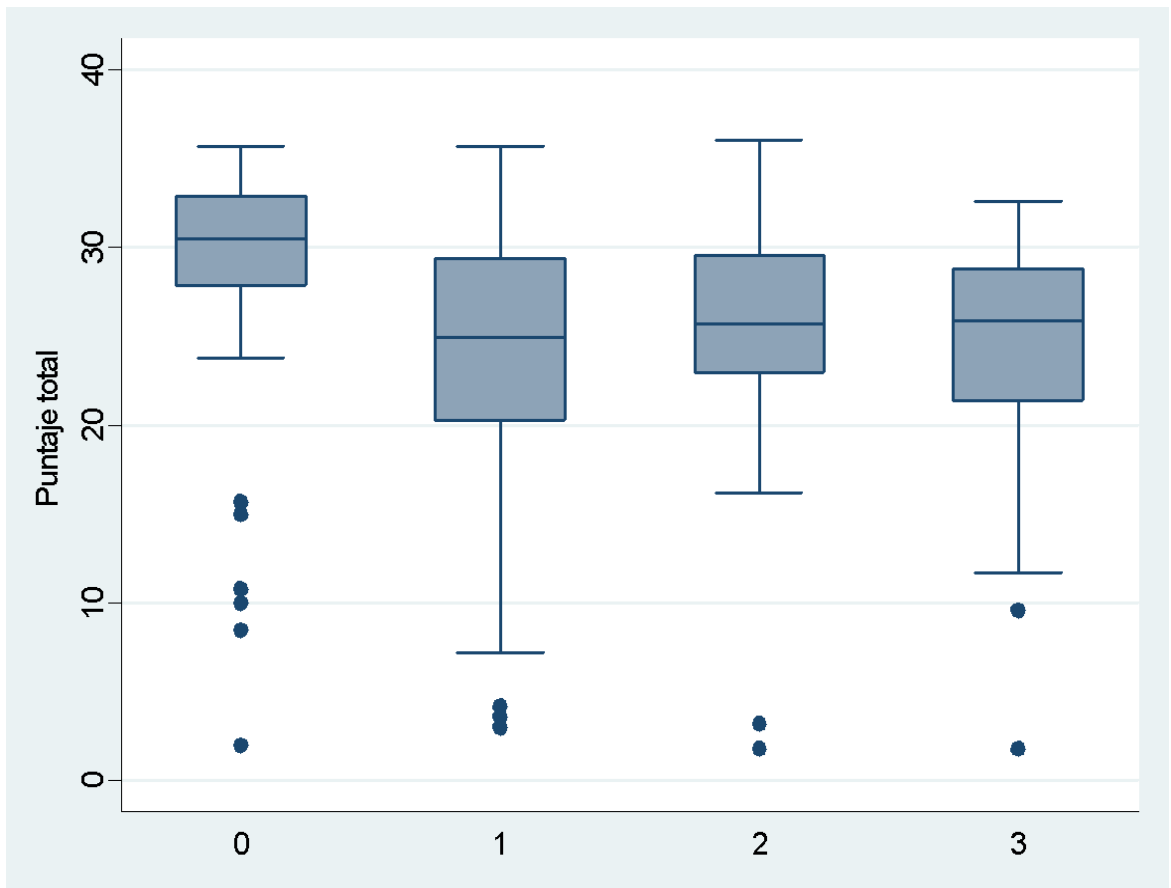


Figura 4. Puntaje total FSFI en las mediciones pregestacional y durante el embarazo.

