

**Disfunción sexual en gestantes que cursan con embarazo de alto riesgo atendidas en el
Hospital Universitario de Santander. 2024.**

Dr. Ricardo Meza Agudelo.

Trabajo 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.

2024.

Tabla de contenido

Introducción	13
1. Planteamiento del problema.	14
2. Justificación.	16
3. Objetivos.	17
3.1 Objetivo general.	17
3.2 Objetivos específicos.	17
4. Marco teórico.	18
4.1 Salud sexual y sexualidad.	18
4.1.1 <i>La función sexual</i>	19
4.1.2 <i>Respuesta sexual</i>	19
4.1.3 <i>Deseo</i>	19
4.2 Modelos sobre la respuesta sexual humana.	20
4.2.1 <i>El modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson.</i>	20
4.3 Diferencias en la respuesta sexual de la mujer embarazada.	21
4.3.1 <i>Diferencias anatómicas</i>	22
4.3.2 <i>Diferencias en el orgasmo</i>	22
4.3.3 <i>Diferencias en la fase de resolución</i>	23
4.4 Disfunción sexual femenina.	23
4.4.1 <i>Clasificación del DSM-IV de los trastornos sexuales femeninos</i>	24
4.4.1.1 Trastorno del deseo sexual hipoactivo	25
4.4.1.2 Trastorno por aversión al sexo	25
4.4.1.3 Trastorno de la excitación sexual femenina	25

4.4.1.4 Trastorno del orgasmo femenino	25
4.4.1.5 Dispareunia	26
4.4.1.6 Vaginismo	26
4.4.1.7 Disfunción sexual debida a una afección general	26
4.4.1.8 Trastorno sexual inducido por sustancias	26
4.4.1.9 Trastorno sexual no especificado	26
<i>4.5.1 Primer trimestre</i>	28
<i>4.5.2 Segundo trimestre</i>	29
<i>4.5.3 Tercer trimestre</i>	29
4.6 Disfunción sexual y embarazo en Colombia.	30
4.7 Estadísticas locales.	31
4.8 Índice de función sexual femenino.	32
<i>4.8.1 Interpretación y dimensiones:</i>	33
4.9 Estado del arte.	34
5. Metodología	39
5.1 Diseño	39
5.2 Población estudio	39
5.3 Criterios de inclusión a la cohorte	39
5.4 Criterios de exclusión definitivos	40
5.5 Definición de variables	40
5.6. Procedimiento	44
5.7 Calculo del tamaño de la muestra	45
5.8 Análisis estadístico	45

6. Consideraciones éticas	47
6.1 Tratamiento de datos personales	50
7. Resultados.	51
8. Discusión	114
9. Análisis de poder y limitaciones.	119
10. Conclusiones y recomendaciones.	120
11. Conformación y trayectoria del grupo de investigación.	122
Bibliografía.	123
ANEXOS	128

Lista de figuras

Figura 1. <i>Modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina</i>	21
Figura 2. <i>Validación preliminar del índice de función sexual femenina</i>	34

Lista de gráficos

Gráfico 1. *Distribución de las gestantes por grupos etarios*

51

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Características demográficas de las pacientes</i>	52
Tabla 2. <i>Variables gineco-obstétricas</i>	53
Tabla 3. <i>Factores de Riesgo Obstétrico</i>	55
Tabla 4. <i>Disfunción sexual global y por dominios</i>	57
Tabla 5. <i>Disfunción sexual por variable sociodemográfica</i>	59
Tabla 6. <i>Disfunción sexual por factores de riesgo obstétricos</i>	62
Tabla 7. <i>Disfunción del deseo sexual según variable sociodemográfica</i>	67
Tabla 8. <i>Disfunción del deseo sexual según factores de riesgo obstétricos</i>	70
Tabla 9. <i>Disfunción de la excitación según variables sociodemográficas</i>	74
Tabla 10. <i>Disfunción de la excitación según riesgos obstétricos</i>	78
Tabla 11. <i>Disfunción de la lubricación según variables sociodemográficas</i>	82
Tabla 12. <i>Disfunción de la lubricación Según factores de riesgo obstétrico</i>	85
Tabla 13. <i>Disfunción del orgasmo según variables sociodemográficas</i>	90
Tabla 14. <i>Disfunción del orgasmo según factores de riesgo obstétricos</i>	93
Tabla 15. <i>Disfunción en la satisfacción según variables sociodemográficas</i>	97
Tabla 16. <i>Disfunción de la satisfacción según factores de riesgo obstétricos</i>	100
Tabla 17. <i>Disfunción por dolor según variables sociodemográficas</i>	104
Tabla 18. <i>Disfunción por dolor en riesgos obstétricos</i>	108
Tabla 19. <i>Razones de prevalencia de las variables asociadas estadísticamente con la prevalencia de Disfunción sexual y en cada dominio.</i>	112

Lista de anexos

Anexo 1. Formato de recolección de información.	129
Anexo 2. Consentimiento informado	140

Resumen.

TITULO: Disfunción sexual en gestantes que cursan con embarazo de alto riesgo atendidas en el Hospital Universitario de Santander. 2024.

AUTOR: Ricardo Meza Agudelo.

Palabras clave: Disfunción sexual, gestantes de alto riesgo obstétrico, índice de disfunción sexual femenino.

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es reflejo del nivel de bienestar físico, psicológico y social [1]. Incluye el conocimiento e identificación de sí misma, la manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto, además del proceso de reproducción y maternidad [2]. El embarazo juega un papel importante en la función y comportamiento sexual de las mujeres explicado por la gran carga hormonal, cambios emocionales que pueden modificar los estilos de vida e incluso la percepción de la propia imagen, lo que termina por modificar la expresión de la sexualidad y el comportamiento sexual de la gestante. En numerosos estudios realizados a nivel mundial se ha documentado un aumento en la frecuencia de disfunción sexual durante el embarazo y por ello se cree que la gestación es un facilitador de trastornos sexuales. Si bien los resultados de estos trabajos son variados, muestran un porcentaje nada despreciable de pacientes que durante su embarazo presentaron algún grado de disfunción sexual.

A nivel internacional, el estudio realizado por Leite y colaboradores en población gestantes del Brasil, demostró que la disfunción sexual (evaluada a través del índice de función sexual femenino) aumenta a lo largo del embarazo, los porcentajes de disfunción sexual femenina en los tres trimestres fue 46,6, 34,2 y 73,3%, respectivamente [3]. A nivel local la Dra. Orostegui estableció la incidencia de disfunción sexual en 50 gestantes de bajo riesgo obstétrico según los trimestre, siendo 55% en primer trimestre, 55% en segundo trimestre y 54 % en el tercer trimestre [4]. La disfunción sexual femenina ha sido ampliamente estudiada en numerosos grupos etarios y en condiciones clínicas diversas, sin embargo, en gestantes de alto riesgo existen pocos trabajos

reportados en la literatura. Lo anterior se ve reflejado en que los estudios disponibles donde se evalúa la función sexual durante el embarazo se centran en gestantes de bajo riesgo o sin ninguna comorbilidad asociada, siendo esto último, un frecuente criterio de exclusión a la hora de implementar las herramientas de evaluación. Por esta razón, es importante generar conocimiento actual que describa la función sexual en esta población y con ello sentar bases que permitan dilucidar las variaciones a las que se enfrenta una mujer al ser diagnosticada con un embarazo de alto riesgo y poder brindar un mejor acompañamiento a las usuarias de los servicios obstétricos de mayor complejidad y en los que el ginecólogo debe desenvolverse diariamente. El índice de función sexual femenino es una herramienta confiable (ver apartado 4.8 “índice de disfunción sexual femenino) y validada en múltiples contextos y en un amplio rango de edad; es fácil de aplicar incluso se puede auto administrar. Consta de 19 preguntas de selección múltiple y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones de respuesta, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje, mejor sexualidad. Esta herramienta de tamización ha sido validada para su uso en gestantes a nivel nacional como se consigna en el estudio de Vallejo y colaboradores [5].

Abstract

TITLE: sexual dysfunction in pregnant women with high-risk pregnancies treated at the Santander University Hospital, 2024

Author: Ricardo Meza Agudelo

Keywords: Sexual dysfunction, high-risk obstetric pregnant women, female sexual dysfunction index

Sexuality is a central aspect of a woman's quality of life and reflects her level of physical, psychological, and social well-being [1]. It encompasses self-knowledge and identification, her relationship with her partner, her needs for love and affection, as well as reproduction and motherhood [2]. Pregnancy plays a significant role in women's sexual function and behavior, influenced by hormonal changes, emotional fluctuations, lifestyle modifications, and alterations in body image, which can impact the expression of sexuality and sexual behavior. Numerous studies worldwide have documented an increase in the frequency of sexual dysfunction during pregnancy, suggesting that pregnancy may facilitate sexual disorders. Although these studies yield varied results, they consistently show a significant percentage of patients experiencing some degree of sexual dysfunction during pregnancy. An international study conducted by Leite and colleagues in Brazil found that sexual dysfunction (assessed through the Female Sexual Function Index) increased throughout pregnancy, with percentages of female sexual dysfunction in the three trimesters being 46.6%, 34.2%, and 73.3%, respectively [3]. Locally, Dr. Orostegui established the incidence of sexual dysfunction in 50 pregnant women with low obstetric risk by trimester, finding rates of 55% in the first trimester, 55% in the second trimester, and 54% in the third trimester [4]. Female sexual dysfunction has been extensively studied across various age groups and clinical conditions. However, there are few studies specifically addressing high-risk pregnant women. Most existing studies focus on low-risk pregnant women or those without associated comorbidities, which are often exclusion criteria in assessment tools. Therefore, it is important to generate current knowledge that describes sexual function in this population, to better understand the variations faced by women with high-risk pregnancies, and to improve support for patients in

complex obstetric services where gynecologists work daily. The Female Sexual Function Index is a reliable tool (see section 4.8 “Female Sexual Dysfunction Index”) validated in multiple contexts and across a wide age range; it is easy to apply and can even be self-administered. It consists of 19 multiple-choice questions divided into six domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. Each question has 5 or 6 response options, with scores ranging from 0 to 5. The score for each domain is multiplied by a factor, and the final result is the arithmetic sum of the domains. A higher score indicates better sexual function. This screening tool has been validated for use in pregnant women nationwide, as reported in the study by Vallejo et al. [5]

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar emocional, mental, y social a través del cual la personalidad, la comunicación y el amor son positivamente enriquecidos y fortalecidos [6]. Por lo anteriormente citado se sabe que la sexualidad y la expresión de ésta influye de forma directa en el bienestar físico y emocional de una mujer. Estados como la gestación, pueden influir en la salud sexual como se ha consignado en diversos estudios alrededor del mundo, sin embargo, en embarazos de alto riesgo, son pocos los conocimientos y conceptos que se han generado en el campo y por ello se hace importante su estudio y caracterización en este grupo de pacientes, con el fin de aportar evidencia que permita a la comunidad médica un mayor conocimiento de esta dimensión durante el embarazo y con ello generar estrategias que permitan el manejo integral de la salud de la gestante de alto riesgo, el cual se ve influenciado por su salud mental y esta última va a estar determinado por la sexualidad y las emociones que se pueden experimentar a lo largo de la gestación.

1. Planteamiento del problema.

Se ha planteado que el embarazo y los cambios propios de éste (físicos, biológicos y emocionales) influyen de forma directa en la salud sexual de la mujer y como se ha documentado en diversos estudios a nivel internacional, nacional y local el embarazo actúa como un facilitador de trastornos sexuales en nuestras pacientes. A nivel internacional, se encuentra el estudio realizado por Leite y colaboradores [3] en población de gestantes en Brasil, en el cual se demostró que la disfunción sexual (evaluada a través del índice de función sexual femenino) aumenta a lo largo del embarazo, los porcentajes de disfunción sexual femenina en los tres trimestres fueron 46,6, 34,2 y 73,3%, respectivamente [3]. A nivel nacional, contamos con el estudio realizado por Espitia y colaboradores [7] los cuales describieron la prevalencia de disfunción sexual en gestantes de bajo riesgo del eje cafetero encontrando que la disfunción sexual en la población evaluada afectó a cerca de las tres cuartas partes de las participantes en el estudio (1440 gestantes). Se encontró, además, que la presencia de disfunciones sexuales es progresiva, siendo mayor en el tercer trimestre. A nivel local, se realizó un estudio por la Doctora Diana Orostegui (2019), sobre el impacto del embarazo sobre la función sexual femenina. Este estudio incluyó un grupo de 50 gestantes de bajo riesgo obstétrico, encontrando una incidencia de disfunción sexual por trimestres de 55% en primer trimestre, 55% en segundo trimestre y 54 % en el tercero [4]. Como ya podemos evidenciar, existen diversos estudios en gestantes de bajo riesgo obstétrico, sin embargo, existen pocos trabajos reportados en la literatura en población de alto riesgo obstétrico. Lo anterior se ve reflejado en que los estudios disponibles donde se evalúa la función sexual durante el embarazo se centran en gestantes de bajo riesgo o sin ninguna comorbilidad asociada, siendo esto último, un frecuente criterio de exclusión a la hora de implementar las herramientas de evaluación. Por lo

anterior, este trabajo cobra importancia ya que es el primer trabajo a nivel local y nacional que evalúa la disfunción sexual en gestantes con alguna comorbilidad. La pregunta de investigación planteada en este trabajo es:

¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico atendidas en el HUS entre el 2023 y el 2024?

2. Justificación.

La disfunción sexual femenina ha sido ampliamente estudiada en numerosos grupos etarios y en condiciones clínicas diversas, sin embargo, en gestantes de alto riesgo existen pocos trabajos reportados en la literatura. Por esta razón, es importante generar conocimientos médicos actuales que describan la función sexual en esta población y con ello sentar bases que permitan dilucidar las variaciones a las que se enfrenta una mujer al entrar en una gestación catalogada como de alto riesgo, para de esta forma poder brindar un mejor acompañamiento a las usuarias de los servicios obstétricos de mayor complejidad y en los que el ginecólogo debe desenvolverse diariamente.

Como profesionales de la salud, debemos buscar el manejo integral de nuestras pacientes, esto incluye el aspecto emocional y psicológico, el cual está muy ligado al componente físico y por ende lo afecta. Siendo la sexualidad una parte importante de la salud mental de las usuarias a los servicios de salud sexual y reproductiva, es trascendental conocer la prevalencia de la disfunción sexual y los factores que van ligados a esta, con el fin de generar intervenciones multidisciplinarias que permitan un mayor nivel de bienestar en las gestantes, en especial, en aquellas que cursan con embarazo de alto riesgo, en donde el manejo integral es un factor protector para posibles complicaciones derivadas de sus condiciones individuales y patologías de base. Al conocer la frecuencia y los factores asociados de la problemática abordada permite disponer de recursos y generar intervenciones integrales que puedan impactar en lograr mejores resultados maternos y perinatales como mayor adherencia a los tratamientos, mayor monitoreo y seguimiento médico, mayor interacción con pacientes, percepción más positiva de los servicios de salud y por tanto disminuir la morbilidad materna.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo general.

Establecer la frecuencia de disfunción sexual y sus variaciones según las diferentes comorbilidades asociadas en gestantes clasificadas como alto riesgo obstétrico atendidas en el Hospital Universitario de Santander (HUS) durante el último trimestre del 2023 y el primer semestre 2024.

3.2 Objetivos específicos.

Describir la población de gestantes de alto riesgo atendidas en el HUS durante el período de tiempo de estudio.

Determinar las proporciones de compromiso según los dominios de la respuesta sexual.

Describir en forma estratificada las gestantes con disfunción sexual y presencia de las dos comorbilidades más frecuentes.

4. Marco teórico.

4.1 Salud sexual y sexualidad.

La sexualidad es una dimensión humana esencial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar emocional, mental, y social a través del cual la personalidad, la comunicación y el amor son positivamente enriquecidos y fortalecidos [6]. Esta dimensión incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y de procrear, de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia [8, 9]. La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social [1]. Incluye el conocimiento e identificación de sí misma, la manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto, además del proceso de reproducción y maternidad [2]. Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar, además, las variaciones individuales de la sexualidad [10].

