



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE “Dr. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ”

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Obstetricia y
Ginecología

Yeniffer Natali Chamorro Pérez
Yanine Jazmín Palacios Level

Tutora: Judith Toro Merlo

Caracas, diciembre de 2016

Dra. Judith Toro Merlo
Tutora y Directora del Curso de Especialización

Dr. Jesús Martínez
Coordinador del Curso de Especialización

Dra. Brigitte Baena
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Métodos.....	18
Resultados.....	20
Discusión.....	22
Referencias.....	25
Anexos.....	28

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

Yeniffer Natali Chamorro Pérez, C.I.16.529.255. Sexo: femenino, E-mail: yeniffercha@hotmail.com. Telf.: 0414-3844337. Dirección: Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández, Los Magallanes de Catia, Caracas. Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología.

Yanine Jazmín Palacios Level, C.I.16.767.291. Sexo: femenino, E-mail: ypalacios83@hotmail.com. Telf.: 0416-8517400. Dirección: Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández, Los Magallanes de Catia, Caracas. Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología.

Tutora: **Judith Toro Merlo**. C.I. 3.796.316. Sexo: femenino. Email: toromerlo@yahoo.es. Telf.: 0414-3041510. Dirección: Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Los Magallanes de Catia, Caracas. Especialista en Obstetricia y Ginecología.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar mediante la aplicación de una encuesta la conducta sexual de la embarazada en cada trimestre de la gestación en usuarias que acudan al control prenatal. **Método:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva, longitudinal y prospectiva, con una muestra de 337 gestantes que acudieron a la consulta prenatal en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, entre enero y octubre de 2015, para evaluar la función sexual en cada trimestre del embarazo aplicando el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), además de la información socio-demográfica (Graffar), los antecedentes obstétricos y los factores culturales. **Resultados:** La edad promedio de las gestantes fue 24.6 ± 6.9 años. 33.2 % eran primigestas. La edad de inicio de relaciones sexuales estuvo alrededor de $15,9 \pm 2,5$ años. 45,1 % correspondía al estrato socioeconómico IV y 35,9 % al estrato III. El puntaje mínimo para cada aspecto evaluado de la función sexual resultó mayor que 3,6 puntos. Los puntajes globales promedio del IFSF fueron 25.7, 26.3 y 26.8 puntos para el I, II y III trimestre, respectivamente. **Conclusión:** La función sexual durante el embarazo, investigada a través del IFSF, permitió determinar que pueden mantenerse relaciones sexuales regulares y satisfactorias a lo largo de los tres trimestres del período gestacional. Se estima conveniente iniciar la educación sexual de la embarazada a fin de mejorar su atención obstétrica, neutralizando cualquier posible repercusión negativa originada por los factores culturales.

Palabras clave: Función sexual; Embarazo; Cambios en el patrón de actividad sexual.

STUDY OF SEXUAL FUNCTION IN THE WOMAN DURING GESTATION

ABSTRACT

Objective: To evaluate sexual function in women in each trimester of pregnancy by mean of a pollin patients that under go to prenatal control. **Method:** It was done an investigation type descriptive, longitudinal and prospective, with a sample of 337 pregnant women that under go to pregnant consult at General Hospital of West “Dr. José Gregorio Hernández” in Caracas, between January to October 2015, to evaluate sexual function in each trimester of pregnancy applying Female Sexual Function Index (FSFI), moreover of social-demographic data (Graffar), obstetric history and cultural facts. **Results:** Mean age of pregnant women was 24.6 ± 6.9 years. 33.2 % was primiparous women. Mean age to initiate sexual activity was 15.9 ± 2.5 years. 45.1 % was corresponding to social-economic stratum IV and 35.9 to stratum III. The minimum punctuation to each evaluated aspect of sexual function resulted greater than 3.6 points. Mean global punctuations of FSFI was 25.7, 26.3 and 26.8 points for I, II and III trimester, respectively. **Conclusions:** Sexual function during pregnancy, investigated by FSFI, allowed to determinate that is possible practice regular and satisfactory sexual activity along the three trimester of gestational period. It is estimate as convenient begin sexual education of pregnant woman to do better her obstetric attention, neutralizing any possible negative repercussion originate by the cultural factors.

Keywords: Sexual function; Pregnancy; Changes in sexual activity pattern.

INTRODUCCIÓN

Un tema del cual las mujeres hablan muy poco es el de las relaciones sexuales durante el embarazo y probablemente la explicación a esto se deba a la existencia de tabúes, temores y prejuicios como consecuencia de los patrones culturales, los cuales ven como contraproducente para la gestación la posibilidad de tener actividad sexual en este período; sin embargo, esa idea carece de sustento científico.

Se reconoce la importancia de la salud sexual como parte del bienestar individual y de la salud bio-psicosocial ⁽¹⁾, por ende resulta de interés para la salud sexual de la embarazada tener conocimientos adecuados respecto a su sexualidad durante esta etapa de la vida. El comportamiento de la función sexual durante el embarazo se ha evaluado mediante estudios clínicos en otros países por varios autores. En Venezuela se dispone de pocos estudios que traten sobre embarazo y función sexual. Por tanto, nos planteamos la necesidad de realizar una investigación que aporte información adecuada para la población venezolana sobre los cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación, a los fines de contribuir a conocer cómo es la función sexual durante el embarazo, y cuyos resultados sirvan para orientar la consejería del obstetra en la consulta prenatal y mejorar así su bienestar integral.

Planteamiento y delimitación del problema

A lo largo de la vida de la mujer la actividad sexual puede sufrir cambios y el embarazo es una de esas situaciones, ya que involucra importantes modificaciones físicas, fisiológicas y psicológicas que repercuten en su vida, impactando su respuesta sexual. ^(2,3)

La función sexual durante el embarazo es un aspecto importante de la calidad de vida y puede ser fuente de preocupación en la embarazada para mantener la armonía con su pareja y su entorno. Por tanto, se debe considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral en las embarazadas.

Durante la gestación la respuesta sexual es muy variable. La mayoría de los autores coinciden en que la actividad sexual, la frecuencia de las relaciones y de orgasmos pueden mostrar una disminución progresiva a través del embarazo cuando se compara con la situación previa al mismo. ^(4,6-20)

Los factores culturales y las actitudes personales también pueden desempeñar un papel de importancia en la conducta sexual en la gestación. Es conocido sobre la existencia de variados

mitos, prejuicios y creencias populares con relación al ejercicio de la función sexual durante esta etapa, en muchos casos asociados a sentimientos de temor de causar efectos negativos en el proceso gestacional o en su producto. ^(1-3,21,22)

El cuidado del embarazo es un programa fundamental de prevención y de promoción de la salud en todo sistema sanitario. Todas las acciones sanitarias van encaminadas a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida con mucha frecuencia la información sobre la sexualidad o se trata el tema únicamente desde el punto de vista del coito y la genitalidad.

De modo que, se plantea la conveniencia de llevar a cabo un estudio clínico en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, entre enero y octubre del 2015, bajo la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo repercute el embarazo en la función sexual de la mujer?

Justificación e importancia

La repercusión del embarazo en la función sexual de la mujer se ha documentado a través de varios estudios clínicos en diferentes países. En nuestro ambiente hospitalario no disponemos de suficiente información sobre el tema por lo que se trata de un aspecto que requiere ser evaluado. Consideramos de importancia estudiar cómo es la función sexual femenina durante el embarazo, y no solo la posible influencia de factores culturales relacionados con la sexualidad, sino también la posible falta de educación sexual al respecto.

De manera que, se justifica realizar esta investigación porque sus resultados permitirán conocer sobre la repercusión del embarazo en la función sexual de la mujer y servirá para orientar la consulta prenatal y mejorar así su bienestar integral.

Antecedentes

Contreras ⁽⁶⁾ en una investigación en 2010 concluyó que el 90 % de las gestantes ejercieron la función sexual durante el embarazo pero con disminución de la frecuencia, por lo que concluye que el embarazo modifica la conducta sexual de las mujeres, altera el deseo sexual y hace más difícil la obtención del orgasmo en la medida que avanza la gestación.

Por su parte Mauco ⁽⁷⁾ en el 2001, observó una disminución de la frecuencia sexual media (83 %) durante el embarazo y de manera progresiva a través de los tres trimestres, el patrón

del ciclo sexual pasó de monoorgásmico a anorgásmico (75 %), disminuyó el apetito sexual (79,5 %) y se presentó miedo a ejercer la función sexual en el II y III trimestre (34,1 % y 59,1 %, respectivamente).

Rodríguez et al ⁽⁸⁾ en Zaragoza en el año 2012 encontraron que el interés sexual al igual que la frecuencia de coitos a la semana estaba disminuido. Más de la mitad de las encuestadas encontraron su vida sexual satisfactoria, sin olvidar que una pequeña parte de ellas aumentaron su interés y mejoraron su vida sexual. Prácticamente todas las encuestadas tuvieron frecuentes encuentros no genitales, éstos fueron muy deseados y se les dio mucha importancia tanto por parte de las mujeres como de sus parejas. La conclusión de los autores fue que una mayor educación sexual durante este periodo efectuada por profesionales formados en salud sexual puede mejorar la satisfacción de la gestante y su estado general de salud.