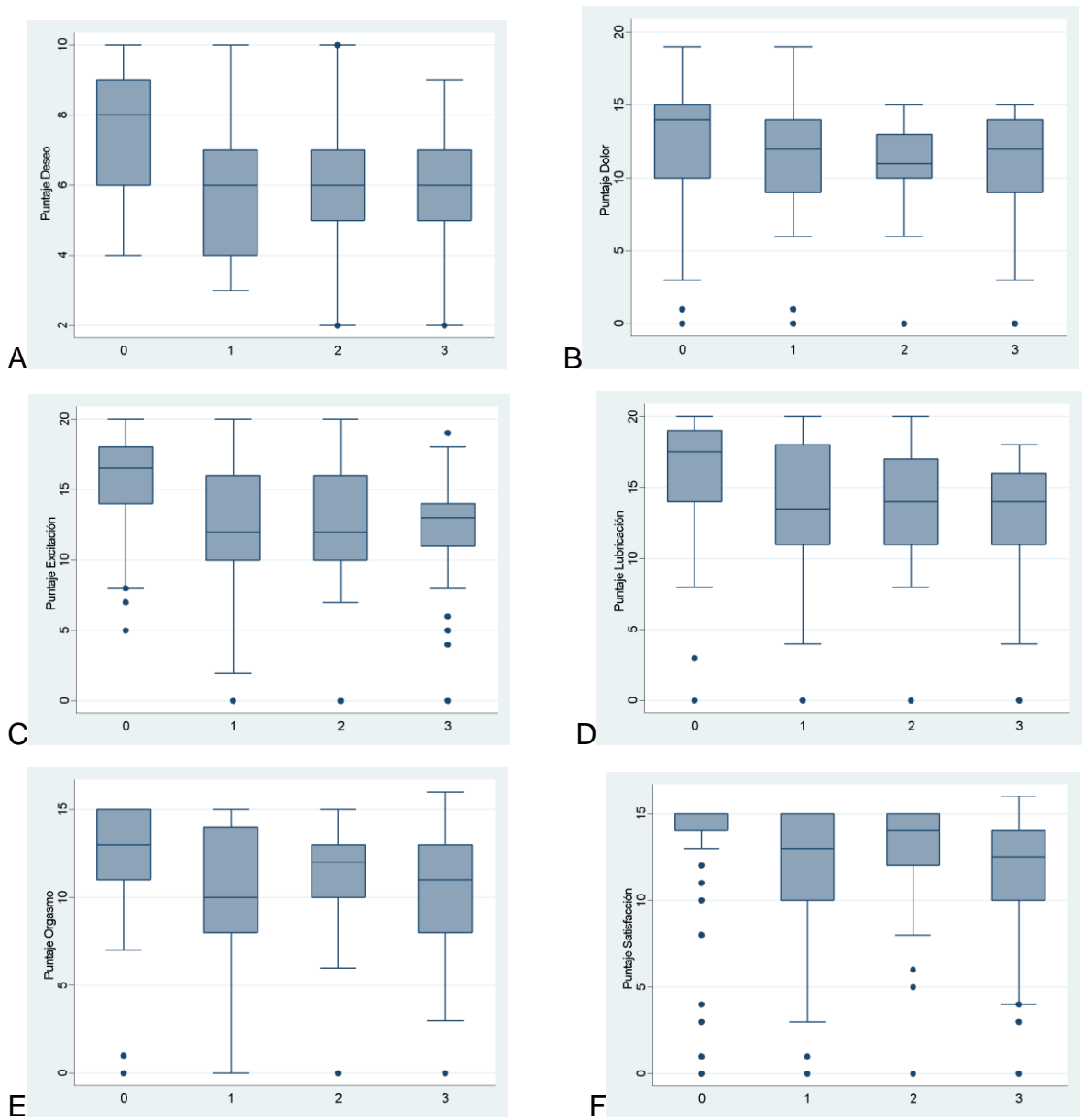


Figura 5. Puntaje de los dominios del FSFI pregestacional y durante la gestación. A. deseo B. dolor C. excitación D. lubricación E. orgasmo y F satisfacción.

Tabla 5. Puntajes FSFI pregestacional y para cada trimestre del embarazo en las mujeres incluidas en la cohorte

Momento	Puntaje (mediana e IRQ)						
	Total	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
Pregestacional	31 (28 a 33)	8 (6 a 9)	16 (14 a 18)	17.5 (14 a 19)	13 (11 a 15)	15 (14 a 15)	14 (10 a 15)
I trimestre	25 (20 a 29)	6 (4 a 7)	12 (10 a 16)	14 (11 a 18)	10.0 (8 a 14)	13 (10 a 15)	12 (9 a 14)
II trimestre	26 (23 a 30)	6 (5 a 7)	12.0 (10 a 16)	14 (11 a 17)	12 (10 a 13)	14 (12 a 15)	11 (10 a 13)
III trimestre	26 (21 a 29)	6 (5 a 7)	13 (11 a 14)	14 (11 a 16)	11 (8 a 13)	12 (10 a 14)	12 (9 a 14)
Valor de p	0.005	0.19	0.27	0.17	0.13	0.10	0.61

Tabla 6. Proporción de disfunción sexual general y de cada dominio.