Es importante tener claros algunos conceptos al momento de hablar de salud sexual y sexualidad

4.1.1 La función sexual

Está definida por las actividades propias del sexo. Se refiere al conjunto de fases que provocan una acción simultánea y que cuando se acompañan de cambios en el ambiente interno o externo del organismo, conlleva a la ejecución de una actividad sexual accesible a la observación y al control e implica un proceso de activación. [11]

4.1.2 Respuesta sexual

Hace referencia al conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales que acompañan al ejercicio de la función sexual e incluye una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extragenitales [12]. Los cambios psicológicos incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia [13], no obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales [12].

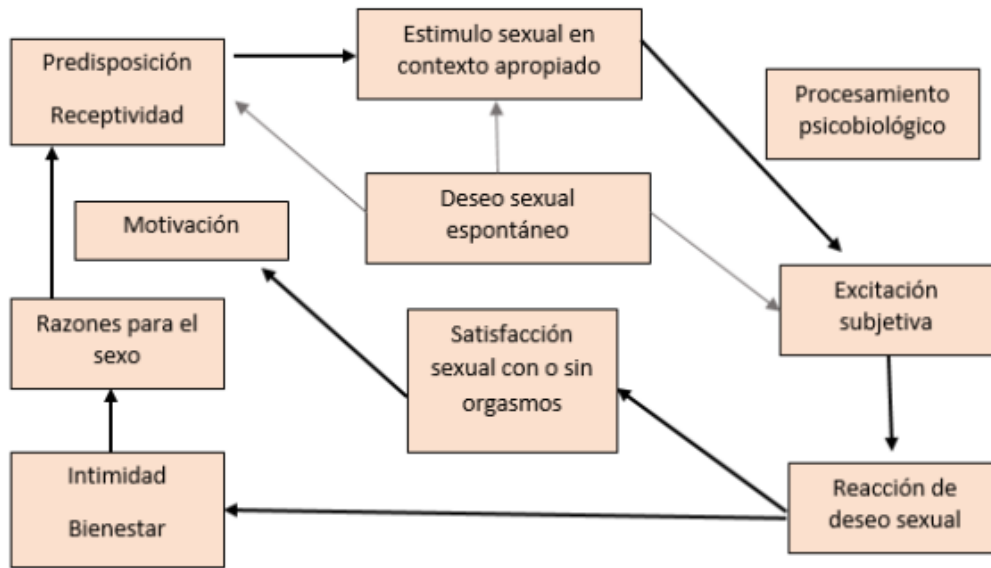
4.1.3 Deseo

También conocido como libido o apetito sexual, hace referencia al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación para responder a ellos y gratificarse, puede o no preceder al ejercicio de la función sexual [12].

4.2 Modelos sobre la respuesta sexual humana.

4.2.1 El modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson.

El modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson se crea con la finalidad de describir de manera más integral la respuesta sexual de la mujer, que hasta el momento había sido descrita como un modelo lineal. Basson introduce el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en el que hay un *feedback* entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual (deseo «espontáneo») o, más frecuentemente, puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo (deseo «reactivo»). Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer (sea con orgasmo o sin él), y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima y el bienestar. Si el resultado es negativo, como en los casos de dispareunia, disfunción sexual de la pareja, por efecto de medicamentos, entre otros, se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa. Algunas mujeres tienen deseo espontáneamente, sin embargo, estos episodios disminuyen con la edad y en cualquier edad aumenta con cada nueva relación. La correlación en los hombres entre la excitación subjetiva y la congestión genital no se ve en las mujeres. La excitación sexual femenina está modulada por pensamientos y emociones desencadenadas por el estado de excitación sexual [14].

Figura 1.*Modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina***Modelo Cíclico Biopsicosocial de la Respuesta Sexual Femenina adaptado de Basson**

*Figura 4. Modelo Cíclico Biopsicosocial de la Respuesta Sexual Femenina adaptado de Basson.
Fuente: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
Autor: Gurtiérrez, B. (2010)*

4.3 Diferencias en la respuesta sexual de la mujer embarazada.

A continuación, se abordarán los cambios anatómicos, diferencias en el orgasmo y la fase de resolución que son comunes a lo largo del embarazo. Mas adelante se discutirán los cambios emocionales, la auto percepción y las diferencias en el deseo, ya que estos cambios varían a lo largo de los tres trimestres de la gestación.

4.3.1 Diferencias anatómicas

La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante, es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por falta de espacio o porque la vagina se encuentra demasiado cerrada durante el coito. En la gestación existe una congestión venosa mamaria aumentada debida probablemente a cambios hormonales, que provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en las caricias durante esta etapa del embarazo. Muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor [15]. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio incómoda y se encuentra aumentada durante la gestación. Sin embargo, este flujo vaginal aumentado, puede ser, para algunas parejas un cambio favorable ya que mejora la función sexual de la pareja [12].

4.3.2 Diferencias en el orgasmo

En el orgasmo de la mujer gestante una de las principales diferencias radica en que no es infrecuente la pérdida de orina o la eyeción láctea en la púérpera que amamanta [16]. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones

orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardiaca fetal sin signos de sufrimiento [17]. La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital [12]. Sumado a lo anterior, está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del miometrio, el borramiento del cuello uterino y la dilatación cervical, lo que aumenta esta sensación posterior al coito. Sin embargo, esto no significa que el ejercicio de la función sexual vaya a desencadenar el parto, pero si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto [18].

4.3.3 Diferencias en la fase de resolución

Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres, la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración [19].

4.4 Disfunción sexual femenina.

La disfunción sexual femenina (DSF) se caracteriza por una falta o disminución de los sentimientos de interés sexual, fantasías y pensamientos, o por problemas para excitarse, la lubricación, o tener un orgasmo, aunque haya un estímulo adecuado o por la presencia de dolor durante un coito [6]. Estas alteraciones pueden ser síntoma de problemas biológicos o de conflictos

intrapésicos o interpersonales o una combinación de estos factores [19]. La disfunción sexual puede ser de toda la vida o adquirida, generalizada o situacional (limitada a una pareja o situación) y progresiva. Se clasifican como: trastornos del apetito sexual, trastorno de la excitación sexual, trastornos orgásmicos y trastornos por dolores sexuales [20].

La disfunción sexual femenina (DSF) es una compleja interacción de factores biológicos, hormonales y psicológicos que pueden tener un efecto negativo significativo sobre la salud sexual femenina y la calidad de vida. Puede estar influida por varios componentes, incluyendo la edad avanzada, factores sociales, de estrés psicosocial y traumáticos [21]. Los estudios muestran que alrededor del 30 al 50% de las mujeres tienen problemas sexuales en algún momento de su vida, sin embargo, no es un tema que las mujeres hablen libremente, por lo que es más frecuente de lo que se piensa [14].

4.4.1 Clasificación del DSM-IV de los trastornos sexuales femeninos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, una disfunción sexual hace referencia a una alteración persistente o recurrente de una o varias fases de la respuesta sexual que genera disconfort o distrés a la mujer o en su relación de pareja [22]. En esta clasificación se reconoce la existencia de diversos tipos de trastornos de la actividad sexual en la mujer, considerando cuatro categorías principales: **trastorno del deseo sexual, trastorno de la excitación sexual, trastorno en el orgasmo femenino y los trastornos sexuales por dolor** [23].

Trastorno del deseo sexual

4.4.1.1 Trastorno del deseo sexual hipoactivo: Deficiencia persistente o recurrente o ausencia de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse

4.4.1.2 Trastorno por aversión al sexo: Aversión extrema, persistente o recurrente, y elusión de todo (o casi todo) contacto genital sexual con la pareja sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse

Trastorno de la excitación sexual

4.4.1.3 Trastorno de la excitación sexual femenina: Incapacidad persistente o recurrente para alcanzar, o mantener hasta la finalización de la actividad sexual, una respuesta adecuada de lubricación e inflamación derivadas de la excitación sexual, lo que causa un malestar acusado o dificultades para relacionarse

Trastorno en el orgasmo

4.4.1.4 Trastorno del orgasmo femenino: Retraso persistente o recurrente o ausencia de orgasmo tras una fase habitual de excitación sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse

Trastornos sexuales por dolor

4.4.1.5 Dispareunia: Dolor genital recurrente o persistente asociado al coito que causa un malestar acusado o dificultades interpersonales

4.4.1.6 Vaginismo: Contracción involuntaria recurrente o persistente de la musculatura del tercio exterior de la vagina que impide el coito y causa malestar acusado o dificultades interpersonales

Otras disfunciones sexuales

4.4.1.7 Disfunción sexual debida a una afección general: Disfunción sexual considerable desde el punto de vista clínico que da lugar a un malestar acusado o a dificultades interpersonales cuando existen pruebas, a partir del historial de la paciente, de un examen físico o un análisis de laboratorio, de que la disfunción sexual se debe en su totalidad a los efectos fisiológicos directos de una afección general

4.4.1.8 Trastorno sexual inducido por sustancias: Disfunción sexual considerable desde el punto de vista clínico que da lugar a un malestar acusado o a dificultades interpersonales cuando existen pruebas, a partir del historial de la paciente, de un examen físico o un análisis de laboratorio, de que la disfunción sexual se debe en su totalidad al uso de sustancias

4.4.1.9 Trastorno sexual no especificado: Disfunciones sexuales que no cumplen los criterios de ninguna disfunción sexual específica [23].

Función sexual y embarazo.

El embarazo frecuentemente resulta en un estrés vital significativo que interrumpe los estilos previos de actividad física y adaptación emocional de las parejas, con la consiguiente reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales y disminución de la libido [24]. Por lo anterior, se ha descrito en múltiples estudios que la gestación juega un papel importante en la función y comportamiento sexual de las mujeres [25]; durante esta etapa, además de la presencia de un gran impacto hormonal, los cambios emocionales pueden ocurrir en el estilo de vida e incluso en la propia imagen, lo que termina por modificar la expresión de la sexualidad y el comportamiento sexual de la gestante [26,28]. Por lo anteriormente citado se considera que la gestación actúa como un facilitador de trastornos sexuales, sin embargo, en nuestro medio, no existen suficientes estudios que describan la disfunción sexual en nuestra población de gestantes y los factores asociados a este fenómeno.

Las estadísticas pueden variar de acuerdo a la localización geográfica y factores culturales propios de cada región. Leite y colaboradores [3] en un estudio realizado en población de gestantes en Brasil, demostró que la disfunción sexual (evaluada a través del índice de función sexual femenino) aumenta a lo largo del embarazo, los porcentajes de disfunción sexual femenina en los tres trimestres fueron 46,6, 34,2 y 73,3%, respectivamente [3]. Un aumento de la disfunción sexual en el tercer trimestre del embarazo, es un reporte común en diversos estudios realizados en población gestante en diferentes regiones, los porcentajes varían discretamente, sin embargo, el comportamiento en la mayoría es el mismo [27, 29]

Otro hallazgo interesante descrito en la literatura es el hecho de que la frecuencia de la actividad sexual durante todo el embarazo también varía entre primíparas y multíparas. El primer

grupo tiende a tener relaciones sexuales con menos frecuencia que antes, mientras que no existen tales diferencias en el grupo multíparas [30]. Hay que destacar que las mujeres que están satisfechas con su vida sexual pueden estar interesadas en la continuación de la actividad sexual durante todo su embarazo, mientras que aquellos que no están interesados en el sexo pueden tender a evitar las relaciones sexuales durante el embarazo [31].

4.5.1 Primer trimestre

En los primeros tres meses de gestación comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán a lo largo del embarazo y asumir el nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional en la gestante, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores; el primer trimestre del embarazo puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante, o puede ocurrir todo lo contrario [19]. Durante este trimestre, el 27,7 % experimenta una disminución en la satisfacción sexual frente al 32,5 % en el deseo sexual; no obstante, el 45 % de las gestantes están dispuestas a tener relaciones sexuales en el primer trimestre [32]. Existen las mayores fluctuaciones relativas a la frecuencia de las relaciones sexuales, desde la actividad sexual normal hasta un cese total de cualquier forma de actividad sexual durante este trimestre, esto probablemente se deba a los mitos de que las relaciones sexuales vaginales durante el embarazo pueden causar aborto espontáneo, parto prematuro, o daño fetal. En un estudio

realizado por Fok y colaboradores los resultados muestran que el 55,6% de las mujeres en el primer trimestre realizaron coito vaginal [33]. Lo interesante es el hecho de que Corbacioglu y colaboradores observaron que las mujeres que desconocían su embarazo al comienzo de la gestación tuvieron una frecuencia significativamente mayor de relaciones sexuales que las que estaban al tanto de su embarazo, lo que apoya la teoría de que los mitos y temores alrededor de el coito vaginal en el embarazo juegan un papel determinante en la vida sexual de la gestante [34].

4.5.2 Segundo trimestre

En el segundo trimestre suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, porque existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas, y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales [19]. La mayoría de los investigadores afirman que la función sexual mejora durante el segundo trimestre de embarazo en comparación con el primero [35]. Esto está relacionado con un mayor interés por la sexualidad, la mujer se siente mejor con su estado de gravidez y esto aumenta la confianza en sí misma. Algunas mujeres, anteriormente con trastornos orgásmicos, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo. La hiperemia de los órganos reproductores y la humectación más intensa de las paredes vaginales tienen una gran influencia en este. Debido a los cambios vasculares en la vagina y la vulva, la satisfacción puede ser mayor que antes del embarazo [36].

4.5.3 Tercer trimestre

Para el último trimestre, la mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital debido a la incomodidad

producida por la gestación avanzada, y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el parto, dañar el niño, producir sangrado, la infección y la ruptura de membranas [15, 33, 37]. Durante este periodo, hasta 52% a 73% de las mujeres han mostrado problemas sexuales [38]. La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por la congestión de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto [19]. Este trimestre, además, se caracteriza por cambios significativos en el cuerpo de las mujeres, que podría ocasionar la pérdida del interés sexual de la pareja, dado que pueden resultar deserotizantes para el compañero. Esto último apoyado por la restricción de algunas posiciones sexuales debido a los cambios corporales y volumen abdominal, así como factores psicológicos y mitos que crean miedo e inseguridad al tener relaciones sexuales durante este periodo [24, 26]. Adicionalmente este trimestre es psicológicamente el más difícil para la futura madre, ya que está asociado con la ansiedad y estrés relacionado con el trabajo de parto y la maternidad [24, 25]. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo, pero aumenta la necesidad de mimos, caricias y cuidados, al sentirse más inseguras y frágiles [39]. Erol y colaboradores observaron que la puntuación en el índice de función sexual femenino se redujo en el tercer trimestre en comparación con ambos trimestres anteriores [40].

4.6 Disfunción sexual y embarazo en Colombia.

Si bien en nuestro país son pocos los estudios sobre disfunción sexual y embarazo, se ha observado que el comportamiento en nuestra población es muy similar a lo reportado en otros países como estados unidos, Chile y España. Espitia y colaboradores describieron la prevalencia

de disfunción sexual en gestantes del eje cafetero encontrando que la disfunción sexual en la población evaluada afectó a cerca de las tres cuartas partes de las participantes en el estudio (1440 gestantes). Se encuentra además que la presencia de disfunciones sexuales es progresiva, siendo mayor en el tercer trimestre. Así mismo, se observó que el trastorno del deseo y el orgasmo sufren un efecto mucho peor a los otros dominios del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) [7].

4.7 Estadísticas locales.

En Bucaramanga se realizó un estudio por la Doctora Diana Orostegui, sobre el impacto del embarazo en la función sexual femenina. Este estudio incluyó un grupo de 50 gestantes, en las cuales se evaluaba la función sexual previa a la gestación y sus cambios a lo largo de la misma usando como herramienta evaluadora el índice de función sexual femenina, la cual ha sido ampliamente estudiada y validada a nivel nacional e internacional, como lo veremos más adelante. En dicho estudio se documentó que previo a la gestación el 80% de los casos presentaba una función sexual normal, pero dicho porcentaje disminuyó al 45% en el primer trimestre, 44% para el segundo trimestre y 46% en el tercer trimestre [4]. Según lo anterior, en nuestra población, la incidencia de la disfunción sexual femenina es muy similar a lo encontrado en otros estudios a nivel internacional, como el estudio de Leite en la población de Brasil [3] y otros realizados a nivel internacional, aunque su porcentaje por trimestres es mucho más parejo que el encontrado en el estudio anteriormente citado en el que la incidencia baja en el segundo trimestre en la población estudiada, siendo la incidencia de disfunción sexual por trimestres a nivel local de 55% en primer trimestre, 55% en segundo trimestre y 54 % en el tercero [4]

4.8 Índice de función sexual femenino.