Siqueira et al ⁽⁹⁾ en 2012, realizaron un estudio titulado “*Impacto da gestação na função sexual feminina*”. Concluyeron que el embarazo influye negativamente en la función sexual femenina, sobre todo en el deseo y la excitación, revelando la importancia de abordar el tema de los profesionales que se ocupan de las mujeres embarazadas.

Syty et al ⁽¹⁰⁾ en Polonia, en el 2007, realizaron un estudio titulado “*The influence of pregnancy on sexual satisfaction among women*” señalaron que el embarazo disminuye la satisfacción sexual de las mujeres durante el primer trimestre del embarazo. 2. La disminución de la satisfacción de tener relaciones sexuales durante el primer trimestre del embarazo resulta de los procesos adaptativos que se manifiestan como el bajo estado de ánimo experimentada en ese momento. 3. En el segundo trimestre, cuando la mujer embarazada comienza a sentirse mejor, su satisfacción de tener sexo mejora.

Aribi et al ⁽¹¹⁾ realizaron un estudio en Túnez, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital Universitario “HédiChaker” durante julio y agosto de 2010, titulado “*Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women*”. Observaron una disminución en su interés y actividad sexual durante el embarazo. Las tres principales causas de esta disminución fueron: los síntomas físicos (83 %), el miedo a hacer daño al feto (66,7 %) y el deseo sexual hipoactivo (33,4 %). Su creencia en la imposibilidad de la relación sexual durante el embarazo no se correlaciona con la educación ni con el origen. Concluyeron que el período de embarazo y el posparto cambian el comportamiento sexual, interfiere con la calidad de vida y perturba la convivencia en pareja. Sin embargo la

información y el apoyo de las mujeres en este período siguen siendo insuficientes.

Corbacioglu et al ⁽¹²⁾ en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Estambul, Turquía en el 2012, realizaron un estudio que se tituló “*The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation*”, cuyo objetivo era investigar los factores que afectan la sexualidad en el embarazo temprano y el impacto de la conciencia del embarazo sobre la función sexual femenina en el primer trimestre usando dos cuestionarios de auto-reporte. Los resultados de este estudio sugieren que en la gestación temprana, la conciencia del embarazo se asocia con la función sexual femenina más baja. Además, factores obstétricos y sociodemográficos parecen ser ineficaces en el estudio de la función sexual en el embarazo temprano.

Chang et al ⁽¹³⁾ realizaron un estudio en Taipéi, Taiwán en el 2011, titulado “*Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants*”. Cuyo objetivo era examinar la función sexual en general, tres dimensiones de la versión de Taiwán del Índice de la Función Sexual Femenina (IFSFT) y para evaluar sus factores determinantes durante los tres trimestres del embarazo. Concluyeron que los factores biopsicosociales y culturales afectan el IFSFT marcadamente durante todo el embarazo.

Nunes et al ⁽¹⁴⁾ realizaron un estudio en Brasil, en el 2009, titulado “*Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo a realidade*”. Este estudio tuvo como objetivos caracterizar la sexualidad de mujeres embarazadas. Es de destacar que el 43,5 % de las mujeres embarazadas recibieron información acerca de la sexualidad en el control prenatal. En cuanto al deseo y la satisfacción sexual, la mayoría de estos reportaron una disminución en el embarazo. Se señaló como factores de interferencia en la sexualidad durante el embarazo: náuseas, dolor de espalda, el miedo de lastimar al bebé y causar el aborto, lo que indica una falta de clarificación de las mujeres embarazadas y la necesidad de una atención prenatal adecuada. Concluyeron así que parte de mujeres embarazadas atendidas en la atención prenatal no ejerce su sexualidad plenamente, lo que nos hace reflexionar sobre la importancia de la promoción de la salud sexual durante la atención prenatal.

Queiróset al ⁽¹⁵⁾ realizaron un estudio titulado “*Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez*”, realizado en la Maternidad “Dr. Alfredo da Costa” en Lisboa, Portugal. Su objetivo fue describir la experiencia sexual de la mujer en el tercer trimestre del embarazo. En cuanto a

los resultados, encontraron disminución de la actividad sexual después de quedar embarazada, manteniendo relaciones sexuales una o más veces por semana, y en el tercer trimestre el coito vaginal se encontró sin cambios significativos. Los factores que influyen en la reducción de la actividad sexual en el tercer trimestre son reducción del deseo, la dispareunia y fatiga física. Los mitos, las creencias religiosas, la educación y la dificultad en recibir información también parecen contribuir en la reducción de la actividad sexual. Pocas mujeres obtienen información a través de profesionales de la salud sobre este tema y consideran que deben ser mejor aclarados por el mismo. En conclusión, los autores creen que en la mayoría de los casos, el embarazo no causa un problema de sexualidad si antes era satisfactorio. Sin embargo, consideran que es importante abordar este problema en el embarazo por los profesionales de la salud.

Kouakou et al ⁽¹⁶⁾ realizaron un estudio titulado “*Reality of the impact of pregnancy on sexuality. Results about review of 200 Ivoirians pregnant women*”. Donde determinaron las opiniones y las prácticas de las mujeres en la sexualidad durante el embarazo. Estudio que tuvo lugar del 1 septiembre 2008 hasta 28 febrero 2009 en el Hospital General del Sur de Abobo. Concluyeron que el embarazo influyó negativamente las prácticas sexuales durante el embarazo. Las mujeres embarazadas estaban mal informadas y transmitían prejuicios. Por lo que creen necesario que el personal médico compense este déficit de información y se atreva a hablar de ello durante las visitas prenatales.

Piñero et al ⁽¹⁷⁾ realizaron un estudio titulado “*Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo*”, en el que se describen los cambios que se producen en la sexualidad de la mujer durante el embarazo. En general las relaciones sexuales sufren una disminución a lo largo del embarazo siendo más marcadas en el tercer trimestre, aunque prácticamente todas se encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual, sin olvidar que una parte de las encuestadas aumenta su interés y mejora su vida sexual. Como conclusión en este estudio insisten en la importancia de una mayor educación sexual durante este periodo por personal sanitario cualificado.

Pauleta et al ⁽¹⁸⁾ realizaron un estudio titulado “*Sexuality during pregnancy*”, en el Hospital Universitario Santa María, Lisboa, Portugal, en el 2010, cuyo objetivo era evaluar los cambios en las percepciones y las actividades sexuales durante el embarazo y determinar las disfunciones sexuales en ese período. En este estudio determinaron que la satisfacción sexual no cambia durante el embarazo en comparación con los patrones de antes del embarazo a

pesar de una disminución de la actividad sexual durante el tercer trimestre. Sugieren discutir los cambios esperados en la sexualidad, de forma rutinaria por el médico, con el fin de mejorar la percepción de posibles modificaciones sexuales inducidas por el embarazo.

Erolet al ⁽¹⁹⁾ realizaron un estudio titulado “*A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy*”, en la Universidad de Estambul, Turquía, en el 2007, aquí se realizó un estudio observacional transversal para evaluar las puntuaciones de la función sexual y los niveles en sangre de andrógenos de las mujeres durante el embarazo, como posible correlación. Concluyeron en este estudio que las puntuaciones de la función sexual eran más bajas en las mujeres en el tercer trimestre de su embarazo en comparación con los de los dos primeros trimestres del embarazo. Estas puntuaciones de la función sexual más bajas en el tercer trimestre no se asociaron con los niveles de andrógenos inferiores.

Ferreira et al ⁽²⁰⁾ también realizaron un estudio titulado “*Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco*”, cuyo objetivo era evaluar, en mujeres sanas en el segundo trimestre del embarazo, una posible asociación entre función sexual y la calidad de vida, y entre la función sexual y la satisfacción sexual. Fue realizado en la Maternidad Leonor Mendes de Barros - São Paulo (SP), Brasil. Concluyeron que la función sexual se asocia proporcionalmente con la calidad de vida y con la satisfacción sexual en mujeres sanas en el segundo trimestre del embarazo.

Todos estos estudios demostraron cambios significativos en la función sexual durante el embarazo, muchos de los cuales también están influenciados por su entorno y los componentes del mismo, es por esto que los tomamos como antecedentes para nuestro trabajo.