Momento	Prevalencia de disfunción	Prevalencia de disfunción por cada dominio					
		Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
Pregestacional	12 (20%)	2 (3%)	1 (1%)	2 (3%)	3 (5%)	5 (8%)	5 (8%)
I trimestre	34 (55%)	18 (29%)	5 (8%)	6 (9%)	7 (11%)	8 (13%)	6 (10)
II trimestre	27 (54%)	10 (20%)	2 (4%)	2 (40%)	2 (4%)	2 (4%)	2 (4%)
III trimestre	27 (54%)	11 (22%)	3 (6%)	2 (4%)	3 (6%)	4 (8%)	4 (8%)

9. DISCUSIÓN

Este estudio mostró que la función sexual se modifica durante la gestación con deterioro en el puntaje global del FSFI para cada uno de los momentos evaluados, con una caída la mediana del puntaje global de 31 a 25 en el primer trimestre, caída que persiste durante las tres mediciones realizadas durante la gestación; sin embargo esta disminución no representó una disfunción clínica ya que el porcentaje de mujeres que manifestaron insatisfacción con su desempeño sexual no mostró cambio significativo durante los cuatro momentos evaluados, siendo 8% en la medición pregestacional con igual valor para la del tercer trimestre.

Los resultados encontrados en este estudio son similares a los reportados por la literatura tanto latinoamericana como mundial, a pesar, de las debilidades identificadas como el bajo porcentaje de participación de gestantes de estratos socioeconómicos altos; ya que como fue reportado por Bustos y Col. en el año 2018 la mediana del puntaje del FSFI en mujeres de estrato socioeconómico alto es significativamente mayor que el de las que viven en estratos bajo e incluso en pobreza extrema, 30.8, 25.3 y 21.8 respectivamente $P < 0.0025$ (30). Así mismo la escasa participación de gestantes de estrato socioeconómico alto podría afectar la validez de nuestros resultados en poblaciones que presenten esta característica. El análisis de variables confusoras como: IMC, edad, estrato socioeconómico, paridad, embarazo aceptado y planeado, no fueron evaluadas como factores independientes, dado no estaban contempladas dentro del objetivo y diseño de nuestro estudio. (30). Otra de las variables relacionada, por la literatura, con la disfunción sexual femenina es el grado de religiosidad; factor que se intentó explorar en el estudio, pero dado cerca del 75% de las participantes se declararon con algo grado de religiosidad no es posible explorar el impacto de este factor tanto en el puntaje total del FSFI como en sus dominios, especialmente el que

evalúa la satisfacción, recordando que la insatisfacción es considerado criterio fundamental para el diagnóstico de disfunción sexual (7,8,23).

Durante el seguimiento se presentó una pérdida del 20% de la población de la cohorte lo que consideramos posible sesgo de selección, el cual se evaluó al comparar las características sociodemográficas u obstétricas de las gestantes que se logró completar el seguimiento y las que fueron reportadas como pérdidas durante el seguimiento; se encontró que no existía diferencias significativas entre estos dos grupos.

Dentro de las fortalezas del estudio se encuentran haber usado el índice de Función Sexual Femenina (FSFI), escala validada en el idioma español y en población Colombiana (20, 31); así mismo la captación y el seguimiento de las gestantes fue realizado por un profesional en psicología, previamente capacitado por un ginecólogo magister en salud sexual y sexología clínica; en un espacio del Hospital de Girón designado únicamente para la captación de gestantes donde se preservaba la privacidad, para el diligenciamiento del cuestionario por parte de las mismas.

Los hallazgos de nuestro estudio son concordantes con lo reportado por Seven y col. en el 2015 y Galazka y col en el 2014 quienes encontraron un aumento significativo de la disfunción sexual femenina durante la gestación con respecto a la pregestacional. A pesar de que en nuestro estudio se evidenció la misma diferencia, el grado de insatisfacción documentado entre las gestantes evaluadas con respecto a su desempeño sexual no mostró modificación estadísticamente significativa, debido a que no documentamos impacto negativo sobre la percepción de la función sexual de nuestras gestantes hemos planteado en nuestros estudio no se demostró un aumento significativo en cuanto a disfunción clínica (23,24).