Rosen y colaboradores, desarrollaron un instrumento que cumplía la clasificación del “international consensus development conference on female dysfunctions”. Lo denominó: “índice de función sexual femenina” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual de la mujer [41]. Es autoadministrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Consta de 19 preguntas de selección múltiple y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje, mejor sexualidad. El punto de corte para definir la disfunción sexual es un puntaje menor de 26,55 y para definir alteración en algún dominio se considera un puntaje menor a 3,66 [1].

Esta herramienta ha sido validada por múltiples estudios que demuestran su confiabilidad y utilidad a la hora de evaluar la disfunción sexual femenina, en diferentes grupos etarios y grupos poblacionales diversos. Un ejemplo de esto es el estudio de Blümel y colaboradores en el cual se aplica el test de Cronbach a las respuestas obtenidas en este estudio mostrando una muy buena consistencia interna de los diferentes dominios evaluados, validando la traducción realizada [1].

Así como se ha validado en diversas poblaciones alrededor del mundo, esta herramienta ha probado ser útil y aplicable a la mujer embarazada. Un ejemplo de ello es el estudio de Shioh-Ru Chang y colaboradores [42] que validó la versión de Taiwán del Índice de función sexual femenina para mujeres embarazadas empleando el coeficiente alfa de Cronbach, la estadística Kappa, la prueba de McNemar y el coeficiente de correlación de Pearson. Este estudio mostró una

confiabilidad adecuada de prueba-reprueba para mujeres embarazadas. El coeficiente de correlación de Pearson de la puntuación total fue de 0,69, las estadísticas Kappa mostraron una buena reproducibilidad para la mayoría de los ítems y la prueba de McNemar confirmó que no había diferencias significativas en el par test-retest para los 19 ítems de la escala. La fiabilidad de la consistencia interna de la escala fue excelente (α de Cronbach = 0,96). Este estudio concluyó que el cuestionario es un instrumento adecuado para medir la función sexual de la mujer embarazada y es de utilidad en la investigación, la docencia y la práctica clínica [42].

Esta herramienta ha sido traducida en múltiples idiomas y ha sido validada en diversas poblaciones alrededor del mundo [43]. En nuestro país, Vallejo y colaboradores [5] lograron de manera exitosa traducir y validar esta herramienta y así, poder aplicarla en nuestra población. En su investigación, además se demostraron las propiedades psicométricas de este cuestionario apoyando el uso de esta escala en español, habiéndose encontrado con ello una adecuada validez de constructo, contenido y validez externa, además de una escala confiable. Este trabajo a su vez evaluó las propiedades de los elementos, incluida la validez de contenido. Si bien no es común obtener validez de contenido, esta última es de suma importancia ya que aporta evidencia teórica sobre la dimensionalidad de la escala y representatividad de los ítems encontrando indicadores apropiados de validez de contenido en esta adaptación. Además, se ha comprobado que los elementos parecen claros, concisos, precisos y representativos [5].

4.8.1 Interpretación y dimensiones:

Para obtener las puntuaciones por cada factor se debe sumar las puntuaciones de cada ítem (del factor correspondiente) y multiplicar dicho resultado por el dominio del factor. La puntuación

total se obtiene sumando las 6 puntuaciones totales obtenidas de cada factor. Obtener 0 indica no haber tenido actividad sexual durante el último mes. Puntuaciones totales inferiores o iguales a 26 indican la presencia de una disfunción sexual.

Figura 2.

Validación preliminar del índice de función sexual femenina

Factor	Ítem	Rango de respuesta	Dominio del factor	Puntuación mínima	Puntuación máxima
<i>Deseo</i>	1,2	1-5	0,6	1,2	6
<i>Excitación</i>	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
<i>Lubricación</i>	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
<i>Orgasmo</i>	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
<i>Satisfacción global</i>	14, 15, 16	0 (ó 1)-5*	0,4	0	6
<i>Dolor</i>	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
Total				2	36

* El rango para el ítem 14 es de 0-5, para el 15 y 16 es de 1-5.

Vallejo P., Pérez-Durán, C. & Saavedra-Roa, A. Traducción, adaptación y validación preliminar del índice de función sexual femenina al español (Colombia). *Arch Sex Behav* **47**, 797–810 (2018).

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual durante la gestación en población de alto riesgo, que ha sido poco estudiada tanto en nuestro país como en el exterior. Lo que se busca es determinar si las diversas comorbilidades y el contexto emocional alrededor de un embarazo de alto riesgo compromete la función sexual en la gestante en mayor medida que lo observado en otros estudios en población de bajo riesgo [5].

4.9 Estado del arte.

A nivel internacional y nacional son numerosos los estudios que se han realizado en mujeres gestantes utilizando diversas herramientas de evaluación para determinar la existencia o

no de disfunción sexual y cómo esta disfunción puede afectar la salud y bienestar de la paciente. Dentro de los estudios más actuales que abordan este tema, encontramos el realizado por la Doctora Charlotte Cassis y colaboradores, en el cual se incluyó un total de 78 mujeres primigestante las cuales fueron reclutadas en su ecografía del primer trimestre en la clínica prenatal de un hospital terciario en el este de Inglaterra entre febrero de 2017 y enero de 2018. A este grupo poblacional se le aplicó el índice de función sexual femenina en los tres trimestres de embarazo encontrando una disminución general en la puntuación total del índice de función sexual femenina en los tres trimestres, recordando que, a mayor puntaje, mejor función sexual. Este estudio encontró que el número de mujeres diagnosticadas con disfunción sexual femenina aumento a lo largo de los tres trimestres. Siendo 30 mujeres que cumplieron con los criterios para el diagnóstico en el primer trimestre, 50 en el segundo y 68 en el tercero. Esto significa que para el tercer trimestre el 86,1 % de las mujeres se clasificarían como disfuncionales sexuales [44].

Otro trabajo reportado en la literatura sobre función sexual y embarazo y que tiene la particularidad de haberse llevado a cabo durante la pandemia por COVID-19 fue el desarrollado Latife Karakas y colaboradores [45], el cual se realizó entre julio y agosto de 2020, en el Hospital Universitario de Baskent, Turquía. Se obtuvo un total de 135 voluntarias embarazadas sanas, 45 de las cuales estaban en el primer trimestre (<13 semanas de embarazo), 45 en el segundo trimestre (13-26 semanas de embarazo) y 45 en el tercer trimestre (>26 semanas de embarazo), que fueron admitidas para sus seguimientos prenatales. Un total de 45 voluntarias sanas no embarazadas se inscribieron como grupo de control. Todas las mujeres incluidas en el estudio tenían entre 20 y 40 años, eran sexualmente activas y habían estado viviendo juntas con su pareja durante 3 meses antes de su inscripción en el estudio. Se excluyeron del estudio las mujeres con embarazos de alto riesgo y las pacientes que dieron positivo por COVID-19 o que vivían con alguien sospechoso de tener

COVID-19. A las mujeres que cumplían criterios para ingresar al estudio (180 pacientes) se les aplicó el índice de función sexual femenina, de las cuales 118 (87,4%) de las mujeres embarazadas y 31 (68,9%) de las mujeres no embarazadas fueron diagnosticadas con disfunción sexual. Se encontró que las mujeres que tenían títulos universitarios, son multíparas, y en el tercer trimestre fueron más propensas a desarrollar disfunción sexual y las puntuaciones del índice de función sexual femenina eran significativamente más altas en los embarazos planificados que en los embarazos no planificados [45]

Uno de los estudios más interesantes en este campo y que muestra la importancia de conocer cómo el embarazo afecta la función sexual, fue el realizado por Esmaili Mahnaz y colaboradores, en el cual utilizando como herramienta de evaluación el “índice de función sexual femenina”, buscó determinar el impacto de un paquete educativo estructurado enfocado en mejorar el conocimiento y las actitudes hacia los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo en la función sexual de las gestantes iraníes. Este trabajo incluyó 70 mujeres las cuales se distribuyeron así: 36 en el grupo de intervención y 34 en el grupo de control. El grupo de implementación recibió el paquete educativo estructurado y el grupo de control recibió capacitación sobre la lactancia materna y el parto normal. Lo que concluyeron fue que el deseo sexual ($P = 0,019$), la excitación ($P = 0,001$), la lubricación ($P = 0,001$), el orgasmo ($P = 0,001$), la satisfacción ($P = 0,007$) y la puntuación FSFI total ($P < 0,001$) mejoraron significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Sin embargo, no hubo diferencias en el dolor sexual después de la intervención ($P = 0,78$) [46].

A nivel continental, se han hecho importantes avances en este campo, lo que se traduce en cada vez un mayor número de estudios con este enfoque en paciente embarazadas. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por la Doctora Paula Amorim y colaboradores [47], en una población

de gestantes en Brasil, que incluyó 261 participantes a las cuales se les aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas, obstétricas y de comportamiento, así como el índice de función sexual Femenina, que se utilizó para evaluar la función sexual. De los participantes, 32,1% presentaron disfunción sexual, y los factores que más se vieron relacionados con este hallazgo fueron la “edad”, “renta” y “tipo de servicio de salud”, prevaleciendo gestantes entre 21 y 30 años ($p < 0,001$), con renta entre 1 y 2 salarios mínimos ($p = 0,048$) y que utilizan el servicio público ($p = 0,000$). En cuanto al análisis por dominios en esta población se encontró que el dominio con menos puntuación fue el “deseo” y el dominio mejor puntuado fue “la satisfacción” [47].

Son pocos los trabajos que estudian la disfunción sexual en gestantes con patologías que complican el embarazo, uno de los cuales fue el realizado en Brasil por Meireluci Costa Ribeiro y colaboradores. En esta investigación se incluyeron pacientes en el tercer trimestre del embarazo con y sin diabetes gestacional entre marzo y diciembre de 2010. Se utilizó la versión brasileña del índice de función sexual femenina para evaluar la función sexual. Se inscribieron un total de 87 participantes (43 mujeres sanas y 44 con diabetes gestacional). Este estudio trasversal concluyó que las puntuaciones totales del índice de función sexual femenina de las pacientes con diabetes gestacional fueron de $21,0 \pm 9,59$ en comparación con $22,3 \pm 9,17$ para las mujeres sanas ($P = 0,523$). La dificultad en el deseo fue el síntoma de disfunción sexual más común en ambos grupos, siendo reportado por el 42% y el 50% para las pacientes con diabetes gestacional y las mujeres sanas, respectivamente ($p = 0,585$). Por lo anterior se concluyó que la función sexual de las pacientes brasileñas con diabetes gestacional no difiere significativamente de la de las mujeres embarazadas sanas a la misma edad gestacional [48].

En nuestro país es poca la literatura científica que se ha generado alrededor de este tema, sin embargo, uno de los estudios más importantes en este campo fue el realizado por el Doctor

Franklin José Espitia De La Hoz titulado: “Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero” [7]. Es un estudio observacional prospectivo, de carácter descriptivo; realizado en tres clínicas privadas de nivel III en el eje Cafetero, Colombia. Se incluyeron 1440 mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de embarazo en el primer trimestre. Para hacer parte del estudio la paciente no debía tener enfermedades de transmisión sexual, debía ser un embarazo de un solo feto, tener pareja sexual estable y sin contraindicaciones para la actividad sexual. Se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina como instrumento de evaluación. Se midieron variables socio-demográficas, antecedentes de salud sexual y reproductiva, y por tipo de disfunción sexual evaluada. La puntuación media del índice de función sexual femenino en la población total fue de $29,47 \pm 5,48$ puntos (mínimo 9,71 y máximo 30,58). La prevalencia de disfunciones sexuales en el grupo estudiado, en el primer trimestre, fue del 39,79 %, en el segundo 44,37 % y 71,87 % en el tercero. La disfunción sexual presente con más frecuencia, en la población total, fue el trastorno del deseo (71,94 %), seguido por la alteración del orgasmo (39,79 %) y, en tercer lugar, la presencia de dolor (26,45%) [7].

5. Metodología

5.1 Diseño

Estudio observacional descriptivo, tipo corte transversal.

5.2 Población estudio

Gestantes clasificadas como alto riesgo obstétrico en primer, segundo o tercer trimestre del embarazo al momento del ingreso al estudio.

5.3 Criterios de inclusión a la cohorte

- Mayores de 14 años.
- Cualquier edad gestacional.
- Gestación clasificada como alto riesgo obstétrico, definido como la presencia 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, patología endocrinológica, abortadora habitual, embarazo adolescente, sangrado de la primera y segunda mitad del embarazo, infección por VIH o hepatitis, enfermedad o malformaciones maternas cardiovasculares, alteraciones anatómicas o funcionales de sistema urinario.

Ser atendidas en el Hospital Universitario de Santander en sus diferentes servicios: consulta externa, ecografía, urgencias u hospitalización.

- Manifestar tener vida sexual activa con pareja heterosexual.
- 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.

5.4 Criterios de exclusión definitivos

- Condiciones individuales del embarazo que contraindiquen la actividad sexual como el embarazo gemelar, amenaza de aborto, el trabajo de parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, placenta previa o de inserción baja, vasa previa.
- Tener diagnóstico de alguna patología mental.
- Antecedente de disfunción sexual previa al embarazo

5.5 Definición de variables

Disfunción sexual en gestantes de alto riesgo.				
Nombre de la variable.	Definición operacional.	Método de recolección.	Nivel de medición.	Posibles valores.

Disfunción sexual en gestantes de alto riesgo.				
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento.	Dato aportado por la gestante.	Cuantitativa discreta	12,13,14,15,16...
Escolaridad	Máximo nivel de formación académica.	Dato aportado por la gestante.	Categórica nominal.	-99: sin datos 1: Primaria incompleta 2: Primaria completa 3: Bachillerado incompleto 4: Bachillerato completo 5: Técnica 6: Universitaria.
Ocupación.	Oficio ejercido por la gestante	Dato aportado por la gestante	Categórica 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	Categórica nominal	-99: no datos 1: casada 2: soltera 3: unión libre 4: divorciada – separada 5: viuda

Disfunción sexual en gestantes de alto riesgo.				
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Tomado de la encuesta	Cualitativa ordinal	0=no practicante 1: Muy practicante 2 poco practicante
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.
Índice de masa corporal (Kg/m²)	Cociente del peso en Kg/talla en m ²	Tomado por medición al momento de la atención.	Cuantitativa continua	15, 23, 30...
Paridad	Número de gestaciones	Dato aportado por la gestante	Categórica nominal	-99: sin dato 1: primigestante 2: multigestante

Disfunción sexual en gestantes de alto riesgo.

Edad gestacional	Tiempo de gestación medido en semana y días calculados desde 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...
Opinión del compañero frente a relaciones sexuales durante el embarazo	Aceptación del compañero hacia mantener actividad sexual durante la gestación	Dato aportado por la gestante	Categórica nominal	-99: sin dato 1: si 2: no
Numero de factores de riesgo para actual gestación.	Numero de patologías asociadas a actual gestación.	Dato extraído de historia clínica.	Categórica ordinal.	1: un solo factor de riesgo. 2. Dos factores de riesgo 3. >= 3 factores de riesgo
Diagnóstico principal en actual gestación.	Diagnóstico que incentiva el manejo por unidad de alto riesgo obstétrico.	Dato extraído de historia clínica.	Descriptivo	Hipertensión pregestacional, diabetes pregestacional o

Disfunción sexual en gestantes de alto riesgo.

				gestacional, preeclampsia.
Puntaje FSF	Calificación obtenida	Dato tomado	Categórica	-99: sin dato
	por	del	nominal.	1: normal 2:
	la gestante en el	cuestionario del		disfunción tipo deseo
	índice de función	FSFI		3: disfunción tipo
	sexual	diligenciado		excitación 4:
	femenino al ser	por la		disfunción tipo
	evaluada a	gestante		lubricación.
	función sexual			5: disfunción tipo
				orgásmica 6:
				disfunción tipo
				satisfacción 7:
				disfunción tipo dolor

5.6. Procedimiento

Una vez se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Industrial de Santander y se tuvo el aval por parte del Hospital Universitario de Santander, se dio inicio a la recolección de gestantes bajo el convenio docente asistencial de dicha institución con la Universidad Industrial de Santander. La herramienta se aplicó a las gestantes usuarias del HUS cuyo diagnóstico sea “gestación de alto riesgo”. Estas mujeres fueron invitadas a participar en los diferentes servicios: sala de partos, hospitalización ginecoobstetricia, ecografía o consulta externa. La mayor cantidad de información se obtuvo de la entrevista y de la historia clínica solo se

extrajeran los diagnósticos de la paciente. Se realizó una captación consecutiva de gestantes que cumplan con criterios de elegibilidad.