Marco teórico

La sexualidad ha ido evolucionando junto con la mentalidad del ser humano. En la Prehistoria era una simple satisfacción del impulso reproductivo. Es probable que la preocupación por la sexualidad no contara demasiado en las primeras comunidades cavernarias debido a la vida totalmente insegura de los primeros hombres. ⁽²¹⁾

La sexualidad pasa a ocupar un lugar importante en la civilización con el descubrimiento de la agricultura, pues permitió a las tribus establecerse por períodos prolongados en territorios fijos, con lo que hombres y mujeres pudieron por fin conocer el placer de reproducirse. En ese momento, la humanidad identifica a la mujer (da vida) con la tierra (da frutos). ⁽²¹⁾

La religión judía fue de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente de las mujeres que eran consideradas simples objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear, perpetuar y servir a los hijos. El cristianismo cambió esta visión pero al pasar a ser religión oficial del imperio romano se convirtió en una fuerza política y represiva. El cristianismo designó la sexualidad como algo impuro. El islamismo reprimió aún más ferozmente a las mujeres y continúa esa injusta práctica hasta nuestros días. ⁽²¹⁾

En el Oriente, la sociedad buscaba el conocimiento y el desarrollo de las funciones sexuales. En la India son famosos los libros sagrados del erotismo hindú, como el Kama Sutra, que enseñan las maneras de convertir el goce de la sexualidad en una experiencia casi mística. Esto no quiere decir que en estas culturas el desarrollo de la sexualidad triunfara. Las conveniencias políticas y las concepciones machistas mantenían gran número de costumbres atroces y represivas contra las mujeres y las clases más humildes. ⁽²¹⁾

En Occidente, la represión político-religiosa de la sexualidad y sus manifestaciones se mantuvo hasta bien entrado el siglo XX. Sin embargo, entre el siglo XVIII y el actual se dieron diferentes cambios en la mentalidad social. Algunos fueron espectaculares y otros poco perceptibles. Pero todos marcaron el camino hacia la revolución sexual, que ocurrió en la década de 1960 y desembocó en las actuales concepciones sobre este tema. ⁽²¹⁾

Durante el siglo XIX, la sexualidad comenzó a estudiarse con mayor serenidad, la represión de sociedades puritanas, como la de Inglaterra en la época de la reina Victoria, continuó. La sociedad victoriana ostentaba varias contradicciones morales. Por ejemplo, exigía continencia sexual a las mujeres "decentes" y al mismo tiempo toleraba la prostitución como un vertedero inevitable de las necesidades "sucias" de los hombres. Lo peor fue que el concepto victoriano sobre sexualidad marcó los años posteriores con una serie de creencias equivocadas. El pensamiento religioso daba gran importancia a la familia, pero no permitía olvidar que el sexo era una desafortunada necesidad. ⁽²¹⁾

El inicio del siglo XX fue también el principio del importante movimiento de liberación femenina, para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. Así empezaron a desecharse los tabúes sobre el cuerpo y su capacidad sexual. Por la misma época, el psicólogo Sigmund Freud dio a conocer sus revolucionarias teorías sobre la sexualidad humana, que condujeron a una verdadera revolución sexual. Con él se inició el modernismo sexual, surgido en respuesta a las rígidas normas victorianas. Hombres y mujeres comenzaron a preocuparse

por entender mejor el desarrollo de sus capacidades y habilidades sexuales. Las dos guerras mundiales aumentaron la permisividad sexual en la sociedad, que a corto plazo propiciaría la liberación conceptual sobre el sexo. ⁽²¹⁾

Con Alfred Kinsey en 1953 se inició el estudio sistemático de la sexualidad, investigando sobre el comportamiento sexual en el hombre y en la mujer. Según definió Carroble en 1990, la función original de la sexualidad, desde una perspectiva etiológica, consiste en el mantenimiento de la especie a través de su adaptación al medio, y la reproducción es un mecanismo esencial, pues su éxito significa la trasmisión del pool genético perfeccionado por selección natural y en constante evolución. ⁽²¹⁾

En la actualidad consideramos la sexualidad como consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socioemocionales altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales. La expresión pública y privada de la sexualidad afecta en gran medida a la calidad de vida de las personas. ^(1,21)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”. ⁽¹⁾

Admitiendo la dificultad que entraña una definición universalmente aceptable de la totalidad de la sexualidad humana, la OMS considera la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. ⁽¹⁾

En su definición, la OMS fundamenta la salud sexual en la conjunción de tres condiciones:

1.- Capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética social y personal.

2.- Permanecer libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales.

3.- Permanecer libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la función sexual y/o reproductiva.

Esta noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto a la

sexualidad humana. La orientación prestada por los profesionales de la salud debe ir dirigida al disfrute intensificado de la vida de las relaciones personales y no limitarse al asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación y las enfermedades de transmisión sexual.⁽¹⁾

Ahora bien, para poder informar adecuadamente a la gestante sobre las repercusiones que el embarazo tiene en su esfera sexual y sobre las posibles repercusiones que la actividad sexual tiene sobre el embarazo, debemos conocer la respuesta sexual normal en la mujer y las modificaciones fisiológicas que le acompañan y las posibles interacciones de estas modificaciones sobre factores fisiológicos o patológicos del embarazo.

La sexualidad durante el embarazo se ha caracterizado por la existencia de tabúes y miedos infundados, producto de la poca información que se posee al respecto. Para eliminar estos prejuicios es fundamental conocer los cambios físicos y emocionales de la mujer durante el embarazo. ^(1, 21,22)

Es necesario tomar en cuenta que son muchos los factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, los que se ponen en juego para determinar diversos tipos de conductas sexuales durante el embarazo. La conducta de la mujer ante la maternidad, la ausencia o no de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, la presencia de complicaciones médicas y la preocupación, en algunos casos, ante la posible pérdida de la gestación, así como otras condiciones individuales, ejercen considerable presión sobre la conducta y respuesta sexual. ^(1,22)

Cambios fisiológicos durante el embarazo. Muchos de los cambios son debidos a procesos hormonales propios de la gestación y otros subsecuentes a los cambios sucesivos y mecánicos por el crecimiento del útero y su producto. ^(1, 27,28)

Durante el primer trimestre del embarazo se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual, en aquellas mujeres que experimentan náuseas y vómitos se ha observado disminución del interés en la actividad sexual, mientras que otras presentan un aumento de la libido. ^(22,23)

Podemos encontrar numerosas alteraciones en el sistema cardiovascular. Debido a la dificultad del retorno venoso y aumento de la presión venosa en piernas y pelvis, por la compresión del útero gestante, pueden aparecer varices en vulva y miembros inferiores, edemas en los pies y hemorroides. Se produce un aumento de la volemia en un 35-40% causando hemodilución y anemia fisiológica del embarazo, lo que unido a la vasodilatación que se produce provocarán mareos y lipotimias. Todo ello conlleva un aumento del gasto

cardíaco para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto, aumento del riego sanguíneo cutáneo produciendo sensación de acaloramiento, piel húmeda, congestión nasal y aumento de la frecuencia cardíaca, que exacerban aún más las molestias.^(1, 27,28)

En la recta final del embarazo precisamente por el crecimiento del útero se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho. Por lo que en esta etapa se ha reportado incomodidad, haciéndose necesario modificar las posiciones coitales.^(22,27-29)

Aparecen alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma, melasma también llamada máscara del embarazo, así como la línea alba debido a la pigmentación de la piel. Pueden aparecer estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen, del peso y dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer. Puede notar un aumento en la caída del cabello, que volverá a la normalidad luego del parto.^(27,28)

Aparecen también alteraciones digestivas como las gingivitis, comunes en los embarazos debido a la inflamación de las encías, así como un aumento de la producción de saliva (ptialismo), del apetito y la sed, que pueden aumentar las molestias^(27,28); que unido al crecimiento del abdomen por el útero gestante se han relacionado con disminución del interés sexual por su apariencia física.⁽²²⁾

Debido a los cambios metabólicos, al principio del embarazo existirá tendencia a la hipoglucemia, mientras que en la segunda mitad del embarazo hay tendencia a la hiperglucemia. La posible aparición de épulis, es debida al aumento de estrógenos fundamentalmente. El aumento de la progesterona se relaciona con la relajación de la musculatura intestinal, que unido a la disminución del peristaltismo produce estreñimiento.^(27,28)

Puede aparecer reflujo gastro-esofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retroesternal, el cual suele ocurrir en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior.^(27,28)

A nivel mamario, aumenta la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumentan a medida que avanza el embarazo). Toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido al mayor aumento de sangre al área ya congestionada.^(27,28,30)

Entre las alteraciones musculo-esqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño. ^(27,28)

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pélvico-ureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. Al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria. ^(27,28)

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo. Sin embargo, aún son escasos los estudios que profundizan en el área psicológica y en los aspectos que repercuten directamente en su estado de ánimo y en su salud; aun cuando, parece razonable pensar que el bienestar psicológico y subjetivo, así como emocional de la mujer, sobre todo en esta época de su vida, puede estar relacionado con el buen funcionamiento y la salud sexual. ^(1, 22,23)

El estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para algunas mujeres o embarazadas puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios o experimentan disminución de sus deseos sexuales. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este período pueden estar reaccionando a alteraciones físicas e incomodidad. Específicamente se piensa que durante el último trimestre del embarazo, se pierde interés sexual en las féminas por su apariencia física, o por temor a dañarlas, lo que hace que disminuya la libido. ^(1, 22,23,30)