Por otro lado, Corbacioglu y col en el 2013 describieron un aumento de las mujeres que cesaban la actividad sexual durante la gestación, lo que solo era significativa para el tercer trimestre del embarazo, evento influenciado por la disminución de la actividad sexual por parte del compañero, debido al temor a presentar complicaciones en la gestación derivadas de esta práctica, la disminución de la actividad sexual del compañero fue un factor no explorado en nuestro estudio (32); otro de los factores no evaluados y que han mostrado diferencia significativa durante el embarazo es la frecuencia de la actividad sexual de la gestante, la cual se ha demostrado disminuye a medida que avanza el embarazo generando un impacto negativo en la función sexual femenina, fenómeno reportado por Ninivaggio y col en el 2017, con un porcentaje de actividad sexual para el primer trimestre del 94%, segundo trimestre 90% y del 77% para el tercer trimestre ($P < 0.001$) (23,32,33)

Dado que este estudio no fue diseñado para evaluar la variación de la función sexual femenina en relación con los factores sociodemográficos descritos en la literatura como de riesgo o protectores para el desarrollo de disfunción sexual. Se recomienda la realización de otros estudios para determinar la relación de las características, tanto sociodemográficas como obstétricas, con la variación en el puntaje del FSFI y sus dominios; con el fin de establecer su impacto en la función sexual de la gestante.

10. CONCLUSION

La gestación genera una caída significativa del puntaje general de Índice de Función Sexual Femenino (FSFI) sin que esto represente una disfunción sexual clínica; dado que el grado de satisfacción en el desempeño sexual se mantienedurante todo el embarazo sin cambios relevantes con respecto a su estado pregestacional. Por tanto, no se evidenció impacto negativo del embarazo sobre la función sexual femenina.

BIBLIOGRAFÍA

Alzate, H. Sexualidad humana. 2a ed. Ed. Temis; 1987.

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. V asociación americana de, editor. 2014. 423-450.

Basson R. Human sexual response. Neurology of Sexual and Bladder Disorders. Handbook of Clinical Neurology. 2015;103(3):11-8.

Berg KO, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. International Journal of Impotence Research (2004) 16, 261–269

Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. REV CHIL OBSTET GINECOL.

Bustos G, Perez V. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule Relationship between psychosocial factors and the Female Sexual Function Index in the rural population of the commune of Teno, Región del Maule, Chile. Perinatología y Reproducción Humana. 2018;32(1):9-18

Carteiro DMH, Sousa LMR, Caldeira SMA. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literatura review. Rev Bras Enferm. 2016;69(1):153-61

Conaglen E. Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. Aust Prescr 2013;36:42–5

- Corbacioqlu A, Akca A, Akbayir O, Pinar B, Lale V. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynecol Res.* 2013;39(6):1165-72.
- Gaławka I, Droszol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, and SkrzypulecPlinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2014;110
- Hatice, Y. (2015) The Relation Between Prepregnancy Sexuality and Sexual Function During Pregnancy and the Postpartum Period: A Prospective Study, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41:1, 49-59
- Hoon-Song S, Jeon H, Woong-Kim S, Paick JS, Son H. The Prevalence and Risk Factors of Female Sexual Dysfunction in Young Korean Women: An Internet-Based Survey. *J Sex Med* 2008;5:1694–1701
- Ishak IH, Low WY, and Othman S. Prevalence, risk factors and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: A survey finding. *J Sex Med* 2010;7:3080–3087.
- Korda JB. Weibliche sexuelle Dysfunktion. *Urologe.* 2008;47:77–91
- Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl.* 2007;5(1):11-21
- Naldoni L, Pazmiño M, Pezzan P, Pereira S, Duarte G, Ferreira C. Evaluation of Sexual Function in Brazilian Pregnant Women. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2011;37(2):116-129.
- Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migilaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol.* 2017;28(6):923-929
- Pauleta, J, Monteiro-Pereira, M, Mendes-Graça, L. Sexuality During Pregnancy. *J Sex Med.* 2010; 7:136-142.