Posteriormente, el investigador principal obtuvo la firma del consentimiento informado o asentimiento según corresponda, previa explicación del estudio en un espacio privado, garantizando así la privacidad de la gestante.

Posterior a la firma del consentimiento, el instrumento que mide la disfunción sexual fue diligenciado por la gestante misma, sin la intervención del investigador a menos, que surgieran dudas durante la valoración.

5.7 Calculo del tamaño de la muestra

Para estimar el tamaño de muestra se utilizó el programa *Open epi* para frecuencia, asumiendo una población infinita, una frecuencia anticipada de disfunción sexual femenina en la población de gestantes de alto riesgo del 50%,(dado que no hay estudios en esta población y teniendo en cuenta los datos locales del promedio de disfunción en los tres trimestres), con una incertidumbre del 10% y un efecto de diseño de uno se estableció un tamaño de muestra de 98 gestantes clasificadas de alto riesgo obstétrico.

5.8 Análisis estadístico

Se describieron todas las variables estudiadas en el grupo de gestantes, las variables cualitativas (nominales u ordinales) se resumieron con proporciones. Para facilitar el análisis estadístico y el análisis multivariado algunas variables como la edad, el índice de masa corporal y

la edad gestacional fueron agrupadas y clasificadas. En el caso de la edad se consideró embarazo adolescente a pacientes de 19 años o menores y edad materna avanzada a todas las gestantes de 35 años o más. Así mismo, esta variable también se agrupó por quinquenios para la descripción de las características sociodemográficas de las pacientes. El índice de masa corporal también se clasificó en bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad según la curva de índice de masa corporal y edad gestacional del ministerio de salud nacional y la edad gestacional fue clasificada por trimestre gestacional. Para determinar si las variables continuas tienen comportamiento normal se aplicó la prueba de Shapiro Wilk, se resumieron y presentaron como mediana y rango intercuartil o media y desviación estándar según corresponda.

Se estimaron la prevalencia global de disfunción sexual femenina con su respectivo IC 95% en el subgrupo poblacional a partir de los resultados de la escala de disfunción sexual considerando como punto de corte para definir la disfunción sexual un puntaje menor de 26,5 y para definir alteración en algún dominio se considera un puntaje menor a 3,6. Igualmente se calculó la proporción de alteración en cada uno de los dominios que evalúa la escala. Finalmente se describió la población de gestantes con disfunción sexual femenina según la presencia de las dos principales comorbilidades que llevan a clasificar esta mujer con alto riesgo obstétrico.

6. Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, se considera que el presente estudio representa riesgo mínimo para la salud e intimidad de las gestantes participantes ya que utiliza la aplicación del instrumento el cual trata aspectos sensitivos de la conducta de las mujeres participante. Según la clasificación de riesgo de este estudio se hace necesario la previa explicación, de consentimiento informado por escrito donde se obtendrá la autorización de la gestante a la recolección almacenamiento y análisis de datos; dicho consentimiento podrá ser retirado por la gestante en cualquier momento del estudio. En la recolección de paciente también se incluirá población menor de edad (entre 14-18 años de edad) las cuales diligenciarán el asentimiento informado, previa explicación del documento y en el cual se consigna de forma resumida, didáctica y sencilla la metodología, alcances y objetivo del trabajo, con el fin de obtener la autorización de la paciente para participar en el estudio. Cabe aclarar que el abordaje de este grupo de pacientes se hará con lenguaje sencillo, que se hará énfasis en la resolución de dudas y el acompañamiento cercano del encargado de la recolección de la información.

Basados en los principios éticos de la declaración internacional de Helsinki, modificada en el 2001, se asignará un código único a cada gestante con el cual serán identificadas dentro de la base de datos que se construirá a lo largo del estudio. Adicionalmente no se mencionará la identificación de ninguna de las participantes en ningún aparte del proyecto ni se mencionará en las publicaciones que de este resulten.

Principio de beneficencia

Dentro de los beneficios de este estudio se considera que aporta a cada participante un conocimiento objetivo de la respuesta sexual durante la gestación, lo cual podría ser beneficioso para futuros embarazos. El estudio permitirá a la comunidad médica visibilizar la frecuencia e impacto de la disfunción sexual en el embarazo y planear brindar herramientas o generar intervenciones integrales por parte de los equipos de salud encargados de la atención y seguimiento de las gestantes. Si a las participantes se identifica factores individuales que requieran intervención, se derivarán a la consulta de psicología de su red de atención en salud o a la consulta de sexualidad en el Instituto de salud de Bucaramanga, dirigida por la Dra. Rocío Guarín.

Principio de no maleficencia

Buscando preservar el principio de no maleficencia, el instrumento será aplicado a las gestantes por personal capacitado acerca del tema, previa explicación del consentimiento informado, en un entorno que genere seguridad e implementando un lenguaje verbal y no verbal respetuoso y cordial. Si se detectan alteraciones en las gestantes, ellas serán asesoradas y de ser necesario serán derivadas a consulta con especialistas expertos en el tema en su red de atención en salud. Al considerarse abordar una temática sensible, sin embargo, el diligenciamiento de la herramienta representa un riesgo mínimo para la integridad física y mental de las participantes. Dentro de los posibles riesgos de la presente investigación se encuentran las molestias que pudieran experimentar las participantes al enfrentarse a un cuestionario que indagaba acerca de prácticas

sexuales en su vida íntima pero las dudas e inquietudes derivadas posterior al diligenciamiento del formulario serán resueltas por el investigador a fin de no crear un impacto negativo.

Principio de autonomía

En cuanto al principio de autonomía las participantes dentro de su libre albedrío no serán coaccionadas para la toma de sus decisiones, dando la libertad para ingresar o retirarse del estudio en cualquier momento. El consentimiento informado, tendrá una descripción detallada del estudio, su objetivo, procedimiento a realizar, beneficios y riesgos; expresando a las gestantes su derecho a retirarse del estudio sin que esto afecte su control prenatal o la atención hospitalaria, con lo que se garantiza el principio de autonomía.

Principio de justicia

Para preservar el principio de justicia se les asegurará a las participantes que se van a proteger sus derechos, respetar sus decisiones, tendrán un trato cortés e imparcial a todas las gestantes; así mismo estas tendrán la libre elección de ingresar o retirarse del proyecto, previo conocimiento del protocolo y sus implicaciones.

Por parte de los investigadores no se buscan beneficios económicos por el trabajo durante el presente estudio, se declara que no hay conflicto de intereses en ninguno de los participantes y que la prioridad es preservar los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía en las gestantes que participaran de este estudio.

6.1 Tratamiento de datos personales

En concordancia con la Ley 1581 de 2012, la confidencialidad de los datos de las pacientes que hacen parte de este estudio se garantizó en todo momento, cada participante tuvo un código interno y las bases de datos con la información entregada para el análisis estadístico fue anonimizada, por lo que la protección a la privacidad se garantizó. Al diligenciar la herramienta de recolección se omitió de dicho documento cualquier dato que identifique a la paciente y se consignó solo el código interno y posterior al diligenciamiento de la misma, se depositó la encuesta en un sobre sellado marcado con el código de la participante y a la cual solo tuvo acceso el investigador.

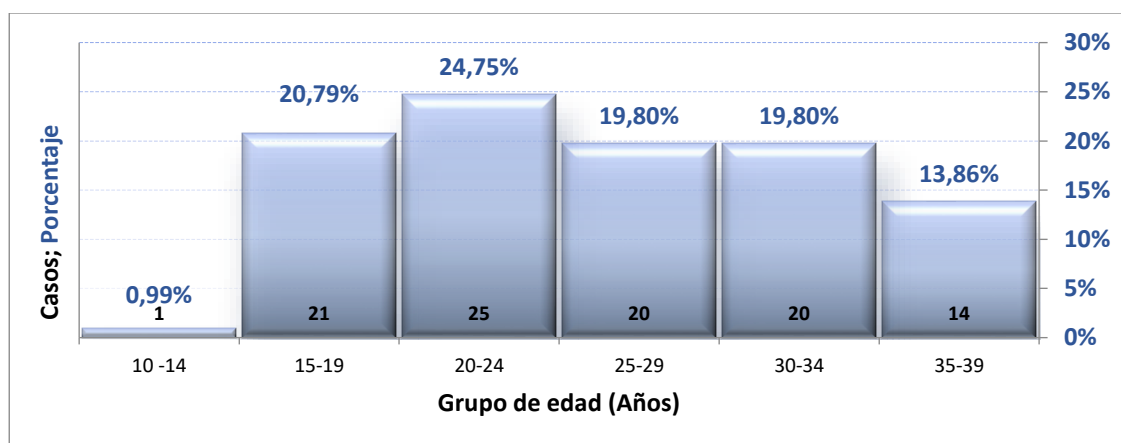
El acceso a la base de datos elaborada para consignar las variables a estudio solo fue permitido a los investigadores principales de este proyecto.

7. Resultados.

La edad de las gestantes no tuvo una distribución normal. La mediana de edad fue de 25 años, el 50% de ellas estuvo entre los 25 y 32 años. (RIQ 20 a 32). La distribución de edad por quinquenios se puede apreciar en la gráfica 1.

Gráfico 1.

Distribución de las gestantes por grupos etarios



El estrato socioeconómico estuvo entre 1 y 3, siendo el estrato 2 el de mayor frecuencia. El 88% tenían estudios más allá de la primaria completa; el 87% estaban casadas o en unión estable con su pareja y el 73% de las parejas aceptaba tener relaciones sexuales durante el presente embarazo.

Con respecto a la ocupación, aproximadamente 8 de cada 10 eran amas de casa. La práctica religiosa estuvo presente en el 83% de las entrevistadas. La Tabla 1 muestra las características demográficas de las gestantes del estudio.

Tabla 1.*Características demográficas de las pacientes*

Variable	Variables sociodemográficas	
	N	%
Total	101	100
Estrato socioeconómico		
1	35	34,65
2	53	52,48
3	13	12,87
Escolaridad		
Primaria incompleta	7	6,93
Primaria completa	5	4,95
Bachillerato incompleto	26	25,74
Bachillerato completo	45	44,55
Técnico	13	12,87
Universitario	5	4,95
Estado civil		
Soltera	12	11,88
Casada	18	17,82
Unión libre	70	69,31
Separada	1	0,99
Ocupación		
Desempleada	2	1,98
Ama de casa	79	78,22
Estudiante	4	3,96
Empleada/Independiente	16	15,84

Variables sociodemográficas		
Práctica religiosa		
No practicante	17	16,83
Poco practicante	47	46,53
Muy practicante	37	36,63
Pareja masculina		
No	0	0
Si	101	100
Pareja acepta tener relaciones		
No	27	26,73
Si	74	73,27

Las características gineco-obstétricas de las pacientes se muestran en la tabla 2. Menos de la tercera parte eran nulíparas, el 33% tenía al menos una cesárea previa. Los antecedentes de óbito fetal y embarazos ectópicos fueron los antecedentes de más baja frecuencia, y el de aborto tuvo una frecuencia de 23,8%. La mayoría de las gestantes estaban en su tercer trimestre.

Tabla 2.

Variables gineco-obstétricas

Variable	N	%
Total	101	100
Gestaciones		
1	31	30,69
2	28	27,72
3	22	21,78

Variable	N	%
4	11	10,89
5	7	6,93
6	1	0,99
12	1	0,99
Partos		
0	67	66,34
1	16	15,84
2	7	6,93
3	6	5,94
4	4	3,96
8	1	0,99
Cesáreas		
0	67	66,34
1	25	24,75
2	8	7,92
3	1	0,99
Abortos		
0	77	76,24
1	19	18,81
2	3	2,97
3	2	1,98
Embarazos ectópicos		
0	98	97,03
1	3	2,97
Óbito fetal		
0	100	99,01

Variable	N	%
1	1	0,99
Hijos vivos		
0	55	54,46
1	22	21,78
2	11	10,89
3	7	6,93
4	4	3,96
5	1	0,99
8	1	0,99
Trimestre del embarazo actual		
1	8	7,92
2	29	28,71
3	64	63,37

Factores de riesgo Obstétrico

El 61% tenía un peso por encima de la norma (sobrepeso u obesidad). La amenaza de parto pretérmino fue el factor más frecuente, seguido de primipaternidad, restricción del crecimiento intrauterino, embarazo adolescente y diabetes gestacional.

Tabla 3.

Factores de Riesgo Obstétrico

Variable	N	%
Total	101	100

Variable	N	%
Índice de Masa Corporal		
Bajo peso	20	19,80
Normo peso	38	37,62
Sobrepeso	24	23,76
Obesidad	19	18,81
Diabetes Gestacional		
No	80	79,21
Si	21	20,79
Diabetes Pregestacional		
No	98	97,03
Si	3	2,97
Trastornos Hipertensivos del Embarazo		
No	83	82,18
Si	18	17,82
Hipertensión Pregestacional		
No	96	95,05
Si	5	4,95
Amenaza de Parto Pretérmino		
No	36	35,64
Si	65	64,36
Restricción del Crecimiento Intrauterino		
No	78	77,23
Si	23	22,77
Embarazo Adolescente		
No	79	78,22
Si	22	21,78

Variable	N	%
Edad Materna Avanzada		
No	87	86,14
Si	14	13,86
Primipaternidad		
No	93	92,08
Si	8	36,63
Gran Multipara		
No	95	94,06
Si	6	5,94
Sin Control Prenatal		
No	97	96,04
Si	4	3,96

Disfunción sexual.

Aproximadamente 6 de cada 10 gestantes tenían disfunción sexual global. Por dominios, la mayor frecuencia de disfunciones fue para la excitación (47%) y el deseo (44%), aunque seguidos de cerca por la disfunción por dolor (37%), lubricación (36%), orgasmo (33%) y satisfacción (32%) (Tabla 4).

Tabla 4.

Disfunción sexual global y por dominios

Variable	N	%
Total	101	100

Variable	N	%
Disfunción sexual global		
No	40	39.60
Si	61	60.40
Disfunción del deseo		
No	57	56.44
Si	44	43.56
Disfunción en la excitación		
No	54	53.47
Si	47	46.53
Disfunción de la lubricación		
No	65	64.36
Si	36	35.64
Disfunción del orgasmo		
No	68	67.33
Si	33	32.67
Disfunción de la satisfacción		
No	69	68.32
Si	32	31.68
Disfunción por dolor		
No	64	63.37
Si	37	36.63

Análisis de la disfunción sexual según características maternas

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad ($p=0,047$) y para la ocupación materna, se observó un gradiente negativo según la edad, y una mayor disfunción sexual

en amas de casa ($p=0,017$). También se encontró una mayor disfunción en aquellas embarazadas cuya pareja no acepta tener relaciones sexuales durante su embarazo (88,89% vs 50%; $p<0,001$). Se observó un aumento de la frecuencia de la disfunción a medida que aumenta la escolaridad, sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Las diferencias sociodemográficas entre mujeres con y sin disfunción sexual se pueden apreciar en la tabla 5.