Respuesta sexual fisiológica. Esta es la manera de satisfacer una necesidad fisiológica de tipo sexual ante los estímulos que provocan el deseo, tanto de una manera física como desde el punto de vista más puramente personal. Es decir, la respuesta fisiológica de tipo sexual no se limita simplemente a una respuesta física sino que comprende una experiencia psíquica mucho

más compleja. ^(1,23)

Desde el punto de vista físico, estas respuestas se pueden clasificar en función de si son cambios físicos genitales o extragenitales. Pero también es importante conocer el alcance emocional y psicológico de las relaciones sexuales para evitar posibles problemas que puedan afectar a la pareja. ^(1, 23,24)

Según los investigadores William Masters y Virginia Johnson, más conocidos como Masters y Johnson en 1966, fueron capaces de detallar las reacciones fisiológicas que involucran a la respuesta sexual humana (RSH); ésta, en función de los cambios que se producen en el cuerpo, pasa por cinco fases: fase de excitación, fase de meseta, fase orgásmica, fase de resolución y fase refractaria. No obstante, para tener una visión completa de la sexualidad, es necesario añadir una etapa más a las clásicas de Masters y Johnson: una anterior a la fase de excitación, que es la fase de deseo sexual, añadida por Helen Kaplan en 1978. Esta fase es de carácter psicológico, al contrario que las cuatro clásicas, que son de carácter enteramente fisiológico. ^(1,21, 23,24, 28)

- La fase del deseo sexual. Hace referencia al nivel general de interés en la sexualidad. Tiene una modulación fundamentalmente hormonal. Aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. Esta etapa puede verse afectada por los factores fisiológicos y psicológicos anteriormente mencionados. Ahora bien, son necesarios los estímulos externos para desencadenar la conducta en cuestión o un nivel de deseo tan importante que convierta cualquier percepción sensorial a la siguiente fase, la de excitación.
- La fase de excitación. Se puede subdividir en 3 partes; excitación central, respuesta genital y extragenital o excitación periférica.

La excitación central comprende la respuesta a los diversos estímulos sexuales visuales, olfatorios, auditivos y táctiles o productos de la imaginación, de tal forma que, actuando a través de la corteza cerebral, el sistema límbico e hipotálamo, con centros nerviosos de excitación, con las endorfinas como neurotransmisores y centros de inhibición ligados a los centros del miedo y el dolor, se genera una respuesta sexual genital y extragenital.

La respuesta genital está compuesta fundamentalmente por congestión vascular y cambios neuromusculares. La dilatación arteriolar está controlada por el estímulo

parasimpático sacro de las raíces S2, S3 y S4 vehiculizadas a través de los nervios erectores. Tienen un papel significativo el estímulo torácico simpático y como neurotransmisor local el polipéptido intestinal vasoactivo (VIP), un potente vasodilatador que se encuentra en el pene y la vagina. Los labios mayores se elevan y tienden a abrirse aplanándose, los labios menores aumentan de grosor y longitud, alargando el canal vaginal. Sin embargo, lo más destacable es el cambio de coloración que experimentan, pasando a un color rojo brillante (nulíparas) o rojo vinoso (multíparas). Este cambio de coloración se denomina “piel sexual”. En esta fase se produce abombamiento de la parte superior de la vagina, engrosamiento de los plexos venosos que rodean la parte inferior y de los bulbos eréctiles del vestíbulo a ambos lados del introito. Pueden producirse contracciones irregulares y lentas en el tercio inferior de la vagina. Los labios menores se retraen y el clítoris se pone eréctil y gira 90 grados hacia la sínfisis del pubis. La vagina se lubrica por la producción de un trasudado de la pared que se genera al aumentar el aporte sanguíneo a la misma y, posteriormente, por la secreción de las glándulas de Bartholino. Probablemente la intensidad del flujo sanguíneo vaginal tenga que ver con la excitabilidad. El útero se engruesa, aumenta de tamaño y asciende en la pelvis.

La respuesta extragenital se caracteriza por una etapa de excitación periférica en la que se produce incremento de la tensión arterial sistólica y diastólica, rubor cutáneo generalizado con aumento de la temperatura seguida de sudoración, modificaciones de la frecuencia cardíaca, cambios respiratorios y dilatación pupilar. Recto y ano también sufren cambios durante la respuesta sexual, la fase inicial de excitación va acompañada de una tensión muscular del esfínter anal y del elevador del ano, además de una mayor tensión en la región glútea. A nivel mamario en la fase de excitación lo primero que ocurre es la erección del pezón que puede aumentar de longitud de 0,5 a 1 cm. Si el estímulo persiste, aumenta de tamaño la mama por acumulo de sangre, llegando a ocultar parte de la erección previamente conseguida, quedando manifiesta a nivel subcutáneo la red venosa mamaria.

Estas tres subfases interactúan entre sí, potenciando y manteniendo la fase de excitación.

- La fase de meseta. La fase anterior se puede mantener en meseta cuando llega a su máxima expresión, prolongando el placer de la relación sexual antes de llegar al orgasmo.

Una prolongación excesiva puede producir dolor durante el coito. A nivel vaginal, si el estímulo erótico es adecuado y se alcanza la fase de meseta, la vasocongestión del tercio externo vaginal comporta una tumefacción del mismo que estrecha la luz del canal vaginal a su entrada, como queriendo abrazar la posible entrada del pene. A esta adaptación funcional se le denomina plataforma orgásmica. El útero, que se eleva en la pelvis durante la fase de excitación, alcanza una máxima durante esta fase.

- La fase orgásmica. Durante esta fase se produce un espasmo de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina, seguidos de contracciones rítmicas de los mismos. En ocasiones se producen contracciones uterinas; esto ocurre porque a nivel del cuerpo uterino, la excitación conlleva una mayor irritabilidad de las paredes, pero contracciones fuertes sólo ocurren a los 2 – 4 segundos después del orgasmo. Fuera del área genital se produce contracción de los rectos anteriores del abdomen y del esfínter anal de forma involuntaria e incremento de la tensión arterial y la ventilación pulmonar. Existe un sentimiento intenso de placer y una alteración variable de la conciencia.
- La fase de resolución. Tras el orgasmo se produce la fase de resolución, en la que se invierten los cambios producidos durante la fase de excitación y de orgasmo. Si la mujer no ha llegado al orgasmo, la congestión pélvica puede tardar horas en resolverse y producir sensación disfórica.
- La fase refractaria. Sigue a la de resolución y durante ella una mayor estimulación no da lugar a una respuesta. Esta fase es de duración variable; puede no presentarse produciendo orgasmos múltiples en aproximadamente el 14% de las mujeres.

Para valorar la respuesta sexual en las gestantes se utiliza el Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF), un instrumento estandarizado y validado para evaluar la función sexual femenina desarrollado por Rosen y cols., en el año 2000, el cual es de uso sencillo y rápido, consiste en un Cuestionario que contiene 19 preguntas con opciones de respuesta cerradas y sus respectivas puntuaciones, mediante el cual se evalúan 6 aspectos de la función sexual femenina, como son deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; teniendo cada pregunta 5 ó 6 opciones de repuestas, a las que se les asigna un puntaje desde 0 a 5. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

El IFSF es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 aspectos evaluados, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales).

Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $p \leq 0,001$. 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 (Anexo 5).⁽²⁵⁻²⁶⁾

En cuanto a los datos socio-demográficos que podrían afectar la respuesta sexual, estos se obtuvieron a través del Método Graffar - Méndez Castellano –Graffar modificado– (Anexo 4). En Venezuela, desde 1981, se aplica el Método Graffar desarrollado en Francia y adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez Castellanos. Consiste en una estratificación de la población a partir de las siguientes cinco variables: profesión del jefe/a de la familia, nivel de instrucción de los padres, fuente de ingreso, alojamiento y aspecto del barrio. A partir de la suma de las variables se identifican cinco estratos: Estrato I, población con las mejores condiciones de vida; Estrato II, buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del Estrato I; Estrato III, población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales. Estrato IV es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales. Finalmente, el Estrato V es la población en pobreza crítica, representado por las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas. Este método permite evaluar las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus capacidades.^(31,32)

Objetivo General

Evaluar mediante la aplicación de una encuesta la conducta sexual de la embarazada en cada trimestre de la gestación en usuarias que acudan al control prenatal.

Objetivos Específicos

1. Describir la función sexual en la embarazada a lo largo de la gestación.
2. Analizar los cambios en el patrón de actividad sexual en cada trimestre de la gestación.
3. Identificar los factores culturales que influyen en la actividad sexual durante el embarazo.

Aspectos Éticos

Para dar cumplimiento a las normas de Bioética establecidas para la investigación clínica, las cuales instituyen como principios fundamentales el respeto al ser humano y a sus derechos individuales, y por tanto a la dignidad de la persona, antes de decidir su participación en este estudio clínico, a cada paciente le serán explicados con claridad los 4 principios bioéticos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

De modo que, las pacientes participantes en el estudio serán informadas respecto a los objetivos propuestos, así como que se mantendrá la absoluta confidencialidad de los datos por ellas suministrados. Luego de proporcionarle las explicaciones necesarias a cada paciente, si decide participar voluntariamente, firmará el consentimiento informado como señal de su debida autorización. (Anexo 1)

MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal.