- Pauls RN, Occhino JA, and Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–1922
- Raigosa-Londoño G, Echeverri-Ramirez MC. The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in Colombian females and associated factors. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2012;63:127-133
- Rodríguez-León M, Ramón-Arbués E. Characteristics and evolution of pregnant women's sexual pattern. *Enfermería global*. 2013;32:362-70
- Rosen R, Barsky JL. Respuesta sexual normal en la mujer. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2006;3: 515 – 526
- Sapién J, Córdoba DL. Sexual Behavior of Men During Pregnancy: Cases in Mexico City. *terapia psicológica* 2011, Vol. 29, Nº 2, 185-190
- Seven M, Akyüz A, Güngör S. Predictors of sexual function during pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2015;1–5
- Shifren J, Johannes CB, Monz BU, Russo PA, Bennett L, RosenR. HelpSeeking Behavior of Women with Self-Reported Distressing Sexual Problems. 2009;18(4):461-8
- Sidi H, Puteh SEW, Abdullah N, and Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med* 2007;4:311–321
- Singh, JC. Tharyan, P. Kekre, NS. Singh, G. Gopalakrishnan, G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med* 2009; 55:113-20

- Tapia-Villanueva, L. Molina, ME. Primera entrevista en terapia de pareja: coconstrucción de un encuentro situado. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2014; 52 (1): 42-5
- Thomas Holly, N. Thurston Rebecca, C.A. Biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas.* 2016; 87: 49-60
- Vallejo-Medina P. Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arc Sex Behav.* 2018: 47(3): 797-810
- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31:1–20, 2005
- Yekta S, Raisi F, Ebadi A, Shahvari Z. Sexual Satisfaction Concept Analysis in Iranian Married Women: A Hybrid Model Study. *Global Journal of Health Science.* 2015;7(6): 345-53.
- Zhang H, Fan S, and Yip PSF. Sexual dysfunction among reproductive-aged Chinese married women in Hong Kong: Prevalence, risk factors and associated consequences. *J Sex Med* 2015;12:738–745.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento no 1

Muchas gracias por estar participando en la investigación **PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES DE BAJO RIESGO**, El objetivo es Establecer si el embarazo modifica la prevalencia o severidad de la disfunción sexual en gestantes de bajo riesgo. La encuesta que aparece a continuación es *voluntaria, privada, anónima, confidencial y sólo con fines investigativos*. Los resultados de esta encuesta se darán a conocer sólo en forma de datos estadísticos sin ningún elemento que identifique a las participantes. Su participación es voluntaria y si desea abstenerse en contestar algunas preguntas está en su derecho. Esperamos que sus respuestas sean lo más *sinceras* posibles para garantizar la credibilidad de los resultados.

Fecha: _____

Código único:_____

Acepta su compañero tener relaciones sexuales durante el embarazo: SI ___ NO ___

Está tomando usted algún medicamento diferente a “las vitaminas” (sulfato ferroso, ácido fólico o carbonato de calcio) en los último 5 meses? SI___ NO ___

¿Cuáles? _____

Las siguientes preguntas son acerca de su religión, contéstelas marcando con una X en la casilla que se corresponda con sus vivencias diarias respecto a este tema.

Pregunta	Muy desacuerdo	en En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Yo sé que cristo me ayuda					
2. Dios me ayuda a llevar mi vida mejor					
3. Dios significa mucho para mi					
4. Orar me sirve de mucho					
5. Sé que Jesús está muy cerca de mí					

Las siguientes preguntas son acerca de su sexualidad; conteste por favor en la casilla de la izquierda los datos al último mes antes del embarazo actual y en la casilla de la derecha lo correspondiente a su sexualidad durante el embarazo actual. Por favor respondan lo más honesta claramente posible, sus respuestas serán mantenida en completa confidencialidad. Marque una sola alternativa por cada pregunta.

Definiciones:

Actividad sexual: caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales

Relación sexual: penetración del pene en la vagina

Estimulación sexual: juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o juegos sexuales.

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

Previo embarazo	al	Durante embarazo	este	
				Siempre o casi siempre
				La mayoría de las veces (más de la mitad)
				A veces (alrededor de la mitad)
				Pocas veces (menos que la mitad)
				Casi nunca o nunca

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

Previo embarazo	al	Durante embarazo	este	
				Muy alto
				Alto
				Moderado
				Bajo
				Muy bajo o nada

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

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

Previo embarazo	al	Durante embarazo	este	
				No tengo actividad sexual
				Siempre o casi siempre
				La mayoría de la veces (más de la mitad)
				A veces (alrededor de la mitad)
				Pocas veces (menos de la mitad)
				Casi nunca o nunca

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

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Muy alto
		Alto
		Moderado
		Bajo
		Muy bajo o nada

10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Muy alta confianza
		Alto confianza
		Moderado confianza
		Bajo confianza
		Muy baja o nada de confianza

11. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Siempre o casi siempre
		La mayoría de las veces (más de la mitad)
		A veces (alrededor de la mitad)
		Pocas veces (menos de la mitad)
		Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación vaginal durante la actividad sexual?