Tabla 5.*Disfunción sexual por variable sociodemográfica*

Grupo de edad	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,047†
	(100,00%)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	3	18	21	
	(14,29 %)	(85,71 %)	(100,00 %)	
20-24	9	16	25	
	(36,00 %)	(64,00 %)	(100,00 %)	
25-29	10	10	20	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
30-34	11	9	20	
	(55,00 %)	(45,00 %)	(100,00 %)	
35-39	6	8	14	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	7	12	19	0,151
	(36,84 %)	(63,16 %)	(100,00 %)	
Normo peso	8	12	20	

Grupo de edad	Disfunción sexual			p*	
	No	Si	Total		
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)		
Sobrepeso	11	27	38		
	(28,95 %)	(71,05 %)	(100,00 %)		
Obesidad	14	10	24		
	(58,33 %)	(64,00 %)	(100,00 %)		
Estrato Social					
1	12	23	35	0,512	
	(34,29 %)	(65,71 %)	(100,00 %)		
2	21	32	53		
	(39,62 %)	(60,38 %)	(100,00 %)		
3	7	6	13		
	(53,85 %)	(46,15 %)	(100,00 %)		
Escolaridad					
Primaria Incompleta	2	5	7		0,874†
	(28,57 %)	(71,43 %)	(100,00 %)		
Primaria Completa	2	3	5		
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)		
Bachillerato Incompleto	8	18	26		
	(30,77 %)	(69,23 %)	(100,00 %)		
Bachillerato completo	20	25	45		
	(44,44 %)	(55,56 %)	(100,00 %)		
Técnico	6	7	13		
	(46,15 %)	(53,85 %)	(100,00 %)		
Universitario	2	3	5		
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)		

Grupo de edad	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
Estado Civil				
Soltera	2	10	12	0,274†
	(16,67 %)	(83,33 %)	(100,00 %)	
Casada	8	10	18	
	(44,44 %)	(55,56 %)	(100,00 %)	
Unión Libre	30	40	70	
	(42,86%)	(57,14 %)	(100,00 %)	
Separada	0	1	1	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	1	1	2	0,017†
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Ama de Casa	28	51	79	
	35,44 %)	(64,56 %)	(100,00 %)	
Estudiante	0	4	4	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	11	5	16	
	(68,75 %)	(31,25 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	-
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	40	61	101	
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)	
Pareja acepta tener relaciones				
No	3	24	27	<0,001†

Grupo de edad	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
	(11,11 %)	(88,89 %)	(100,00 %)	
Si	37	37	74	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	3	14	17	0,111†
	(17,65 %)	(82,35 %)	(100,00 %)	
Poco practicante	20	27	47	
	(42,55 %)	(57,45 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	17	20	37	
	(45,95 %)	(54,05 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Con respecto a los factores de riesgo obstétricos (Tabla 6), se encontró una mayor frecuencia de disfunción sexual en los embarazos adolescentes (81,82%) de manera estadísticamente significativa ($p=0,016$). También se observó un aumento de la probabilidad de disfunción sexual a mayor trimestre del embarazo ($p=0,018$).

Tabla 6.

Disfunción sexual por factores de riesgo obstétricos

Diabetes Gestacional	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
No	29	51	80	0,179
	(36,25 %)	(63,75 %)	(100,00 %)	
Si	11	10	21	

Diabetes Gestacional	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
	(52,38%)	(47,62 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	37	61	98	0,059†
	(37,76 %)	(62,24 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos Hipertensivos del Embarazo				
No	32	51	83	0,417
	(38,55 %)	(61,45 %)	(100,00 %)	
Si	8	10	18	
	(44,44 %)	(55,56 %)	(100,00 %)	
Hipertensión Pregestacional				
No	35	61	96	-
	(36,46 %)	(63,54 %)	(100,00 %)	
Si	5	0	5	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Amenaza de parto pretérmino				
No	12	24	36	0,228
	(33,33 %)	(66,67 %)	(100,00 %)	
Si	28	37	65	
	(43,08 %)	(56,92 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	29	49	78	0,249

Diabetes Gestacional	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
	(37,18 %)	(62,82 %)	(100,00 %)	
Si	11	12	23	
	(47,83 %)	(52,17 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	36	43	79	0,016†
	(45,57 %)	(54,43 %)	(100,00 %)	
Si	4	18	22	
	(18,18 %)	(81,82 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	34	53	87	0,504
	(39,08 %)	(60,92 %)	(100,00 %)	
Si	6	8	14	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
Primipaternidad				
No	36	57	93	0,394
	(38,71 %)	(61,29 %)	(100,00 %)	
Si	4	4	8	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Gran múltipara				
No	36	59	95	0,167
	(37,89 %)	(62,11 %)	(100,00 %)	
Si	4	2	6	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	40	57	97	0,128†

Diabetes Gestacional	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
	(41,24 %)	(58,76 %)	(100,00 %)	
Si	0	4	4	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Control de comorbilidades				
No	8	8	16	0,274
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Si	31	50	81	
	(38,27 %)	(61,73 %)	(100,00 %)	
Número de diagnósticos que complican la gestación				
1	7	9	16	0,896
	(43,75 %)	(56,25 %)	(100,00 %)	
2	16	28	44	
	(36,36 %)	(63,64 %)	(100,00 %)	
3	11	16	27	
	(40,74 %)	(59,26 %)	(100,00 %)	
4	2	5	7	
	(28,57 %)	(71,43 %)	(100,00 %)	
5	3	2	5	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Trimestre				
1	7	1	8	0,018†
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción sexual			p*
	No	Si	Total	
2	10	19	29	
	(34,48 %)	(65,52 %)	(100,00 %)	
3	23	41	64	
	(35,94 %)	(64,06 %)	(100,00 %)	
Diagnóstico único de ARO				
No	33	52	85	0,459
	(38,82 %)	(61,18 %)	(100,00 %)	
Si	7	9	16	
	(43,75 %)	(56,25 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Análisis de la disfunción sexual por dominios.

Deseo sexual

La disfunción sexual del deseo no mostró diferencias estadísticamente significativas para las variables sociodemográficas de la embarazada (Tabla 7); Si embargo, se observó más disfunción en las gestantes de los grupos de edad de los extremos. Las madres cuya pareja no acepta tener relaciones sexuales durante el embarazo mostraron mayor frecuencia de afectación de este dominio de manera estadísticamente significativa ($p=0,045$).

Tabla 7.*Disfunción del deseo sexual según variable sociodemográfica*

Grupo de edad	Disfunción del deseo sexual			p*
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,356†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	9	12	21	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
20-24	14	11	25	
	(56,00 %)	(44,00 %)	(100,00 %)	
25-29	13	7	20	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
30-34	14	6	20	
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	
35-39	6	8	14	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	10	9	20	0,604
	(52,63 %)	(47,37 %)	(100,00 %)	
Normo peso	12	8	38	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Sobrepeso	19	19	24	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Obesidad	16	8	19	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Estrato Social				
1	18	17	35	0,814

Grupo de edad	Disfunción del deseo sexual			p*	
	No	Si	Total		
	(51,43 %)	(48,57 %)	(100,00 %)		
2	31	22	53		
	(58,49 %)	(41,51 %)	(100,00 %)		
3	8	5	13		
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)		
Escolaridad					
Primaria Incompleta	3	4	7	0,777†	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)		
Primaria Completa	3	2	5		
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)		
Bachillerato Incompleto	12	14	26		
	(46,15 %)	(53,85 %)	(100,00 %)		
Bachillerato completo	28	17	45		
	(62,22 %)	(37,78 %)	(100,00 %)		
Técnico	8	5	13		
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)		
Universitario	3	2	5		
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)		
Estado Civil					
Soltera	6	6	12		0,550†
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)		
Casada	9	9	18		
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)		
Unión Libre	42	28	70		
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)		

Grupo de edad	Disfunción del deseo sexual			p*
	No	Si	Total	
Separada	0	1	1	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	2	0	2	0,130†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Ama de Casa	42	37	79	
	(53,16 %)	(46,84 %)	(100,00 %)	
Estudiante	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	12	4	16	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	0,436†
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	57	44	101	
	(57,00 %)	(43,00 %)	(100,00 %)	
Pareja acepta tener relaciones				
No	11	16	27	0,045
	(40,74 %)	(59,26 %)	(100,00 %)	
Si	46	28	74	
	(62,16 %)	(37,84 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	8	9	17	0,667
	(47,06 %)	(52,94 %)	(100,00 %)	
Poco practicante	28	19	47	

Grupo de edad	Disfunción del deseo sexual			p*
	No	Si	Total	
	(59,57 %)	(40,43 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	21	16	37	
	(56,76 %)	(43,24 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Todas las mujeres que **no** asistieron a ninguno de sus controles prenatales tuvieron disfunción del deseo sexual (n 4). No se encontró una asociación estadística para la disfunción de este dominio para los demás factores de riesgo obstétrico (Tabla 8).

Tabla 8.

Disfunción del deseo sexual según factores de riesgo obstétricos

Diabetes Gestacional	Disfunción del deseo sexual			P*
	No	Si	Total	
No	44	36	1	0,377†
	(55,00 %)	(45,00 %)	(100,00 %)	
Si	13	8	100	
	(61,90 %)	(38,10 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	54	44	98	0,176†
	(55,10 %)	(44,90 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos Hipertensivos del Embarazo				
No	47	36	83	0,568

Diabetes Gestacional	Disfunción del deseo sexual			P*
	No	Si	Total	
	(56,63 %)	(43,37 %)	(100,00 %)	
Si	10	8	18	
	(55,56 %)	(44,44 %)	(100,00 %)	
Hipertensión Pregestacional				
No	52	44	96	0,053†
	(54,17 %)	(45,83 %)	(100,00 %)	
Si	5	0	5	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Amenaza de parto pretérmino				
No	18	18	36	0,223
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Si	39	26	65	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	43	35	78	0,404
	(55,13 %)	(44,87 %)	(100,00 %)	
Si	14	9	23	
	(60,87 %)	(39,13 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	47	32	79	0,176
	(59,49 %)	(40,51 %)	(100,00 %)	
Si	10	12	22	
	(45,45 %)	(54,55 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	51	36	87	0,504

Diabetes Gestacional	Disfunción del deseo sexual			P*
	No	Si	Total	
	(58,62 %)	(41,38 %)	(100,00 %)	
Si	6	8	14	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
Total	57	44	101	
	(56,44 %)	(43,56 %)	(100,00 %)	
Primipaternidad				
No	52	41	93	0,510†
	(55,91 %)	(44,09 %)	(100,00 %)	
Si	5	3	8	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Gran múltipara				
No	53	42	95	0,469†
	(55,79 %)	(44,21 %)	(100,00 %)	
Si	4	2	6	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	57	40	97	0,033†
	(58,76 %)	(41,24 %)	(100,00 %)	
Si	0	4	4	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Control de comorbilidades				
No	9	7	16	0,590
	(56,25 %)	(43,75 %)	(100,00 %)	
Si	46	35	81	
	(56,79 %)	(43,21 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción del deseo sexual			P*
	No	Si	Total	
Número de diagnósticos que complican la gestación				
1	9	7	16	0,907†
	(56,25 %)	(43,75 %)	(100,00 %)	
2	25	19	44	
	(56,82 %)	(43,18 %)	(100,00 %)	
3	15	12	27	
	(55,56 %)	(44,44 %)	(100,00 %)	
4	3	4	7	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
5	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Trimestre				
1	7	1	8	0,086
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)	
2	13	16	29	
	(44,83 %)	(55,17 %)	(100,00 %)	
3	37	27	64	
	(57,81 %)	(42,19 %)	(100,00 %)	
Diagnóstico único de ARO				
No	48	37	85	0,599
	(56,47 %)	(43,53 %)	(100,00 %)	
Si	9	7	16	

Diabetes Gestacional	Disfunción del deseo sexual			P*
	No	Si	Total	
	(56,25 %)	(43,75 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Disfunción de la excitación sexual.

Este dominio mostró asociación con las variables relacionadas con la pareja. Se encontró una mayor frecuencia de disfunción de la excitación en las solteras (que no conviven con su pareja) ($p=0,02$) comparadas con las que comparten vivienda con su cónyuge (casadas o unión libre). También se encontró una mayor frecuencia de disfunción en aquellas cuya pareja no aceptaba tener relaciones durante el embarazo. (Tabla 9)

Tabla 9.

Disfunción de la excitación según variables sociodemográficas

Grupo de edad	Disfunción de la excitación			P*
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,121†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	6	15	21	
	(28,57 %)	(71,43 %)	(100,00 %)	
20-24	14	11	25	
	(56,00 %)	(44,00 %)	(100,00 %)	
25-29	13	7	20	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción de la excitación			P*
	No	Si	Total	
30-34	13	7	20	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
35-39	7	7	14	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	10	9	19	0,426
	(52,63 %)	(47,37%)	(100,00 %)	
Normo peso	11	9	20	
	(55,00 %)	(45,00 %)	(100,00 %)	
Sobrepeso	17	21	38	
	(44,74 %)	(55,26 %)	(100,00 %)	
Obesidad	16	8	24	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Estrato Social				
1	20	15	35	0,887
	(57,14 %)	(42,86 %)	(100,00 %)	
2	27	26	53	
	(50,94 %)	(49,06 %)	(100,00 %)	
3	7	6	13	
	(53,85 %)	(46,15 %)	(100,00 %)	
Escolaridad				
Primaria Incompleta	2	5	7	0,547†
	(28,57 %)	(71,43 %)	(100,00 %)	
Primaria Completa	2	3	5	
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción de la excitación			P*
	No	Si	Total	
Bachillerato Incompleto	13	13	26	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Bachillerato completo	28	17	45	
	(62,22 %)	(37,78 %)	(100,00 %)	
Técnico	7	6	13	
	(53,85 %)	(46,15 %)	(100,00 %)	
Universitario	2	3	5	
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)	
Estado Civil				
Soltera	2	10	12	0,020†
	(16,67 %)	(83,33 %)	(100,00 %)	
Casada	10	8	18	
	(55,56 %)	(44,44 %)	(100,00 %)	
Unión Libre	42	28	70	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Separada	0	1	1	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	2	0	2	0,218†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Ama de Casa	40	39	79	
	(50,63 %)	(49,37 %)	(100,00 %)	
Estudiante	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	11	5	16	

Grupo de edad	Disfunción de la excitación			P*
	No	Si	Total	
	(68,75 %)	(31,25 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	-
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	54	47	101	
	(54,00 %)	(46,00 %)	(100,00 %)	
Pareja acepta tener relaciones				
No	5	22	27	<0,001
	(18,52 %)	(81,48 %)	(100,00 %)	
Si	49	25	74	
	(66,22 %)	(33,78 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	6	11	17	0,240
	(35,29 %)	(64,71 %)	(100,00 %)	
Poco practicante	26	21	47	
	(55,32 %)	(44,68 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	22	15	37	
	(59,46 %)	(40,54 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Para los factores de riesgo obstétrico, solamente se encontró una asociación entre la disfunción de la excitación y el embarazo adolescente ($p=0,019$). La comparación de los diferentes factores con la presencia de disfunción de este dominio se resume en la tabla 10.

Tabla 10.*Disfunción de la excitación según riesgos obstétricos*

Diabetes Gestacional	Disfunción de la excitación			P
	No	Si	Total	
No	40	40	80	0,132
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Si	14	7	21	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	51	47	98	0,149†
	(52,04 %)	(47,96 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos Hipertensivos del Embarazo				
No	43	40	83	0,326
	(51,81 %)	(48,19 %)	(100,00 %)	
Si	11	7	18	
	(61,11 %)	(38,89 %)	(100,00 %)	
Hipertensión Pregestacional				
No	49	47	96	0,040†
	(51,04 %)	(48,96 %)	(100,00 %)	
Si	5	0	5	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Amenaza de parto pretérmino				
No	17	19	36	0,233
	(47,22 %)	(52,78 %)	(100,00 %)	
Si	37	28	65	

Diabetes Gestacional	Disfunción de la excitación			P
	No	Si	Total	
	(56,92 %)	(43,08 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	40	38	78	0,285
	(51,28 %)	(48,72 %)	(100,00 %)	
Si	14	9	23	
	(60,87 %)	(39,13 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	47	32	79	0,019
	(59,49 %)	(40,51 %)	(100,00 %)	
Si	7	15	22	
	(31,82 %)	(68,18 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	47	50	87	0,501
	(58,62 %)	(41,38 %)	(100,00 %)	
Si	7	7	14	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Primipaternidad				
No	49	44	93	0,438
	(52,69 %)	(47,31 %)	(100,00 %)	
Si	5	3	8	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Gran múltipara				
No	50	45	95	0,407†
	(52,63 %)	(47,37 %)	(100,00 %)	
Si	4	2	6	

Diabetes Gestacional	Disfunción de la excitación			P
	No	Si	Total	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	53	44	97	0,258
	(54,64 %)	(45,36 %)	(100,00 %)	
Si	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Control de comorbilidades				
No	11	5	16	0,146
	(68,75 %)	(31,25 %)	(100,00 %)	
Si	41	40	81	
	(50,62 %)	(49,38 %)	(100,00 %)	
Números de diagnósticos que complican la gestación				
1	9	7	16	0,863†
	(56,25 %)	(43,75 %)	(100,00 %)	
2	24	20	44	
	(54,55 %)	(45,45 %)	(100,00 %)	
3	13	14	27	
	(48,15 %)	(51,85 %)	(100,00 %)	
4	3	4	7	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
5	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción de la excitación			P	
	No	Si	Total		
Trimestre					
1	7	1	8	0,100†	
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)		
2	13	16	29		
	(44,83 %)	(55,17 %)	(100,00 %)		
3	34	30	64		
	(53,13 %)	(46,88 %)	(100,00 %)		
Total	54	47	101		
	(53,47 %)	(46,53 %)	(100,00 %)		
Diagnóstico único de ARO					
No	45	40	85		0,514
	(52,94 %)	(47,06 %)	(100,00 %)		
Si	9	7	16		
	(56,25 %)	(43,75 %)	(100,00 %)		

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Disfunción en la lubricación

Los hallazgos con respecto a este dominio tuvieron un comportamiento similar al de la excitación sexual, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas para el estado civil ($p=0,017$) y la aceptación de las relaciones sexuales en el embarazo ($p<0,001$) por parte de la pareja (Tabla 11).