Población y muestra

La población está constituida por todas las embarazadas que acudan al control prenatal del Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” entre enero – octubre del 2015. Tomando como referencia dicho histórico, tenemos que para el año 2014 acudieron un total de 2557 gestantes a dicha consulta, por tanto, para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, para un nivel de confianza de 95 %, con precisión del 5 %, obteniendo una muestra total de 337 gestantes a ser evaluadas. La muestra se conformó con las embarazadas de la consulta prenatal que estuvieron dispuestas a participar en la investigación, quienes respondieron el cuestionario, de modo que se trata de un muestreo de tipo intencional no probabilístico.

Criterios de inclusión

- Embarazadas de bajo riesgo en control prenatal en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”.

Criterios de exclusión

- Antecedentes o patologías que determinen alto riesgo en la gestación.

Variables

- Trimestres del embarazo
- Características socio-demográficas y antecedentes obstétricos
- Función sexual
- Cambios en la actividad sexual
- Factores culturales

El cuadro de operacionalización de las variables se presenta en el Anexo 2.

Procedimientos

Previa autorización del Departamento de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, se procedió a realizar la investigación en el Servicio de consulta prenatal. Se seleccionaron a las embarazadas que asistieron entre enero - octubre de 2015 que cumplieran los criterios de inclusión, se les explicaron los objetivos, el propósito e importancia de la investigación, dándoles oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda. Se les entregó el consentimiento informado, el cual fue firmado en señal de conformidad aceptando voluntariamente su participación. (Anexo 1). Una vez obtenida la autorización de las participantes se les explicaron detalladamente los pasos a seguir. Se les realizó una entrevista en cada trimestre del embarazo aplicando un instrumento de recolección de datos (Anexo 3), el cual contenía la información socio-demográfica y de interés para la investigación –a través del Método Graffar modificado por Méndez-Castellano ⁽³¹⁾, los antecedentes obstétricos, los factores culturales, y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSFF)–. ^(25,26)

Tratamiento estadístico

Los datos obtenidos fueron registrados, tabulados, y luego sometidos al proceso de análisis estadístico correspondiente, y se mostraron utilizando las tablas y gráficos adecuados a fin de facilitar el análisis estadístico.

Con procedimientos de estadística descriptiva se calcularon, los valores medios y las desviaciones estándar para las variables continuas, a través del paquete de cómputo estadístico Statgraphics Centurion versión 15.2. En el caso de las variables nominales se calcularon sus frecuencias, tanto absolutas como relativas (porcentajes).

Cuando se contrastaron las variables nominales se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson generada por el programa estadístico SPSS versión 18.0, y se consideró como valor significativo $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 337 pacientes gestantes que acudieron a la consulta prenatal entre enero y octubre de 2015. La edad de las pacientes varió entre 13 y 43 años, con un promedio de $24,6 \pm 6,9$ años. Predominaron los grupos de 19 - 24 años y 25 - 31 años con 30,9 % y 25,5 %, respectivamente, seguidos por las menores de 19 años –adolescentes– con 22,2 %. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad ($p = < 0,001$). (Cuadro 1)

La mayoría eran primigestas (33,2 %) y segundigestas (30,2 %). En cuanto a los partos, 19,8 % de las 337 pacientes habían tenido un parto y 14,8 % dos partos, 13,3 % una cesárea y 15,1 % un aborto. En cada grupo de pacientes según la paridad –gestaciones, partos, cesáreas y abortos– se encontró diferencia significativa. (Cuadro 2)

Para la edad de inicio de relaciones sexuales, 45,4 % de las pacientes las tuvieron entre los 13 y 15 años y 38,9 % entre los 16 y 18 años, con un promedio de $15,9 \pm 2,5$ años. Hubo diferencia significativa ($p = < 0,001$) al establecer la comparación entre los grupos de edad con respecto al inicio de relaciones sexuales. (Cuadro 3)

En cuanto al nivel de instrucción, 39 % de las pacientes tenían secundaria completa y 24 % secundaria incompleta. Asimismo, se encontró diferencia significativa ($p = < 0,001$) entre los diferentes niveles de instrucción. (Cuadro 4)

Con respecto a la ocupación de las pacientes, 57 % realizan oficios del hogar y 18 % son empleadas, resultando con diferencia estadística entre las diversas actividades ($p = < 0,001$). (Cuadro 5)

Al determinar las características socio-económicas mediante la aplicación del método Graffar se encontró que 45,1 % correspondían al estrato IV y 35,9 % al estrato III, habiendo diferencia estadística entre los estratos socio-económicos ($p = < 0,001$). (Cuadro 6)

Se evaluó la actividad sexual de las pacientes aplicando el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) incluyendo los 6 aspectos principales de la función sexual –deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y dolor–. El puntaje global de las respuestas a las 19 preguntas del cuestionario IFSF fue calculado y promediado para cada aspecto evaluado. En todos los casos, el puntaje mínimo para cada aspecto evaluado de la función sexual siempre resultó mayor que 3,6 (los valores variaron en el rango entre 3,6 y 5,7 puntos).

Se observa que durante la gestación entre el primer y el tercer trimestres aumentaron el

deseo (1 punto), la excitación (0,5 punto) y la satisfacción (0,3 punto); la lubricación y el orgasmo permanecieron iguales; mientras el dolor disminuyó (0,6 puntos). Asimismo, el puntaje de las respuestas fue totalizado por cada trimestre de la gestación, resultando ser 25,7 puntos, 26,3 puntos y 26,8 puntos para el I, II y III trimestre, respectivamente, y luego fue promediado resultando ser $26,2 \pm 0,5$. Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa al contrastar el puntaje de cada aspecto durante los 3 trimestres, así como tampoco la hubo en la comparación del puntaje total de cada trimestre. (Cuadro 7)

En lo referente a los factores culturales que pueden influir en la actividad sexual durante el embarazo, las respuestas muestran que: 1) el 94 % opinó que durante el embarazo se pueden tener relaciones sexuales; 2) solo 6 % ha tenido relaciones forzadas; 3) 89 % cree que las relaciones sexuales no afectan al feto; 4) 67 % respondió no sentir algún temor por tener relaciones durante el período gestacional; 5) entre las que manifestaron sentir temor 67 % consideró que esa situación puede variar con la edad del embarazo; 6) 88 % afirmó no tener sentimientos de culpa por haber tenido relaciones sexuales durante el embarazo; 7) 92 % desconoce algún problema o consecuencia negativa por la actividad sexual mientras está embarazada; 8) 59 % expresó no haber recibido alguna información sobre la actividad sexual durante el embarazo; 9) 77 % aseguró no haber consultado al médico sobre el tema durante el control prenatal; 10) 79 % consideró que su actividad sexual durante el embarazo no fue similar a la que tenía antes de estar embarazada, 11) 92 % dijeron que su pareja está de acuerdo con las relaciones sexuales durante el embarazo. (Cuadro 8)

DISCUSIÓN

La función sexual es un aspecto fundamental de la calidad de vida de la mujer, incluso durante el embarazo, y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Una vida sexual sana forma parte de una salud plena. La gestación supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo. Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres, y sus parejas, sufren cambios en su patrón habitual de comportamiento sexual.

Durante un embarazo normal puede mantenerse la actividad sexual habitual siempre que no hayan evidencias de infección genital o alguna otra complicación, sin temor a que se cause algún daño fetal, pero las relaciones sexuales debe evitarse cuando exista amenaza de aborto o parto pretérmino. ⁽⁸⁾

Las características socio-demográficas de las 337 gestantes estudiadas resultaron similares a las encontradas por otros autores que han evaluado la función sexual en la mujer durante el embarazo. Así, en el grupo de 74 embarazadas evaluadas por Rodríguez et al ⁽⁸⁾, 31 % eran bachiller y 43,2 % primigestas. Muñoz ⁽³³⁾ reportó un promedio de edad de $25,11 \pm 6,24$ años; sexarquia promedio de 17,7 años y 34,9 % primigestas. En el estudio de Balestena et al ⁽³⁴⁾, la edad promedio de las mujeres fue de 28,6 años; 46,26 % eran primigestas; 46,2 % eran trabajadoras; con predominio del bachillerato como escolaridad (79 %). Mientras en nuestra investigación la edad promedio fue $24,6 \pm 6,9$ años; con un promedio de $15,9 \pm 2,5$ años para el inicio de su actividad sexual; 33,2 % eran primigestas y 39 % eran bachilleres.