Previo embarazo	al	Durante embarazo	este	
				No tengo actividad sexual
				Siempre o casi siempre
				La mayoría de las veces (más de la mitad)
				A veces (alrededor de la mitad)
				Pocas veces (menos de la mitad)
				Casi nunca o nunca

13. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

Previo embarazo	al	Durante embarazo	este	
				No tengo actividad sexual
				Extremadamente difícil
				Muy difícil
				Difícil
				Poco difícil
				No me es difícil

14. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar su actividad sexual?

Previo embarazo	al	Durante embarazo	este	
				No tengo actividad sexual
				Siempre o casi siempre la mantengo
				La mayoría de las veces la mantengo (más de la mitad)
				A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
				Pocas veces la mantengo (menos de la mitad)
				Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final.

15. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

Previo al embarazo	al	Durante este embarazo	este
			No tengo actividad sexual
			Extremadamente difícil o imposible
			Muy difícil
			Poco difícil
			No es difícil
			No tengo actividad sexual

16. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza un orgasmo o clímax?

Previo al embarazo	al	Durante este embarazo	este
			No tengo actividad sexual
			Siempre o casi siempre
			La mayoría de las veces (más de la mitad)
			A veces (alrededor de la mitad)
			Pocas veces (menos de la mitad)
			Casi nunca o nunca

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

Previo al embarazo	Durante este embarazo
	No tengo actividad sexual
	Extremadamente difícil o imposible
	Muy difícil
	Difícil
	Poco difícil
	No es difícil

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

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Muy satisfecha
		Moderadamente satisfecha
		Ni satisfecha ni insatisfecha
		Moderadamente insatisfecha
		Muy insatisfecha

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

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Muy satisfecha
		Moderadamente satisfecha
		Ni satisfecha ni insatisfecha
		Moderadamente insatisfecha
		Muy insatisfecha

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

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Muy satisfecha
		Moderadamente satisfecha
		Ni satisfecha ni insatisfecha
		Moderadamente insatisfecha
		Muy insatisfecha

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

Previo al embarazo	Durante este embarazo	
		No tengo actividad sexual
		Muy satisfecha
		Moderadamente satisfecha
		Ni satisfecha ni insatisfecha
		Moderadamente insatisfecha
		Muy insatisfecha

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

Previo embarazo	al	Durante este embarazo	
			No tengo actividad sexual
			Siempre o casi siempre
			La mayoría de las veces (más que la mitad)
			A veces (alrededor de la mitad)
			Pocas veces (menos de la mitad)
			Casi nunca o nunca

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

Previo embarazo	al	Durante este embarazo	
			No tengo actividad sexual
			Siempre o casi siempre
			La mayoría de las veces (más que la mitad)
			A veces (alrededor de la mitad)
			Pocas veces (menos de la mitad)
			Casi nunca o nunca

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

Previo embarazo	al	Durante este embarazo	
			No tengo actividad sexual
			Muy alto
			Alto
			Moderado
			Bajo
			Muy bajo o nada

Anexo B. Instrumento No 2.

Muchas gracias por estar participando en la investigación **PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES DE BAJO RIESGO**, El objetivo es Establecer si el embarazo modifica la prevalencia o severidad de la disfunción sexual en gestantes de bajo riesgo. La encuesta que aparece a continuación es *voluntaria, privada, anónima, confidencial y sólo con fines investigativos*.. Los resultados de esta encuesta se darán a conocer sólo en forma de datos estadísticos sin ningún elemento que identifique a las participantes. Su participación es voluntaria y si desea abstenerse en contestar algunas preguntas está en su derecho. Esperamos que sus respuestas sean lo más *sinceras* posibles para garantizar la credibilidad de los resultados.

Fecha: _____

Código único: _____

¿En los últimos 60 días ha cambiado usted su compañero sexual? SI__ NO__

Acepta su compañero tener relaciones sexuales durante el embarazo: SI __ NO__

En las últimas 4 semanas ha tomado usted algún medicamento diferente a “las vitaminas” (sulfato ferroso, ácido fólico o carbonato de calcio)? SI__ NO __

¿Cuáles? _____

Las siguientes preguntas son acerca de su religión, contéstelas marcando con una X en la casilla que se corresponda con sus vivencias diarias respecto a este tema.