Tabla 11.*Disfunción de la lubricación según variables sociodemográficas*

Grupo de edad	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,687†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	11	10	21	
	(52,38 %)	(47,62 %)	(100,00 %)	
20-24	15	10	25	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
25-29	14	6	20	
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	
30-34	15	5	20	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
35-39	9	5	14	
	(64,29 %)	(35,71 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	11	8	20	0,332
	(57,89 %)	(42,11 %)	(100,00 %)	
Normo peso	13	7	38	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
Sobrepeso	22	16	24	
	(57,89 %)	(42,11 %)	(100,00 %)	
Obesidad	19	5	19	
	(79,17 %)	(20,83 %)	(100,00 %)	
Estrato Social				
1	25	10	35	0,543

Grupo de edad	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
	(71,43 %)	(28,57 %)	(100,00 %)	
2	32	21	53	
	(60,38 %)	(39,62 %)	(100,00 %)	
3	8	5	13	
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)	
Escolaridad				
Primaria Incompleta	2	5	7	0,122†
	(28,57 %)	(71,43 %)	(100,00 %)	
Primaria Completa	2	3	5	
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)	
Bachillerato Incompleto	18	8	26	
	(69,23 %)	(30,77 %)	(100,00 %)	
Bachillerato completo	33	12	45	
	(73,33 %)	(26,67 %)	(100,00 %)	
Técnico	8	5	13	
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)	
Universitario	2	3	5	
	(40,00 %)	(60,00 %)	(100,00 %)	
Estado Civil				
Soltera	3	9	12	0,017†
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Casada	12	6	18	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Unión Libre	49	21	70	
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
Separada	1	0	1	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	2	0	2	0,231†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Ama de Casa	50	29	79	
	(63,29 %)	(36,71 %)	(100,00 %)	
Estudiante	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	12	4	16	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	-
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	65	36	101	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
Pareja acepta tener relaciones				
No	8	19	27	<0,001
	(29,63 %)	(70,37 %)	(100,00 %)	
Si	57	17	74	
	(77,03 %)	(22,97 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	10	7	17	0,890
	(58,82 %)	(41,18 %)	(100,00 %)	
Poco practicante	31	16	47	

Grupo de edad	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
	(65,96 %)	(34,04 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	24	13	37	
	(64,86 %)	(35,14 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

No se encontró asociación estadísticamente significativa para la disfunción de la lubricación y los factores de riesgo obstétricos (Tabla 12).

Tabla 12.

Disfunción de la lubricación Según factores de riesgo obstétrico

Diabetes Gestacional	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
No	50	30	80	0,311
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Si	15	6	21	
	(71,43 %)	(28,57 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	62	36	98	0,262†
	(63,27 %)	(36,73 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos				
Hipertensivos del Embarazo				

Diabetes Gestacional	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
No	52	31	83	0,315
	(62,65 %)	(37,35 %)	(100,00 %)	
Si	13	5	18	
	(72,22 %)	(27,78 %)	(100,00 %)	
Hipertensión				
Pregestacional				
No	60	36	96	0,104†
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Si	5	0	5	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Amenaza de parto pretérmino				
No	23	13	36	0,555
	(63,89 %)	(36,11 %)	(100,00 %)	
Si	42	23	65	
	(64,62 %)	(35,38 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	49	29	78	0,369
	(62,82 %)	(37,18 %)	(100,00 %)	
Si	16	7	23	
	(69,57 %)	(30,43 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	53	26	79	0,201

Diabetes Gestacional	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
	(67,09 %)	(32,91 %)	(100,00 %)	
Si	12	10	22	
	(54,55 %)	(45,45 %)	(100,00 %)	
Total	65	36	101	
	(64,36 %)	(35,64 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	56	31	87	0,608
	(64,37 %)	(35,63 %)	(100,00 %)	
Si	9	5	14	
	(64,29 %)	(35,71 %)	(100,00 %)	
Primipateridad				
No	59	34	93	0,406†
	(63,44 %)	(36,56 %)	(100,00 %)	
Si	6	2	8	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Gran múltipara				
No	61	34	95	0,636†
	(64,21 %)	(35,79 %)	(100,00 %)	
Si	4	2	6	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	62	35	97	0,551†
	(63,92 %)	(36,08 %)	(100,00 %)	
Si	3	1	4	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
Control de comorbilidades				
No	13	3	16	0,080†
	(81,25 %)	(18,75 %)	(100,00 %)	
Si	48	33	81	
	(59,26 %)	(40,74 %)	(100,00 %)	
Números de diagnósticos que complican la gestación				
1	9	7	16	0,407†
	(56,25 %)	(43,75 %)	(100,00 %)	
2	24	20	44	
	(54,55 %)	(45,45 %)	(100,00 %)	
3	13	14	27	
	(48,15 %)	(51,85 %)	(100,00 %)	
4	3	4	7	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
5	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Trimestre				
1	7	1	8	0,346
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)	
2	17	12	29	

Diabetes Gestacional	Disfunción de la lubricación			P
	No	Si	Total	
	(58,62 %)	(41,38 %)	(100,00 %)	
3	41	23	64	
	(64,06 %)	(35,94 %)	(100,00 %)	
Diagnóstico único de ARO				
No	55	30	85	0,538
	(64,71 %)	(35,29 %)	(100,00 %)	
Si	10	6	16	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Disfunción del Orgasmo

Las variables sociodemográficas que mostraron una asociación con la frecuencia de disfunción orgásmica fueron el estado civil ($p=0,002$), la aceptación de la pareja a tener relaciones durante el embarazo ($p<0,001$) y la intensidad de la práctica religiosa ($p=0,049$). Hubo relativamente más disfunción en este dominio en las mujeres solteras que en aquellas que conviven con sus parejas (casadas o unión libre), en las que su pareja no aceptaba tener relaciones, y en aquellas que no practicaban ninguna religión (tabla 13).

Tabla 13.*Disfunción del orgasmo según variables sociodemográficas*

Grupo de edad	Disfunción del orgasmo			P
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,712†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	13	8	21	
	(61,90 %)	(38,10 %)	(100,00 %)	
20-24	16	9	25	
	(64,00 %)	(36,00 %)	(100,00 %)	
25-29	14	6	20	
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	
30-34	16	4	20	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
35-39	8	6	14	
	(57,14 %)	(42,86 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	14	6	20	0,203†
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	
Normo peso	22	16	38	
	(57,89 %)	(42,11 %)	(100,00 %)	
Sobrepeso	20	4	24	
	(83,33 %)	(16,67 %)	(100,00 %)	
Obesidad	12	7	19	
	(63,16 %)	(36,84 %)	(100,00 %)	
Estrato Social				
1	25	10	35	0,729

Grupo de edad	Disfunción del orgasmo			P
	No	Si	Total	
	(71,43 %)	(28,57 %)	(100,00 %)	
2	35	18	53	
	(66,04 %)	(33,96 %)	(100,00 %)	
3	8	5	13	
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)	
Escolaridad				
Primaria Incompleta	4	3	7	0,857†
	(57,14 %)	(42,86 %)	(100,00 %)	
Primaria Completa	3	2	5	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Bachillerato Incompleto	17	9	26	
	(69,23 %)	(30,77 %)	(100,00 %)	
Bachillerato completo	33	12	45	
	(73,33 %)	(26,67 %)	(100,00 %)	
Técnico	8	5	13	
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)	
Universitario	3	2	5	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Estado Civil				
Soltera	3	9	12	0,002†
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Casada	14	4	18	
	(77,78 %)	(22,22 %)	(100,00 %)	
Unión Libre	51	19	70	
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción del orgasmo			P
	No	Si	Total	
Separada	0	1	1	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	2	0	2	0,134†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Ama de Casa	52	27	79	
	(65,82 %)	(34,18 %)	(100,00 %)	
Estudiante	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	13	3	16	
	(81,25 %)	(18,75 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	-
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	68	33	101	
	(68,00 %)	(32,00 %)	(100,00 %)	
Pareja acepta tener relaciones				
No	9	18	27	<0,001
	(33,33 %)	(66,67 %)	(100,00 %)	
Si	59	15	74	
	(79,73 %)	(20,27 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	7	10	17	0,049
	(41,18 %)	(58,82 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción del orgasmo			P
	No	Si	Total	
Poco practicante	34	13	47	
	(72,34 %)	(27,66 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	27	10	37	
	(72,97 %)	(27,03 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Para los factores de riesgo obstétrico estudiados, las diferencias entre quienes tuvieron y no tuvieron disfunción del orgasmo no fueron estadísticamente significativas (tabla 14).

Tabla 14.

Disfunción del orgasmo según factores de riesgo obstétricos

Diabetes Gestacional	Disfunción del orgasmo			P*
	No	Si	Total	
No	52	28	80	0,127
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
Si	16	5	21	
	(76,19 %)	(23,81 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	65	33	98	0,314†
	(66,33 %)	(33,67 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos Hipertensivos del Embarazo				
No	55	28	83	0,322

Diabetes Gestacional	Disfunción del orgasmo			P*
	No	Si	Total	
	(66,27 %)	(33,73 %)	(100,00 %)	
Si	13	5	18	
	(72,22 %)	(27,78 %)	(100,00 %)	
Hipertensión Pregestacional				
No	63	33	96	0,142†
	(65,63 %)	(34,38 %)	(100,00 %)	
Si	5	0	5	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Amenaza de parto pretérmino				
No	24	12	36	0,520
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Si	44	21	65	
	(67,69 %)	(32,31 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	50	28	78	0,182
	(64,10 %)	(35,90 %)	(100,00 %)	
Si	18	5	23	
	(78,26 %)	(21,74 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	54	25	79	0,589
	(68,35 %)	(31,65 %)	(100,00 %)	
Si	14	8	22	
	(63,64 %)	(36,36 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	60	27	87	0,473

Diabetes Gestacional	Disfunción del orgasmo			P*
	No	Si	Total	
	(68,97 %)	(31,03 %)	(100,00 %)	
Si	8	6	14	
	(57,14 %)	(42,86 %)	(100,00 %)	
Primipaterinidad				
No	62	31	93	0,506†
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Si	6	2	8	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Gran múltipara				
No	64	31	95	0,622†
	(67,37 %)	(32,63 %)	(100,00 %)	
Si	4	2	6	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	66	31	97	0,212†
	(68,04 %)	(31,96 %)	(100,00 %)	
Si	2	2	4	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Control de comorbilidades				
No	12	4	16	0,368
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Si	54	27	81	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Números de diagnósticos que complican la gestación				

Diabetes Gestacional	Disfunción del orgasmo			P*
	No	Si	Total	
1	10	6	16	0,613†
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
2	32	12	44	
	(72,73 %)	(27,27 %)	(100,00 %)	
3	18	9	27	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
4	3	4	7	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
5	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Trimestre				
1	7	1	8	0,367†
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)	
2	18	11	29	
	(62,07 %)	(37,93 %)	(100,00 %)	
3	43	21	64	
	(67,19 %)	(32,81 %)	(100,00 %)	
Diagnóstico único de ARO				
No	58	27	85	0,392
	(68,24 %)	(31,76 %)	(100,00 %)	
Si	10	6	16	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Disfunción en la satisfacción

La satisfacción sexual mostró asociación estadísticamente significativa con el estado civil ($p=0,002$) y con la aceptación de relaciones sexuales de la pareja ($p<0,001$). Las mujeres con mayor frecuencia de disfunción en la satisfacción eran solteras, y sus parejas no aceptaban tener relaciones durante el embarazo actual (tabla 15).

Tabla 15.

Disfunción en la satisfacción según variables sociodemográficas

Grupo de edad	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,852†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	14	7	21	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
20-24	16	9	25	
	(64,00 %)	(36,00 %)	(100,00 %)	
25-29	13	7	20	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
30-34	16	4	20	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
35-39	9	5	14	
	(64,29 %)	(35,71 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	15	5	20	0,141†

Grupo de edad	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Normo peso	24	14	38	
	(63,16 %)	(36,84 %)	(100,00 %)	
Sobrepeso	20	4	24	
	(83,33 %)	(16,67 %)	(100,00 %)	
Obesidad	10	9	19	
	(52,63 %)	(47,37 %)	(100,00 %)	
Estrato Social				
1	23	12	35	
	(65,71 %)	(34,29 %)	(100,00 %)	0,954†
2	37	16	53	
	(69,81 %)	(30,19 %)	(100,00 %)	
3	9	4	13	
	(69,23 %)	(30,77 %)	(100,00 %)	
Escolaridad				
Primaria Incompleta	4	3	7	0,607†
	(57,14 %)	(42,86 %)	(100,00 %)	
Primaria Completa	3	2	5	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Bachillerato Incompleto	17	9	26	
	(69,23 %)	(30,77 %)	(100,00 %)	
Bachillerato completo	34	11	45	
	(75,56 %)	(24,44 %)	(100,00 %)	
Técnico	7	6	13	
	(53,85 %)	(46,15 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
Universitario	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
Estado Civil				
Soltera	3	9	12	0,002†
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Casada	14	4	18	
	(77,78 %)	(22,22 %)	(100,00 %)	
Unión Libre	52	18	70	
	(74,29 %)	(25,71 %)	(100,00 %)	
Separada	0	1	1	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	2	0	2	0,258†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Ama de Casa	54	25	79	
	(68,35 %)	(31,65 %)	(100,00 %)	
Estudiante	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	12	4	16	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	-
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	69	32	101	
	(69,00 %)	(31,00 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
Pareja acepta tener relaciones				
No	8	19	27	<0,001
	(33,33 %)	(66,67 %)	(100,00 %)	
Si	61	13	74	
	(82,43 %)	(17,57 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	10	7	17	0,579
	(58,82 %)	(41,18 %)	(100,00 %)	
Poco practicante	32	15	47	
	(68,09 %)	(31,91 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	27	10	37	
	(72,97 %)	(27,03 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Para los factores de riesgo obstétricos, ninguna diferencia tuvo un resultado estadísticamente significativo (Tabla 16)

Tabla 16.

Disfunción de la satisfacción según factores de riesgo obstétricos

Diabetes Gestacional	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
No	52	28	80	0,196†
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
Si	17	4	21	

Diabetes Gestacional	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
	(80,95 %)	(19,05 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	66	32	98	0,314†
	(67,35 %)	(32,65 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos Hipertensivos del Embarazo				
No	58	25	83	0,322
	(69,88 %)	(30,12 %)	(100,00 %)	
Si	11	7	18	
	(61,11 %)	(38,89 %)	(100,00 %)	
Hipertensión Pregestacional				
No	64	32	96	0,142†
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Si	5	0	5	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Amenaza de parto pretérmino				
No	25	11	36	0,520
	(69,44 %)	(30,56 %)	(100,00 %)	
Si	44	21	65	
	(67,69 %)	(32,31 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	51	27	78	0,182
	(65,38 %)	(34,62 %)	(100,00 %)	
Si	18	5	23	

Diabetes Gestacional	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
	(78,26 %)	(21,74 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	54	25	79	0,589
	(68,35 %)	(31,65 %)	(100,00 %)	
Si	15	7	22	
	(68,18 %)	(31,82 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	60	27	87	0,473
	(68,97 %)	(31,03 %)	(100,00 %)	
Si	9	5	14	
	(64,29 %)	(35,71 %)	(100,00 %)	
Primipaternidad				
No	63	30	93	0,506†
	(67,74 %)	(32,26 %)	(100,00 %)	
Si	6	2	8	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Gran múltipara				
No	65	30	95	0,622†
	(68,42 %)	(31,58 %)	(100,00 %)	
Si	4	2	6	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	65	32	97	0,212†
	(67,01 %)	(32,99 %)	(100,00 %)	
Si	4	0	4	

Diabetes Gestacional	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Control de comorbilidades				
No	12	4	16	0,368†
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Si	54	27	81	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Números de diagnósticos que complican la gestación				
1	10	6	16	0,50†
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
2	30	14	44	
	(68,18 %)	(31,82 %)	(100,00 %)	
3	21	6	27	
	(77,78 %)	(22,22 %)	(100,00 %)	
4	3	4	7	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	
5	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Trimestre				
1	7	1	8	0,367†
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)	
2	21	8	29	
	(72,41 %)	(27,59 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción en la satisfacción			P
	No	Si	Total	
3	41	23	64	
	(64,06 %)	(35,94 %)	(100,00 %)	
Diagnóstico único de ARO				
No	59	26	85	0,392
	(69,41 %)	(30,59 %)	(100,00 %)	
Si	10	6	16	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Disfunción sexual por dolor

Las variables estado civil ($p=0,011$), aceptación de la pareja a tener relaciones ($p<0,001$), e intensidad de la práctica religiosa ($p=0,027$) mostraron asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual por dolor, con un comportamiento similar al encontrado en la dimensión del orgasmo (Tabla 17).