Los aspectos relevantes de la función sexual fueron estudiados en las gestantes, tales como deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y dolor, al aplicar el cuestionario estandarizado del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), los cuales permiten conocer si dicha actividad es adecuada y satisfactoria o, por el contrario, disfuncional, de acuerdo con la sumatoria de los puntos obtenidos en cada uno de los renglones evaluados. En todos los casos, el puntaje mínimo (no menor que 3,4 puntos) de cada aspecto señalado no alcanzó valores indicativos de alteraciones de la función sexual durante el período gestacional. Estos resultados difieren de la apreciación general de varios autores –Bataglia ⁽³⁾, Escudero ⁽⁴⁾, Contreras ⁽⁶⁾, Rodríguez ⁽⁸⁾, Piñero ⁽¹⁷⁾, Muñoz ⁽³³⁾, Balestena ⁽³⁴⁾, y Vera ⁽³⁵⁾– quienes describen una reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales, con una disminución del deseo y de la satisfacción durante el embarazo, sobre todo más marcada en el tercer trimestre, por lo que concluyen que las mujeres perciben su función sexual como muy perturbada durante el proceso de gestación.

El puntaje promedio del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) obtenido durante cada trimestre del embarazo en este estudio resultó ser 25,7 puntos para el I trimestre, 26,3 puntos para el II trimestre y 26,8 puntos para el III trimestre, sin diferencia estadísticamente significativa al contrastar los valores, aun cuando se observa un aumento de 1,1 punto entre el primer trimestre y el tercero. De modo que, de conformidad con los resultados del presente estudio, el patrón de actividad sexual durante el embarazo cambió en el sentido de mejorar con el progreso de la gestación.

Para la variable factores culturales, con la cual se buscó medir aquellas actitudes, creencias, prejuicios y temores, que pueden afectar la sexualidad durante el embarazo, se halló que la gran mayoría de las embarazadas (94 %) opinan que pueden mantener relaciones sexuales, estando de acuerdo con sus respectivas parejas, porque consideran que no afectan al feto en desarrollo, y las practican sin sentimientos de culpa, debido a que desconocen de algún problema o consecuencia negativa por la actividad sexual mientras están embarazadas.

Cerca del 60 % no recibió información sobre la actividad sexual durante el embarazo y solo el 23 % de las pacientes manifestó consultar al médico sobre el tema durante el control prenatal. Por último, el 79 % de ellas consideraron que su actividad sexual durante el embarazo no fue similar a la que tenían previamente, aunque le dan mucha importancia a la actividad sexual, tanto por parte de las mujeres como de sus parejas.

Por tanto, es de enorme importancia tener presente la existencia de los prejuicios y mitos que conducen a la desinformación alrededor del tema de la función sexual durante el embarazo, que tanta atención requiere. Este hecho coincide con lo señalado por Bataglia⁽³⁾ y por Piñero⁽¹⁷⁾, que preconizan la necesidad de una adecuada orientación sexual por parte del personal médico que atiende a las embarazadas.

Conclusiones

- Los cambios en el patrón de actividad sexual que ocurrieron en cada uno de los trimestres de la gestación indican un aumento del deseo, la excitación y la satisfacción; la lubricación y el orgasmo no sufrieron modificaciones; mientras disminuyó el dolor, a medida que avanzaba el embarazo. Asimismo, se observó un aumento en el puntaje global de la función sexual femenina en cada trimestre, indicando una mejoría de dicha función durante el embarazo, sin que la diferencia llegara a alcanzar una significación estadística.

- Los factores culturales que pueden influir en la actividad sexual durante el embarazo resultaron favorables en este estudio, ya que la opinión de la mayoría de las embarazadas era propicia para mantener relaciones sexuales, tanto por parte de la mujer gestante como de su pareja.

Recomendaciones

- Promover el desarrollo y la difusión de información sobre el tema de la función sexual durante el embarazo dirigido a las gestantes, en especial a las adolescentes y a las primigestas, así como a sus parejas.

- Durante la consulta prenatal se debe orientar a las embarazadas con respecto a la práctica de su actividad sexual, propiciando la comunicación para abordar el asunto de la sexualidad en la gestante, respondiendo a sus preguntas, aclarando sus dudas, superando sus inseguridades, dando información adecuada, y en términos comprensibles, de manera que contribuya efectivamente a mejorar la atención obstétrica.

- Insistir en la capacitación del personal de salud relacionado con la atención materna, particularmente los médicos especializados en Obstetricia, en cuanto a la prevención, detección precoz y manejo oportuno de los problemas de disfunción sexual, los cuales pueden ocurrir no solo durante el embarazo.

- Plantear la necesidad de planificar y desarrollar a nivel nacional programas sanitarios de asesoramiento en educación sexual para la mujer durante el período gestacional.

REFERENCIAS

1. Soria Becerril BC. *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio*. Trabajo fin de máster. Universidad de Almería; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2543/6/Trabajo.pdf> (consultado 20 de febrero 2015).
2. Veras E, de la Cruz A, Rodríguez U, Santos C, Lora P. Respuesta sexual por trimestre durante el embarazo. *Rev Med Dom* 2003;64(3). Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2003/64/03/RMD-2003-64-03-014-017.pdf> (consultado 18 de febrero 2015).
3. Bataglia V, Freitas L, González C, Maldonado V. Sexualidad y embarazo: cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. *An Fac Cienc Méd (Asunción)* 2014;47(1);47-60. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492014000100004&script=sci_arttext (consultado 14 febrero 2015).
4. Escudero R, Carretero P, Caño A, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: A prospective investigation of Spanish women. *Health* 2013; 5(8):1289-1294.
5. Sira M. Función sexual y embarazo. En: Aller J, Pagés G (eds.) *Obstetricia Moderna*. 3ra Ed. Caracas. Mc Graw Hill 1999. p94-105.
6. Contreras I. *Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas*. Trabajo especial de grado. Universidad de Oriente; 2010. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4314/1/TESESEM010C206.pdf> (consultado 21 de enero 2015).
7. Mauco S. *Comportamiento de la función sexual en la embarazada*. Trabajo especial de grado. Universidad CentroOccidental "Lisandro Alvarado"; 2001. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TWQ200M382001.pdf (consultado 21 de enero 2015).
8. Rodríguez L, Arbúes E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global* 2013; 12(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400022&script=sci_arttext (consultado 22 marzo 2015).
9. Siqueira P, Vieira L, Mauricio R. Impacto da gestaçãona função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35(5): 205-209.
10. Syty K, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Jakiel G. The influence of pregnancy on sexual satisfaction among women. *Wiad Lek* 2012;65(3):157-161.
11. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. Female

- sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women. *Túnez Med* 2012; 90(12): 873-877.
12. Corbacioglu A, Bakir V, Akbayir O, CilesizGoksedef B, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med* 2012; 9(7): 1897-1903.
 13. Chang S, Chen K, Lin H, Yu H. 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(10): 2859-2867.
 14. Nunes B, Chaves G, Souza P, Santos P, Gomes L, Freitas V, et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecend essa realidade. *Rev Eletr Enf.* 2011;13(3):464-473.
 15. Queirós A, Conde P, Cunha V, Ambrósio P, Marques F, Serrano F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:434-443.
 16. Kouakou K, Doumbia Y, Djanhan L, Menin M, Kouaho J, Djanhan Y. Reality of the impact of pregnancy on sexuality. Results about review of 200 Ivoirians pregnant women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2011;40(1):36-41.
 17. Piñero N, Alarcos M, Arenas O, Jiménez I, Ortega B, Ramiro F. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *Rev Electr Nure Inv* 2011; 50. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/518/507> (consultado 11 enero 2015).
 18. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7(1):136-142.
 19. 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(5): 1381-1387.
 20. Ferreira D, Nakamura M, Souza E, Mariani N, Ribeiro M, Santana T, Abdo C. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(9):409-413.
 21. Sorli N. Breve historia de la sexualidad. *Rev Sex Ident* 2002. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/breve%20historia%20de%20la%20sexualidad.pdf> (consultado 05 febrero 2015).
 22. González L, Miyar P. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):497-501.
 23. Gutiérrez T. La respuesta sexual humana. *AMF* 2010; 6(10):543-546.
 24. Campos I, Civera L, Córdoba S, Del Amo E, Díaz A, et al. *Respuesta sexual humana*. Trabajo especial de grado. Universidad de Valencia; 2006.

25. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
26. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2):118-125.
27. Cunningham FG. Fisiología materna. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (eds.) *Williams Obstetricia*. 23ª ed. México: McGraw-Hill; 2011.p107-135.
28. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E (eds.) *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. 2ª ed. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2010.
29. Sacomori C, Cardoso L. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(5): 313-317.
30. Araújo NM, Salim NR, Gualda DM, Silva LC. Body and sexuality during pregnancy. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):552-558.
31. Méndez Castellano H, de Méndez M. Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas. *Fundacredesa* 1994; 206. Disponible en: http://consulta-z.bcv.org.ve/cgi-win/be_alex.exe?Acceso=T210000068796/0&Nombrebd=bcentral&Opc=FD_EST (consultado 25 mayo 2015).
32. Guerra BL, Bezama BC. Métodos de estratificación social utilizados en Venezuela. Trabajo especial de grado. Universidad de Oriente; 2009. Disponible en: http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/477/1/tesis_BGyCL--%5b00060%5d--%28tc%29.pdf (consultado 08 de mayo 2015).
33. Muñoz M. Características del ejercicio de la función sexual de las pacientes embarazadas. Consulta prenatal del H.U.A.L. Octubre 2008-diciembre 2008. Trabajo de investigación para ascenso académico. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Valencia, 2009. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1659/mmunoz.pdf?sequence=4> (consultado 25 julio 2015).
34. Balestena J, Fernández B, Sanabria J, Fernández R. Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. *Rev Ciencias Médicas* 2014; 18(3): 363-374.
35. Vera C. Prácticas sexuales de la pareja durante la gestación en pacientes atendidas en Centro de Salud de Comas. Tesis de grado. Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Escuela Profesional de Obstetricia. Lima, Perú 2014. Disponible en: (consultado 25 julio 2015).

ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las médicas residentes Yeniffer Chamorro y Yanine Palacios del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” están realizando una investigación titulada “Estudio de la función sexual de la mujer durante el embarazo”, cuyo objetivo es evaluar la función sexual en las mujeres durante los tres trimestres del embarazo, para lo cual se hará una encuesta en la que estoy siendo invitada a participar, y cuyas preguntas responderé de forma anónima, entendiendo que todas las respuestas serán tratadas con estricta confidencialidad y en ningún caso se identificará a la persona que la haya expresado, por lo que estoy dispuesta a colaborar.

Yo, _____, C.I. N° _____, edad _____ años y número de historia clínica: _____, manifiesto en forma voluntaria mi aceptación para participar en esta encuesta, de la cual me fueron explicados su objetivo y los procedimientos a seguir, siendo respondidas mis preguntas al respecto.

Caracas, _____ de 2015.

Firma de la paciente

Firma del médico

Anexo 2. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Parámetros
Trimestres del embarazo	I trimestre: hasta la semana 14. II trimestre: hasta la semana 28. III trimestre: hasta la semana 42.	Cualitativa	I, II y III trimestres	- Edad gestacional
Características socio-demográficas y antecedentes obstétricos	Rasgos generales para establecer la condición socio-económica	Cuantitativa y cualitativa	Estrato socio-económico Edad Grado de instrucción Actividad laboral Número de embarazos y de partos o cesáreas Inicio de relaciones sexuales	- Según método de Graffar - Años - Nivel educativo - Ocupación - Número - Años
Función sexual	Evaluación de la actividad sexual aplicando el IFSF	Cualitativa	Aspectos relevantes de la actividad sexual humana	- Deseo - Excitación - Lubricación - Orgasmo - Satisfacción - Dolor
Cambios en el patrón de actividad sexual durante el embarazo	Evaluación de la actividad sexual en cada trimestre de la gestación	Cualitativa	Patrón de actividad sexual	- Sin cambios - Disminución - Aumento
Factores culturales	Actitudes, creencias, prejuicios y temores, que pueden afectar la sexualidad durante el embarazo	Cualitativa	Influencia en la actividad sexual durante el embarazo	Si o No

Anexo 3. FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

Código: _____ Fecha: _____ N° historia clínica: _____

Edad _____ años Paridad: Gesta ___ Partos ___ Cesáreas ___ Abortos ___

Inicio de relaciones sexuales: ___ años

Nivel de instrucción: Primaria incompleta ___ Primaria completa ___

Secundaria incompleta ___ Secundaria completa ___

Técnica ___ Universitaria ___

Ocupación: Obrera ___ Empleada ___ Comerciante ___

Oficios del hogar ___ Otro ___ Especifique _____

Pareja. Edad: ___ años Ocupación: _____

Hábito: Fuma ___ Consumo de alcohol ___ Consumo de drogas ___

Violencia de género _____

Graffar modificado por Méndez Castellano ^(31,32)

Seleccione en cada una de las siguientes categorías la opción que corresponda:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1. Profesión del jefe de familia | Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior) | <input type="checkbox"/> |
| | Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores | <input type="checkbox"/> |
| | Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores | <input type="checkbox"/> |
| | Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) | <input type="checkbox"/> |
| | Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nivel de instrucción de la madre | Enseñanza universitaria o su equivalente | <input type="checkbox"/> |
| | Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media | <input type="checkbox"/> |
| | Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior | <input type="checkbox"/> |
| | Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria) | <input type="checkbox"/> |
| Analfabeta | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Fuente de ingreso (o modalidad de ingreso) | Fortuna heredada o adquirida | <input type="checkbox"/> |
| | Ganancias o beneficios, honorarios profesionales | <input type="checkbox"/> |
| | Sueldo mensual | <input type="checkbox"/> |
| | Salario semanal, por día, entrada a destajo | <input type="checkbox"/> |
| | Donaciones de origen público o privado | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------|
| 4. Condiciones de alojamiento | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo | <input type="checkbox"/> |
| | Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios | <input type="checkbox"/> |
| | Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2 | <input type="checkbox"/> |
| | Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias | <input type="checkbox"/> |
| | Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas | <input type="checkbox"/> |

Cuestionario

A) Primera parte. Factores culturales.

Instrucciones:

- Cada pregunta debe ser respondida de acuerdo a su opinión.
- Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.
- En caso de tener alguna duda consulte con la persona encuestadora.

Preguntas:

1. ¿Cree usted que durante el embarazo se pueden tener relaciones sexuales?
Si ___ No ___
2. ¿Durante el embarazo ha tenido relaciones sexuales forzadas? Si ___ No ___
3. ¿Cree usted que las relaciones sexuales afectan al feto en gestación? Si ___ No ___
4. ¿Siente algún miedo o temor si tiene relaciones sexuales estando embarazada?
Si ___ No ___
5. En caso de responder Si a la pregunta anterior ¿Cree que esto varíe con la edad del embarazo? Si ___ No ___
6. ¿Tiene sentimientos de culpa por haber tenido relaciones sexuales durante el embarazo? Si ___ No ___
7. ¿Conoce usted algún problema o consecuencia negativas por tener relaciones sexuales durante el embarazo? Si ___ No ___
8. ¿Ha recibido información sobre la actividad sexual durante el embarazo?
Si ___ No ___
9. Al médico de la consulta prenatal ¿Usted le ha consultado sobre la actividad sexual durante el embarazo? Si ___ No ___
10. ¿Su actividad sexual durante el embarazo ha sido similar a la que tenía antes de estar embarazada? Si ___ No ___
11. ¿Su pareja está de acuerdo con las relaciones sexuales durante el embarazo?
Si ___ No ___

B) Segunda parte. Índice de Función Sexual Femenina.

Instrucciones:

- Cada pregunta debe ser respondida de acuerdo a su opinión, incluyendo una respuesta para cada uno de los trimestres del embarazo: I, II y III.
- Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.
- En caso de tener alguna duda consulte con la persona encuestadora.

Preguntas:

1. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

2. Durante el embarazo actual, ¿En qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Muy alto			
• Alto			
• Regular			
• Bajo			
• Muy bajo o nada			

3. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

4. Durante el embarazo actual, ¿Qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Muy alto			
• Alto			
• Moderado			
• Bajo			
• Muy bajo o nada			

5. Durante el embarazo actual, ¿Qué confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Muy alta confianza			
• Alta confianza			
• Moderada confianza			
• Baja confianza			
• Muy baja o sin confianza			

6. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

7. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia se ha lubricado (húmeda o mojada) durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

8. Durante el embarazo actual, ¿Cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Extremadamente difícil o imposible			
• Muy difícil			
• Difícil			
• Levemente difícil			
• Sin dificultad			

9. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

10. Durante el embarazo actual, ¿Cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Extremadamente difícil o imposible			
• Muy difícil			
• Difícil			
• Levemente difícil			
• Sin dificultad			

11. Durante el embarazo actual, cuando ha tenido estimulación o relación sexual, ¿Con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

12. Durante el embarazo actual, cuando ha tenido estimulación o relación sexual, ¿Cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Extremadamente difícil o imposible			
• Muy difícil			
• Difícil			
• Levemente difícil			
• Sin dificultad			

13. Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o relación sexual?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Muy satisfecha			
• Moderadamente satisfecha			
• Igualmente satisfecha e insatisfecha			
• Moderadamente insatisfecha			
• Muy insatisfecha			

14. Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Muy satisfecha			
• Moderadamente satisfecha			
• Igualmente satisfecha e insatisfecha			
• Moderadamente insatisfecha			
• Muy insatisfecha			

15. Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Muy satisfecha			
• Moderadamente satisfecha			
• Igualmente satisfecha e insatisfecha			
• Moderadamente insatisfecha			
• Muy insatisfecha			

16. Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha ha estado con su vida sexual en general?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Muy satisfecha			
• Moderadamente satisfecha			
• Igualmente satisfecha e insatisfecha			
• Moderadamente insatisfecha			
• Muy insatisfecha			

17. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

18. Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Casi siempre o siempre			
• Muchas veces (más de la mitad de las veces)			
• Algunas veces (la mitad de las veces)			
• Pocas veces (menos de la mitad de las veces)			
• Casi nunca o nunca			

19. Durante el embarazo actual, ¿Con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

	I trimestre	II trimestre	III trimestre
• Sin actividad sexual			
• Muy alto			
• Alto			
• Regular			
• Bajo			
• Muy bajo o nada			

Anexo 4. CATEGORÍAS DEL MÉTODO GRAFFAR POR MÉNDEZ CASTELLANO

Puntuación de respuestas y clasificación por estratos ⁽³¹⁾

Variables	Puntaje	Ítems
1. Profesión del jefe de familia	1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Fuente de ingreso (o modalidad de ingreso)	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Los resultados se clasifican de la siguiente manera:

Estrato I, cuando se obtiene una puntuación de: 4, 5 ó 6.