Pregunta	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	No Estoy Seguro	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1. Yo sé que cristo me ayuda					
2. Dios me ayuda a llevar mi vida mejor					
3. Dios significa mucho para mi					

4. Orar me sirve de mucho					
5. Sé que Jesús está muy cerca de mí					

Las siguientes preguntas son acerca de su sexualidad. Por favor respondan lo más honesta Y claramente posible, sus respuestas serán mantenida en completa confidencialidad y recuerde no existe respuesta correcta. Marque una sola alternativa por cada pregunta con una X la respuesta que más se ajuste a su situación en las últimas 4 semanas.

Definiciones:

Actividad sexual: caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales

Relación sexual: penetración del pene en la vagina

Estimulación sexual: juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o juegos sexuales.

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

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

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

	Muy alto
	Alto
	Moderado
	Bajo
	Muy bajo o nada

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

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

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre
	La mayoría de la veces (más de la mitad)
	A veces (alrededor de la mitad)
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca

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

	No tengo actividad sexual
	Muy alto
	Alto
	Moderado
	Bajo
	Muy bajo o nada

10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

	No tengo actividad sexual
	Muy alta confianza
	Alto confianza
	Moderado confianza
	Bajo confianza

	Muy baja o nada de confianza
--	------------------------------

11. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre
	La mayoría de las veces (más de la mitad)
	A veces (alrededor de la mitad)
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación vaginal durante la actividad sexual?

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre
	La mayoría de las veces (más de la mitad)
	A veces (alrededor de la mitad)
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca

13. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

	No tengo actividad sexual
	Extremadamente difícil
	Muy difícil
	Difícil
	Poco difícil
	No me es difícil

14. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar su actividad sexual?

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre la mantengo
	La mayoría de las veces la mantengo (más de la mitad)
	A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
	Pocas veces la mantengo (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final.

15. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

	No tengo actividad sexual
	Extremadamente difícil o imposible
	Muy difícil
	Poco difícil
	No es difícil
	No tengo actividad sexual

16. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza un orgasmo o clímax?

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre
	La mayoría de las veces (más de la mitad)
	A veces (alrededor de la mitad)
	Pocas veces (menos de la mitad)

	Casi nunca o nunca
--	--------------------

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

	No tengo actividad sexual
	Extremadamente difícil o imposible
	Muy difícil
	Difícil
	Poco difícil
	No es difícil

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

	No tengo actividad sexual
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Ni satisfecha ni insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

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

	No tengo actividad sexual
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Ni satisfecha ni insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

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

	No tengo actividad sexual
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Ni satisfecha ni insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

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

	No tengo actividad sexual
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Ni satisfecha ni insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

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

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre
	La mayoría de las veces (más que la mitad)
	A veces (alrededor de la mitad)
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca

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

	No tengo actividad sexual
	Siempre o casi siempre
	La mayoría de las veces (más que la mitad)
	A veces (alrededor de la mitad)
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca

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

	No tengo actividad sexual
	Muy alto
	Alto
	Moderado
	Bajo
	Muy bajo o nada

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES DE BAJO RIESGO

Con base en los principios establecidos en la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 por la cual se establecen las normas para la investigación en salud en Colombia, específicamente en el Artículo 15, en lo relacionado con el consentimiento informado, Usted debe conocer acerca de la investigación y aceptar su participación en ella si considera conveniente. Por favor lea con cuidado y realice las preguntas que desee hasta su total comprensión.

La Universidad Industrial de Santander y el postgrado de Ginecología y Obstetricia están llevando a cabo un estudio en las instituciones de I y II nivel de atención de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, el cual será realizado por la Dra. Diana Carolina Oróstegui Pinilla, medico estudiante de dicho posgrado. Mediante el presente documento le presento el proyecto de investigación denominado “**Prevalencia de disfunción sexual y su severidad en gestantes de bajo riesgo**”, del cual la invitamos a participar.

A continuación recibirá información acerca de la disfunción objeto del estudio y de las características del mismo.

La justificación: en el proceso del embarazo tiene cambios tanto físicos como psicológicos que pueden influir en la respuesta sexual, al cual puede ser tanto positiva como negativa. Dicha modificación se puede considerar, en la mayoría de los casos, como transitoria.