Tabla 17.

Disfunción por dolor según variables sociodemográficas

Grupo de edad	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
10-14	1	0	1	0,788†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
15-19	12	9	21	

Grupo de edad	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
	(57,14 %)	(42,86 %)	(100,00 %)	
20-24	14	11	25	
	(56,00 %)	(44,00 %)	(100,00 %)	
25-29	13	7	20	
	(65,00 %)	(35,00 %)	(100,00 %)	
30-34	15	5	20	
	(75,00 %)	(15,00 %)	(100,00 %)	
35-39	9	5	14	
	(64,29 %)	(35,71 %)	(100,00 %)	
Clasificación IMC				
Bajo peso	15	5	20	0,206
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Normo peso	20	18	38	
	(52,63 %)	(47,37 %)	(100,00 %)	
Sobrepeso	18	6	24	
	(75,00 %)	(25,00 %)	(100,00 %)	
Obesidad	11	8	19	
	(57,89 %)	(42,11 %)	(100,00 %)	
Estrato Social				
1	24	11	35	0,623†
	(68,57 %)	(31,43 %)	(100,00 %)	
2	31	22	53	
	(58,49 %)	(41,51 %)	(100,00 %)	
3	9	4	13	
	(69,23 %)	(30,77 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
Escolaridad				
Primaria Incompleta	5	2	7	0,615†
	(71,43 %)	(28,57 %)	(100,00 %)	
Primaria Completa	3	2	5	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Bachillerato Incompleto	13	13	26	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Bachillerato completo	32	13	45	
	(71,11 %)	(28,89 %)	(100,00 %)	
Técnico	8	5	13	
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)	
Universitario	3	2	5	
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Estado Civil				
Soltera	3	9	12	0,011†
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Casada	12	6	18	
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Unión Libre	49	21	70	
	(70,00 %)	(30,00 %)	(100,00 %)	
Separada	0	1	1	
	(0,00 %)	(100,00 %)	(100,00 %)	
Ocupación				
Desempleada	2	0	2	0,107†
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	

Grupo de edad	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
Ama de Casa	48	31	79	
	(60,76 %)	(39,24 %)	(100,00 %)	
Estudiante	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Empleada / Independiente	13	3	16	
	(81,25 %)	(18,75 %)	(100,00 %)	
Pareja masculina				
No	0	0	0	-
	(0,00 %)	(0,00 %)	(0,00 %)	
Si	64	37	101	
	(64,00 %)	(36,00 %)	(100,00 %)	
Pareja acepta tener relaciones				
No	9	18	27	<0,001
	(33,33 %)	(66,67 %)	(100,00 %)	
Si	55	19	74	
	(74,32 %)	(25,68 %)	(100,00 %)	
Práctica Religiosa				
No practicante	6	11	17	0,027
	(35,29 %)	(64,71 %)	(100,00 %)	
Poco practicante	34	13	47	
	(72,34 %)	(27,66 %)	(100,00 %)	
Muy practicante	24	13	37	
	(64,86 %)	(35,14 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

Los factores de riesgo obstétrico no tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con y sin disfunción sexual por dolor (tabla 18).

Tabla 18.

Disfunción por dolor en riesgos obstétricos

Diabetes Gestacional	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
No	48	32	80	0,131
	(60,00 %)	(40,00 %)	(100,00 %)	
Si	16	5	21	
	(76,19 %)	(23,81 %)	(100,00 %)	
Diabetes Pregestacional				
No	61	37	98	0,250†
	(62,24 %)	(37,76 %)	(100,00 %)	
Si	3	0	3	
	(100,00 %)	(0,00 %)	(100,00 %)	
Trastornos Hipertensivos del Embarazo				
No	53	30	83	0,514
	(63,86 %)	(36,14 %)	(100,00 %)	
Si	11	7	18	
	(61,11 %)	(38,89 %)	(100,00 %)	
Hipertensión Pregestacional				
No	60	36	96	0,393†
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Si	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
Amenaza de parto pretérmino				
No	24	12	36	0,385
	(66,67 %)	(33,33 %)	(100,00 %)	
Si	40	25	65	
	(61,54 %)	(38,46 %)	(100,00 %)	
Restricción del crecimiento intrauterino				
No	47	31	78	0,172
	(60,26 %)	(39,74 %)	(100,00 %)	
Si	17	6	23	
	(73,91 %)	(26,09 %)	(100,00 %)	
Embarazo adolescente				
No	51	28	79	0,408
	(64,56 %)	(35,44 %)	(100,00 %)	
Si	13	9	22	
	(59,09 %)	(40,91 %)	(100,00 %)	
Edad materna avanzada				
No	55	32	87	0,595
	(63,22 %)	(36,78 %)	(100,00 %)	
Si	9	5	14	
	(64,29 %)	(35,71 %)	(100,00 %)	
Primipaternidad				
No	60	33	93	0,324†
	(64,52 %)	(35,48 %)	(100,00 %)	
Si	4	4	8	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
Gran múltipara				
No	59	36	95	0,282†
	(62,11 %)	(37,89 %)	(100,00 %)	
Si	5	1	6	
	(83,33 %)	(16,67 %)	(100,00 %)	
Sin control prenatal				
No	63	34	97	0,138†
	(64,95 %)	(35,05 %)	(100,00 %)	
Si	1	3	4	
	(25,00 %)	(75,00 %)	(100,00 %)	
Control de comorbilidades				
No	10	6	16	0,554
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Si	52	29	81	
	(64,20 %)	(35,80 %)	(100,00 %)	
Número de diagnósticos que complican la gestación				
1	10	6	16	0,571†
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
2	31	13	44	
	(70,45 %)	(29,55 %)	(100,00 %)	
3	15	12	27	
	(55,56 %)	(44,44 %)	(100,00 %)	
4	3	4	7	
	(42,86 %)	(57,14 %)	(100,00 %)	

Diabetes Gestacional	Disfunción por dolor			P
	No	Si	Total	
5	4	1	5	
	(80,00 %)	(20,00 %)	(100,00 %)	
6	1	1	2	
	(50,00 %)	(50,00 %)	(100,00 %)	
Trimestre				
1	7	1	8	0,392†
	(87,50 %)	(12,50 %)	(100,00 %)	
2	17	12	29	
	(58,62 %)	(41,38 %)	(100,00 %)	
3	40	24	64	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	
Diagnóstico único de ARO				
No	54	31	85	0,574
	(63,53 %)	(36,47 %)	(100,00 %)	
Si	10	6	16	
	(62,50 %)	(37,50 %)	(100,00 %)	

*Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

La tabla 19 muestra un resumen de las variables estadísticamente significativas con sus razones de prevalencia, para cada dominio.

Tabla 19.

Razones de prevalencia de las variables asociadas estadísticamente con la prevalencia de Disfunción sexual y en cada dominio.

Disfunción	Variable	Razón de prevalencia (IC95%)	P
Disfunción global	Pareja no acepta relaciones sexuales durante la gestación	1,79 (1,37-2,33)	0,002
	No convive con la pareja	1,49 (1,11-2)	0,008
	Embarazo adolescente	1,5 (1,13 - 1,99)	0,005
Dominios			
Disfunción del deseo sexual	Pareja no acepta relaciones sexuales durante la gestación	1,59 (1,03-2,38)	0,04
Disfunción en la excitación	Pareja no acepta relaciones sexuales durante la gestación	2,38 (1,67-3,57)	<0,001
	No convive con la pareja	2,08 (1,47-2,94)	<0,001
	Embarazo adolescente	1,68 (1,13 - 2,49)	0,009
Disfunción en la lubricación	Pareja no acepta relaciones	3,03 (1,89-5)	<0,001

Disfunción	Variable	Razón de prevalencia (IC95%)	P
	sexuales durante la gestación		
	No convive con la pareja	2,27 (1,39-3,7)	0,001
Disfunción orgásmica	Pareja no acepta relaciones sexuales durante la gestación	3,33 (1,96-5,88)	<0,001
	No convive con la pareja	2,94 (1,85-4,76)	<0,001
Disfunción en la satisfacción	Pareja no acepta relaciones sexuales durante la gestación	4 (2,33-7,14)	<0,001
	No convive con la pareja	3,03 (1,92-5)	<0,001
Disfunción sexual por dolor	Pareja no acepta relaciones sexuales durante la gestación	2,63 (1,64-4)	<0,001
	No convive con la pareja	2,56 (1,61-3,85)	<0,001

8. Discusión

La disfunción sexual en gestantes de alto riesgo es un tema poco explorado en la literatura médica, a pesar de que estas mujeres enfrentan desafíos únicos en su salud sexual y reproductiva. Nuestro hallazgo de que aproximadamente 6 de cada 10 gestantes tenían disfunción sexual global son consistentes con la literatura existente. Por ejemplo, el estudio realizado por Leite y colaboradores [3], realizado en población de gestantes en Brasil, demostró que la disfunción sexual (evaluada a través del índice de función sexual femenino) aumenta a lo largo del embarazo y los porcentajes de disfunción sexual femenina en los tres trimestres fueron 46,6 %, 34,2% y 73,3%, respectivamente [3]. Estos resultados también son consistentes con una investigación realizada en Colombia por el Doctor Franklin José Espitia De La Hoz y colaboradores, titulado: “Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero” [7], en el que se incluyeron 1440 mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de embarazo en el primer trimestre. La prevalencia de disfunciones sexuales en el grupo estudiado, en el primer trimestre, fue del 39,79 %, en el segundo 44,37 % y 71,87 % en el tercero. [7].

El aumento de la prevalencia de disfunción sexual en el tercer trimestre del embarazo, es un hallazgo común en diversos estudios realizados en población gestante en diferentes regiones, los porcentajes varían discretamente, sin embargo, el comportamiento en la mayoría de ellos es el mismo. Otra investigación reciente que está en concordancia con estos resultados es el realizado por la Doctora Charlotte Cassis y colaboradores [44], en la cual se incluyó un total de 78 mujeres primigestante las cuales fueron reclutadas durante su ecografía del primer trimestre en la clínica prenatal de un hospital terciario en el este de Inglaterra entre febrero de 2017 y enero de 2018; a este grupo poblacional se le aplicó el índice de función sexual femenina en los tres trimestres de

embarazo encontrando una disminución general en la puntuación total del índice de función sexual femenina en los tres trimestres; para el tercer trimestre el 86,1 % de las mujeres evidencian disfunción sexual [44]. Los estudios antes citados demuestran que durante la gestación la presencia de disfunciones sexuales es progresiva. Estos hallazgos sugieren que la disfunción sexual es un problema común entre las gestantes y subrayan la importancia de abordar este tema en la atención prenatal.

En nuestra búsqueda no se reportaron estudios similares en Colombia y a nivel continental en años recientes, encontramos el realizado en Brasil por Meireluci Costa Ribeiro y colaboradores [48] en el que se incluyeron pacientes en el tercer trimestre del embarazo con y sin diabetes gestacional entre marzo y diciembre de 2010. Se utilizó la versión brasileña del índice de función sexual femenina para evaluar la función sexual. Se inscribieron un total de 87 participantes (43 mujeres sanas y 44 con diabetes gestacional). Este estudio transversal encontró que las puntuaciones totales del índice de función sexual femenina de las pacientes con diabetes gestacional fueron de $21,0 \pm 9,59$ en comparación con $22,3 \pm 9,17$ para las mujeres sanas ($P = 0,523$), por lo que se concluyó que la función sexual de las pacientes Brasileñas con diabetes gestacional no difiere significativamente de la de las mujeres embarazadas sanas a la misma edad gestacional.

En cuanto a los dominios específicos de la disfunción sexual, nuestros resultados muestran que la excitación y el deseo fueron los dominios más afectados, seguidos de cerca por la disfunción por dolor, lubricación, orgasmo y satisfacción. Estas conclusiones son consistentes con el estudio realizado por el Doctor Franklin José Espitia De La Hoz y colaboradores, en pacientes colombianas, en las cuales la disfunción sexual presente con más frecuencia en la población de gestantes estudiadas, fue el trastorno del deseo (71,94 %), seguido por la alteración del orgasmo (39,79 %) y, en tercer lugar, la presencia de dolor (26,45%) [7]. Lo anterior, también es consistente

con lo reportado en la literatura médica, en la cual la excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por la congestión de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto [19]. Otro trabajo que concuerda con evidenciado en nuestro estudio es el realizado por Meireluci Costa Ribeiro y colaboradores [48], en el que se incluyeron pacientes en el tercer trimestre del embarazo con y sin diabetes gestacional en el que la disfunción en el deseo fue el síntoma más común en ambos grupos, siendo reportado por el 42% y el 50% para las pacientes con diabetes gestacional y las mujeres sanas, respectivamente ($P = 0,585$).

Como se evidencia en nuestro trabajo de investigación y en la literatura revisada, los cambios físicos y emocionales a lo largo de los tres trimestres representan un reto no sólo para la gestante sino también para su pareja, lo que se refleja en que a mayor trimestre gestacional mayor disfunción sexual. Lo anterior puede deberse a que estos cambios, no solo conllevan desafíos físicos en la intimidad (como el abdomen abultado que limita ciertas posiciones sexuales), los mitos alrededor de tener relaciones sexuales durante el embarazo (como el temor a desencadenar un trabajo de parto pretérmino) [15, 33, 37], sino que también, influyen en la autopercepción de la mujer de su aspecto físico y la preocupación por la percepción que tiene su pareja respecto a estos cambios fisiológicos. Es por esto, que en nuestra investigación encontramos que en las uniones en las que el hombre acepta tener relaciones sexuales durante el embarazo, la disfunción sexual es menor (con un valor de P estadísticamente significativo). Esto refuerza el concepto de que la preparación de la pareja a los cambios que se presentan durante la gestación favorece una vida sexual, física y emocional más plena durante el embarazo que en aquellas pacientes en las que éste apoyo continuo tanto de los profesionales en salud como de su cónyuge no se presenta.

Este concepto se respalda en trabajos como el llevado a cabo por Esmaeili Mahnaz y colaboradores [46], que buscó determinar el impacto de un paquete educativo estructurado enfocado en mejorar el conocimiento y las actitudes hacia los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo en la función sexual de las gestantes iraníes. Este trabajo incluyó 70 mujeres las cuales se distribuyeron así: 36 en el grupo de intervención y 34 en el grupo de control. El grupo de implementación recibió el paquete educativo estructurado y el grupo de control recibió capacitación sobre la lactancia materna y el parto normal. Lo que concluyeron fue que el deseo sexual ($P = 0,019$), la excitación ($P = 0,001$), la lubricación ($P = 0,001$), el orgasmo ($P = 0,001$), la satisfacción ($P = 0,007$) y la puntuación FSFI total ($P < 0,001$) mejoraron significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control.

En el presente estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad y la ocupación materna, con un gradiente negativo observado según la edad y una mayor disfunción sexual en amas de casa. Esta información concuerda con la reportada en el trabajo de la Doctora Paula Amorim y colaboradores [47], en una población de gestantes en Brasil, que incluyó 261 participantes a las cuales se les aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas, obstétricas y de comportamiento, así como el índice de función sexual Femenina, que se utilizó para evaluar la función sexual. De los participantes, 32,1% presentaron disfunción sexual, y los factores que más se vieron relacionados con este hallazgo fueron la “edad”, “renta” y “tipo de servicio de salud”, prevaleciendo gestantes entre 21 y 30 años ($p < 0,001$), con renta entre 1 y 2 salarios mínimos ($p = 0,048$) y que utilizan el servicio público ($p = 0,000$). En cuanto al análisis por dominios en esta población se encontró que el dominio con menos puntuación fue el “deseo” y el dominio mejor puntuado fue “la satisfacción” [47]. Además, la ocupación materna también puede

jugan un papel importante en la disfunción sexual, ya que las responsabilidades y el estrés asociados con ser ama de casa pueden afectar la salud sexual de las mujeres.

9. Análisis de poder y limitaciones.

Como se observa en el análisis estadístico llama la atención que las comorbilidades estudiadas no son estadísticamente significativas para disfunción sexual global y por dominios. Esto puede deberse a falta de tamaño de muestra por contar con una gran diversidad de comorbilidades en gestantes atendidas en un centro de referencia; realizando el ejercicio de análisis de poder se alcanzó la mayor potencia estadística en embarazo adolescente (54,3%) y el mas bajo para multiparidad (8%) por tanto recomendamos en una siguiente investigación realizar un muestreo mayor estratificando por las diversas patologías asociadas con las prevalencias obtenidas en esta investigación.

10. Conclusiones y recomendaciones.

Nuestro hallazgo de que 6 de cada 10 gestantes tenían disfunción sexual global son consistentes con la literatura existente. La prevalencia de disfunción sexual aumenta a lo largo de la gestación, siendo más frecuente en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

En cuanto a los dominios específicos de la disfunción sexual, nuestros resultados muestran que la excitación y el deseo fueron los dominios más afectados, seguidos de cerca por la disfunción por dolor, lubricación, orgasmo y satisfacción. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en otros trabajos reportados en la literatura.

La disfunción sexual en la gestación se debe a los cambios físicos, emocionales y hormonales que presenta las pacientes durante el embarazo y que limitan no solo físicamente la actividad sexual, sino que también afecta la autopercepción de la mujer, a medida que estos cambios fisiológicos se hacen más pronunciados y que pueden afectar el ejercicio de la sexualidad y la vida en pareja.

Como lo muestra nuestro estudio, la disfunción sexual global y por dominios es menor en aquellas pacientes que conviven con su pareja y cuando ésta acepta tener relaciones sexuales durante la gestación, lo que refuerza la teoría de que la educación frente a los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo, lo que involucra activamente a los servicios de salud, puede impactar de forma favorable y estadísticamente significativa en la disfunción sexual durante el embarazo.

Se debe dar prioridad a los cursos de preparación a la maternidad y a la paternidad y un acompañamiento activo de la gestante y su pareja a lo largo del embarazo. De esta forma garantizamos una gestación con un mayor grado de bienestar físico y emocional, con

intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar la comunicación y la intimidad durante el embarazo, con el fin de mejorar la salud sexual y el bienestar de nuestras pacientes.

11. Conformación y trayectoria del grupo de investigación.

El Doctor Ricardo Meza, Médico y cirujano de la Universidad industrial de Santander durante su trabajo como médico general hizo parte del estudio “síndrome de Dubowitz asociado a malformación arteriovenosa cerebral: un nuevo hallazgo” - Caso clínico, el cual se expuso como poster en el II congreso internacional de medicina interna. Este mismo caso participó en el concurso de casos clínicos como parte del XXIII curso de actualización en medicina interna en el año 2019.

Bibliografía.

- [1] Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2002;130:1131–8.
- [2] Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería* 2003;9:55–64.
- [3] Leite A, Campos A, Dias A. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. . *Rev Assoc Med Bras* 2009;55:563–8.
- [4] Orostegui Diana. Prevalencia de la disfunción sexual y su severidad en gestantes de bajo riesgo obstétrico. Universidad Industrial de Santander, 2019.
- [5] Vallejo Medina P, Ramírez CE, Saavedra Roa A, Gómez Lugo M, Pérez Durán C. Spanish validation of female condom attitude scale and female condom use in Colombian young women. *BMC Womens Health* 2019;19. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0825-z>.
- [6] Mobasher A, Ismail S, Habib D, Abu-Taleb D, Saleh S, Abbas A. The effect of pregnancy on female sexual function: a cross-sectional study. *Journal of Current Medical Research and Practice* 2019;4:170–3. https://doi.org/10.4103/jcmrp.jcmrp_83_17.
- [7] Espitia De la Hoz FJ. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Rev Chil Obstet Ginecol* 2020;85:537–48.
- [8] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Sexual and reproductive health. Defining sexual health. Geneva: 2002.

- [9] Galdos S, Ramos M. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2013;30:455–60.
- [10] Gramegna G. *Sexualidad Humana*. vol. 1. World Psychiatric. Santiago de Chile: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; 200AD.
- [11] Blanco Colmenares FJ. *Sexología, definición y concepto. Teoría de la variante fisiológica del sexo y su función. Propuesta*. Caracas: 1991.
- [12] Castelo-Branco C. *Sexualidad humana: Una aproximación integral*. . vol. 1. Médica Panamericana. Madrid: 2005.
- [13] Mas M. *Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización*. . *Rev Int Androl* 2007;5:11–21.
- [14] Basson R, Brotto L, Laan E, Redmond G, Utian W. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med* 2005;2:291–300.
- [15] Rodríguez F. *Sexualidad en el embarazo y puerperio*. *AEEM* 2006:40–8.
- [16] Soria B. *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio*. Universidad de Almería, 2012.
- [17] Masters W, Johnson V. *Human sexual Response*. vol. 1. Ishi Press. New York: 2010.
- [18] Sánchez Gila M del mar. *Prostaglandinas y función reproductiva*. Granada: 2008.
- [19] Carta Peña M, González Blanco M. *Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo*. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2016;76:232–47.
- [20] Althausen M, Varas j. *Disfunción Sexual Femenina, un desafío para la Medicina en el siglo XXI*. *Rev Obstet Ginecol* 2006;1:121–9.

- [21] Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: Focus on low desire. *Obstetrics and Gynecology* 2015;125:477–86. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620>.
- [22] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. . 4th edition. Washington DC: 1994.
- [23] Cabello S, Palacios S. Update on hypoactive sexual desire disorder in women. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2011.
- [24] Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu H-J. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med* 2011;8:2859–67.
- [25] Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahn timer P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reprod Health* 2015;12:12–72. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0065-0>.
- [26] Espitia De la Hoz FJ. *Sexo Ilimitado / El vuelo hacia una sexualidad más placentera*. vol. 1. Editorial Bolívar. Bogota: 2015.
- [27] Pauls R, Occhino John, Dryfhout V. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–22.
- [28] Manusirivithaya S, Kerdarunsuksri A. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2010;93:265–71.
- [29] Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med* 2013;11:479–86.
- [30] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *J Sex Med* 2010;7:2782–90.

- [31] Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214216>.
- [32] Pauleta J, Pereira N, Graça L. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:136–42.
- [33] Yee Fok W, Yik-si Chan L, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Obstet Gynecol Scand* 2005;84.
- [34] Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Goksedef BP, Akca A. The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *J Sex Med* 2012;9:1897–903.
- [35] Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J* 2017;28:923–9. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3200-8>.
- [36] Kryś KM, Makara-Studzińska M, Plewik I. Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy. *European Journal of Medical Technologies* 2015;2:1–9.
- [37] Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005;17:154–7. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901288>.
- [38] Vannier S, Rosen N. Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J Sex Med* 2017;14:387–95.
- [39] García Romero M. Sexualidad en el periodo gestacional. Universidad de Cádiz, 2014.
- [40] Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A Cross-Sectional Study of Female Sexual Function and Dysfunction during Pregnancy. *J Sex Med* 2007;4:1381–7.
- [41] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of

- female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–205.
<https://doi.org/10.1080/009262300278597>.
- [42] Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Developing and validating a Taiwan version of the female sexual function index for pregnant women. *Journal of Sexual Medicine* 2009;6:1609–16. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01247.x>.
- [43] Sun X, Li C, Jin L, Fan Y, Wang D. Development and validation of Chinese version of Female Sexual Function Index in a Chinese population—A pilot study. *Journal of Sexual Medicine* 2011;8:1101–11.
- [44] Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis I. What happens to female sexual function during pregnancy? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2021;258:265–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.01.003>.
- [45] Karakas LA, Azemi A, Simsek SY, Akilli H, Esin S. Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2021;152:226–30. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13462>.
- [46] Mahnaz E, Nasim B, Sonia O. Effect of a structured educational package on women's sexual function during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2020;148:225–30.
- [47] Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino P de S, Almeida PC de, Pinheiro AKB. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. *Rev Bras Enferm* 2020;73 4:e20180786. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0786>.
- [48] Ribeiro M, Nakamura M, Scanavino M, Torloni M, Mattar R. Female Sexual Function and Gestational Diabetes. *J Sex Med* 2012;9:786–92.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de recolección de información.

Si presenta alguna duda durante el diligenciamiento del instrumento, el entrevistador estará atento para resolver sus dudas.

Fecha:

Datos de identificación.	
Edad:	Estrato socioeconómico:
Nivel educativo:	
Primaria incompleta: <input type="checkbox"/> Primaria completa: <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto: <input type="checkbox"/>	
Bachillerato completo: <input type="checkbox"/> Técnica: <input type="checkbox"/> Universitaria: <input type="checkbox"/>	
Estado civil:	Ocupación:
Soltera: <input type="checkbox"/> Casada: <input type="checkbox"/> Unión libre: <input type="checkbox"/>	
Separada/Divorciada: <input type="checkbox"/> Viuda: <input type="checkbox"/>	

¿Su pareja sexual es de género masculino?

SI__ NO__

¿Acepta su pareja sexual tener relaciones sexuales durante el embarazo?

SI__ NO__

Respecto a su religión usted se considera: (marque con una "X" la casilla que corresponda)

Muy practicante: Poco practicante: No practicante:

Las siguientes preguntas son acerca de su vida sexual. Por favor responda de la forma más honesta y sincera posible. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y lo consignado en esta encuesta será mantenido en completa confidencialidad y sus datos no serán publicados.

Marque una sola alternativa por cada pregunta con una "X". La respuesta debe corresponder a lo que más se ajuste a su situación en las últimas 4 semanas.

Antes de iniciar el diligenciamiento de la encuesta es importante tener en cuenta algunos conceptos. Si no entiende alguna pregunta, favor expresarlo al entrevistador.

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.

1. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido 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 de la mitad)
	Casi nunca o nunca

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

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

3. 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.

En las últimas cuatro semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

	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.

4. En las últimas cuatro semanas, ¿Cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o relación sexual (sola o en pareja)?

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

5. En las últimas cuatro semanas, ¿qué tan segura estaba de que se iba a excitar sexualmente durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

	No tengo actividad sexual.
	Muy segura.
	Segura
	Moderadamente segura
	Poco segura
	Casi nada o nada segura.

6. En las últimas cuatro semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

	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.

7. En las últimas cuatro semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación vaginal (“estar mojada”) durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

	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.

8. En las últimas cuatro semanas, ¿le es difícil lubricarse (“mojarse”) durante la actividad sexual (sola o en pareja)?

	No tengo actividad sexual.
	Extremadamente difícil.
	Muy difícil.
	Difícil.
	Poco difícil.
	No es muy difícil.

9. En las últimas cuatro semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar su actividad sexual (sola o en pareja)?

	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.

10. En las últimas cuatro semanas, ¿Qué tan difícil fue mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual (sola o en pareja)?

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

11. En las últimas cuatro semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿Con qué frecuencia alcanza un orgasmo o clímax (“se vino”)?

	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 cuatro semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja) ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax (“se vino”)?

	No tengo actividad sexual.
	Extremadamente difícil o imposible.

	Muy difícil.
	Difícil.
	Un poco difícil.
	Nada difícil.

13. En las últimas cuatro semanas. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual (sola o en pareja)?

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

14. En las últimas cuatro 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.

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

	Muy satisfecha.
	Moderadamente satisfecha.
	Ni satisfecha ni insatisfecha.
	Moderadamente insatisfecha.
	Muy insatisfecha.

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

	Muy satisfecha.
	Moderadamente satisfecha.
	Ni satisfecha ni insatisfecha.
	Moderadamente insatisfecha.
	Muy insatisfecha.

17. En las últimas cuatro 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 de la mitad).
	A veces (alrededor de la mitad).
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca.

18. En las últimas cuatro 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 de la mitad).
	A veces (alrededor de la mitad).
	Pocas veces (menos de la mitad)
	Casi nunca o nunca.

19. En las últimas cuatro 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.

Espacio diligenciado por entrevistador.	
Dx principal:	
Otras comorbilidades:	
Control de comorbilidades:	
Formula obstétrica:	Edad gestacional:
IMC:	Número de diagnósticos que complican la gestación:

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado.

Estudio “disfunción sexual en gestantes que cursan con embarazo de alto riesgo atendidas en el hospital universitario de Santander. 2024.”

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 la ciudad de Bucaramanga, el cual será realizado por el **Dr. Ricardo Meza Agudelo**, medico estudiante de dicho posgrado.

Mediante el presente documento le presento el proyecto de investigación denominado **“prevalencia y factores asociados de la disfunción sexual femenina de las pacientes que cursan con gestación de alto 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: Los trastornos sexuales en la mujer han sido ampliamente estudiados en pacientes de todas las edades, con diferentes enfermedades (como por ejemplo el cáncer) y en tratamientos médicos como las cirugías, sin embargo, en embarazadas de alto riesgo existen pocos trabajos reportados en los textos médicos. Lo anterior, se ve reflejado en que los artículos científicos donde se evalúa la función sexual durante el embarazo se centran en gestantes de bajo riesgo o sin ninguna condición que complique el embarazo (como por ejemplo la diabetes, la hipertensión, la obesidad, entre otras). El objetivo del presente trabajo es evaluar si el embarazo afecta la vida sexual de las mujeres y a su vez conocer qué factores están asociados a dicho compromiso en caso de que llegue a presentarse. Lo ya mencionado lo podremos documentar usando como herramienta la encuesta que usted diligenciará donde se evalúan diversos componentes de la vida sexual y de pareja.

Procedimientos: Si usted decide participar, se procederá a la aplicación de una encuesta compuesta una escala, la cual será resuelta en su totalidad por usted en un lugar privado previa explicación del investigador del proceso para contestar las preguntas contenidas en el formulario. El instrumento que usted va a diligenciar contiene el índice de función sexual femenino. Dicha encuesta no llevará su nombre o su identificación, solamente se asignará un código único a cada una de ellas con el fin de garantizar la mayor confidencialidad posible. En caso de determinarse que usted presenta una alteración en la función sexual (disfunción sexual), será direccionada a la red de atención en salud o a la consulta de sexología de la Dra. Rocío Guarín en el instituto de salud e Bucaramanga, según corresponda.

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 el instrumento le puede 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. La participación en este estudio es voluntaria y está en la libertad de responder o no a la encuesta o de abstenerse de responder algunas de las preguntas allí consignadas. Si lo desea tiene usted la libertad de solicitar que los datos recolectados durante el estudio no sean usados en el presente trabajo y puede retirarse del estudio en cualquier momento, lo anterior, no va a afectar la atención integral en la institución, el tratamiento o el seguimiento de su embarazo por el equipo de salud.

No debe aportar dinero alguno por la aplicación de la escala. Se hace la claridad de que en el presente estudio no se usarán procedimientos experimentales o intervenciones de tipo quirúrgico. Para proteger la identidad 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 Ricardo Meza en la dirección: Carrera 33 No. 28 – 126 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Industrial de Santander. 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. Así mismo, con su firma autoriza que la información recaudada en este trabajo pueda ser usada en posibles investigaciones futuras que puedan generarse a partir de este, previo concepto del Comité de Ética de la Universidad Industrial de Santander.

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:

Disfunción sexual en gestantes que cursan con embarazo de alto riesgo atendidas en el Hospital Universitario de Santander. 2024.

_____	_____	_____
Nombre de la participante	Firma	Cédula
_____	_____	_____
Nombre testigo N1	Dirección	Parentesco
_____	_____	_____
Nombre testigo N2	Dirección	Parentesco

Responsable de toma de consentimiento informado

Ricardo Meza Agudelo

Médico Residente Ginecología y Obstetricia UIS