El objetivo del presente trabajo es incluir embarazadas en los primeros 3 meses de embarazo y evaluar la evolución de la función sexual durante la gestación,

teniendo como base la función sexual previa al embarazo actual, la cual es reportada por las participantes.

Procedimientos: Si usted decide participar, se procederá a la aplicación de 3 encuestas, las cuales serán resueltas en su totalidad por usted en un lugar privado previa explicación del investigador del proceso para contestar las preguntas contenidas en el formulario; la primera encuesta se aplicará el día de ingreso al rotocolo y las dos subsecuentes se aplicarán en las últimas semanas de cada trimestre. Cada participante será asignada a un código único con el fin de no diligenciar datos personales que permitan identificar las participantes en los formatos de encuesta aplicada en cada entrevista. En caso de determinarse que usted presenta una alteración en la función sexual al finalizar su embarazo usted recibirá una orden para que por medio de su EPS se valorada tanto por un psicólogo como por un ginecólogo una vez cumpla 6 meses postparto.

Dentro de las posibles molestias que se considera se podrían llegar a presentar por su participación en este estudio se encuentran el cuestionamiento acerca de prácticas sexuales en su vida íntima las cuales posterior a la entrega del formulario completamente diligenciado serán resueltas por el investigador a fin de no generar impacto negativo en su vida íntima.

De igual manera el investigador considera que el conocimiento extra que se generará en usted acerca de su sexualidad al resolver las diferentes encuestas le pueden aportar un mayor entendimiento de la respuesta sexual femenina y generar así una mejoría de esta en su caso personal.

Recuerde que el investigador se encuentra disponible para resolver cualquier inquietud que se le presente durante su participación en el presente estudio, al final del presente documento encontrará los datos de contacto de requerirlos. Usted tiene el derecho a solicitar información acerca de la investigación si así lo

desea, además al finalizar su participación en el presente estudio usted recibirá un informe acerca de su estado y la necesidad o no de tratamiento en el postparto tardío.

La participación en este estudio es voluntaria, puede retirarse del estudio cuando lo desee así como tiene usted la libertad de solicitar los datos recolectados durante las diferentes encuestas no sean usados en el presente estudio, si así lo desea, sin que ello afecte su tratamiento ni la calidad de la atención

No debe cancelar ningún valor por la aplicación de la escala y su seguimiento. Se hace la claridad de que en el presente estudio no se usarán procedimientos experimentales o intervenciones de tipo quirúrgico.

Para proteger la identidad de las participantes al inicio del estudio se le asignara un código mediante el cual será identificada durante todo el proceso y en las encuestas aplicadas no se le solicitarán sus datos de identificación, a la información que suministre solo tendrá acceso el investigador y no será identificada en ningún reporte o publicación acerca de este estudio, estas se harán solo mencionando la cantidad de gestantes evaluadas. Por ningún motivo le serán relevados los datos de sus respuestas a ninguna persona diferente al investigador, se entiende como persona diferente a compañero sentimental, familiares, conocidos o personal médico o paramédico que no participe de la investigación.

El presente documento se firmará en duplicado quedando una copia en su poder. Al tener alguna duda sobre este estudio puede preguntarnos en cualquier momento sobre todo lo relacionado con el estudio. Puede contactarse con las Doctoras Rocío Guarín o Diana Orostegui en la dirección: Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Industrial de Santander, o al correo electrónico diana.orostegui@gmail.com. Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de los aspectos éticos de esta investigación puede

comunicarse con el Comité de Ética para la Investigación Científica de la UIS, en horas hábiles de lunes a viernes de 8-12 y de 2-5pm al teléfono: 6344000 ext. 3208, o enviar correo electrónico a: comitedetica@uis.edu.co

Al firmar este consentimiento, acepta que entiende la información que se le ha presentado con respecto a beneficios, riesgos y que está de acuerdo en autorizar la participación en este estudio.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se le aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a su participación en la investigación, usted acepta participar en investigación titulada:

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y SU SEVERIDAD EN GESTANTES DE BAJO RIESGO

Nombre de la participante	Firma	Cédula

Nombre testigo	Firma	Cédula	Parentesco

Responsable de toma de consentimiento informado
Diana Carolina Orostegui Pinilla
Médico Residente Ginecología y Obstetricia UIS