Estrato II, cuando se obtiene una puntuación de: 7, 8 ó 9.

Estrato III, cuando se obtiene una puntuación de: 10, 11 ó 12.

Estrato IV, cuando se obtiene una puntuación de: 13, 14, 15 ó 16.

Estrato V, cuando se obtiene una puntuación de: 17, 18, 19 ó 20.

Anexo 5. VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF) ⁽²⁵⁻²⁶⁾

En el año 2000, Rosen R. y col. publican el Índice de Función Sexual Femenina (*Female Sexual Function Index* – FSFI), proponiéndola como un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina. Está basada en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

El Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF) consiste en un Cuestionario que contiene 19 preguntas con opciones de respuesta cerradas y sus respectivas puntuaciones, mediante el cual se evalúan 6 aspectos de la función sexual femenina, como son Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor.

El IFSF es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 aspectos evaluados, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $p \leq 0,001$.

Las puntuaciones del IFSF correspondientes a las respuestas dadas a cada pregunta se muestran a continuación:

1-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre 5puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2puntos
- Casi nunca o nunca 1punto

2-Durante el embarazo actual, ¿En qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto 5puntos
- Alto 4puntos
- Regular 3puntos
- Bajo 2puntos
- Muy bajo o nada 1punto

3-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 5puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2puntos
- Casi nunca o nunca 1punto

4-Durante el embarazo actual, ¿Qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Muy alto 5puntos
- Alto 4puntos
- Moderado 3puntos
- Bajo 2puntos
- Muy bajo o nada 1punto

5-Durante el embarazo actual, ¿Qué confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Muy alta confianza 5puntos
- Alta confianza 4puntos
- Moderada confianza 3puntos
- Baja confianza 2puntos
- Muy baja o sin confianza 1punto

6-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 5puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2puntos
- Casi nunca o nunca 1punto

7-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia se ha lubricado (húmeda o mojada) durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 5puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2puntos
- Casi nunca o nunca 1punto

8-Durante el embarazo actual, ¿Cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Extremadamente difícil o imposible 1punto
- Muy difícil 2puntos
- Difícil 3puntos
- Levemente difícil 4puntos
- Sin dificultad 5puntos

9-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 5puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2puntos
- Casi nunca o nunca 1punto

10-Durante el embarazo actual, ¿Cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Extremadamente difícil o imposible 1punto
- Muy difícil 2puntos
- Difícil 3puntos
- Levemente difícil 4puntos
- Sin dificultad 5puntos

11-Durante el embarazo actual, cuando ha tenido estimulación o relación sexual, ¿Con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 5puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4puntos
- Algunas veces(la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2puntos
- Casi nunca o nunca 1punto

12-Durante el embarazo actual, cuando ha tenido estimulación o relación sexual, ¿Cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0punto
- Extremadamente difícil o imposible 1punto
- Muy difícil 2puntos
- Difícil 3puntos
- Levemente difícil 4puntos
- Sin dificultad 5puntos

13-Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual 0punto
- Muy satisfecha 5puntos
- Moderadamente satisfecha 4puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3puntos
- Moderadamente insatisfecha 2puntos
- Muy insatisfecha 1punto

14-Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual 0punto
- Muy satisfecha 5puntos
- Moderadamente satisfecha 4puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3puntos
- Moderadamente insatisfecha 2puntos
- Muy insatisfecha 1punto

15-Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5puntos
- Moderadamente satisfecha 4puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3puntos
- Moderadamente insatisfecha 2puntos
- Muy insatisfecha 1punto

16-Durante el embarazo actual, ¿Cuán satisfecha ha estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5puntos
- Moderadamente satisfecha 4puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3puntos
- Moderadamente insatisfecha 2puntos
- Muy insatisfecha 1punto

17-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 1punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4puntos
- Casi nunca o nunca 5puntos

18-Durante el embarazo actual, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0punto
- Casi siempre o siempre 1punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4puntos
- Casi nunca o nunca 5puntos

19-Durante el embarazo actual, ¿Con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0punto
- Muy alto 1punto
- Alto 2puntos
- Regular 3puntos
- Bajo 4puntos
- Muy bajo o nada 5puntos

Sistema de calificación de IFSF. Se obtiene la puntuación individual según la respuesta de cada pregunta y luego se suman a los demás del mismo aspecto evaluado, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los puntajes de cada uno de los 6 aspectos evaluados. Un puntaje de 0 en un aspecto indica no actividad sexual en el último mes.

Aspecto evaluado	Preguntas	Rango	Factor	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Deseo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14,15,16	0 (ó 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

Conclusión del IFSF. El Índice de Función Sexual Femenina es un instrumento autoinformado para evaluar la función sexual femenina que resulta de utilidad clínica para establecer el diagnóstico de disfunción sexual.

Anexo 6. Cuadros de Resultados

Cuadro 1. Distribución de las pacientes según edad

Edad (años)	<i>f</i>	%
13 – 18	175	22,2
19 – 24	104	30,9
25 – 31	86	25,5
31 – 36	51	15,1
> 36	21	6,2
Total	337	100

Rango: 13 - 43 años; $\bar{x} \pm DE$: 24,6 \pm 6,89años.

$\chi^2 = 61,7982(p = < 0,001)$

Fuente: Autoras (2015)

Cuadro 2. Distribución de las pacientes según paridad

Gestaciones	<i>f</i>	%	Rango	$\bar{x} \pm DE$	<i>p</i>
I	112	33,2	1 – 9	2,4 \pm 1,5	< 0,001
II	102	30,2			
III	66	19,6			
IV o +	57	16,9			
Total	337	100			
Partos	<i>f</i>	%*	Rango	$\bar{x} \pm DE$	<i>p</i>
1	67	19,8	1 – 6	1,94 \pm 1,0	0,0024
2	50	14,8			
3 o +	33	9,8			
Total	150	44,5			
Cesáreas	<i>f</i>	%*	Rango	$\bar{x} \pm DE$	<i>p</i>
1	45	13,3	1 – 3	1,34 \pm 0,5	0,0023
2 ó 3	21	6,2			
Total	66	19,6			
Abortos	<i>f</i>	%*	Rango	$\bar{x} \pm DE$	<i>p</i>
1	51	15,1	1 – 5	1,3 \pm 0,6	< 0,001
> 1	16	4,7			
Total	67	19,9			

*: Los porcentajes se calcularon sobre el total de 337 pacientes.

Fuente: Autoras (2015).

Cuadro 3. Distribución de las pacientes según edad de inicio de relaciones sexuales

Edad (años)	f	%
< 13	12	3,5
13 - 15	153	45,4
16 - 18	131	38,9
19 - 21	30	8,9
> 21	11	3,2
Total	337	100

Rango: 6 - 27 años; $\bar{x} \pm DE$: 15,9 \pm 2,51 años.

$X^2 = 282,21(p = < 0,001)$

Fuente: Autoras (2015).

Cuadro 4. Distribución de las pacientes según nivel de instrucción

Nivel de instrucción	f	%
Primaria incompleta	30	9
Primaria completa	18	5
Secundaria incompleta	82	24
Secundaria completa	131	39
Técnica	38	11
Universitaria	38	11
Total	337	100

$X^2 = 161,46(p = < 0,001)$

Fuente: Autoras (2015).

Cuadro 5. Distribución de las pacientes según ocupación

Ocupación	<i>f</i>	%
Obrera	20	6
Empleada	59	18
Comerciante	27	8
Oficios del hogar	192	57
Estudiante	24	7
Otro	15	4
Total	337	100

$$X^2 = 415,67 (p = < 0,001)$$

Fuente: Autoras (2015).

Cuadro 6. Distribución de las pacientes según estrato socio-económico (Graffar)

Estrato	<i>f</i>	%
I	1	0,3
II	47	13,95
III	121	35,9
IV	152	45,1
V	16	4,75
Total	337	100

$$X^2 = 378,92 (p = < 0,001)$$

Fuente: Autoras (2015).

Cuadro 7. Distribución del Índice de Función Sexual Femenina (puntaje por cada aspecto evaluado) según trimestre del embarazo

Aspecto evaluado	Puntaje por trimestre			$(\bar{x} \pm DE)$	<i>p</i>
	I	II	III		
Deseo	3,6	3,9	4,6	$4,0 \pm 0,5$	0,4710
Excitación	3,7	3,9	4,2	$3,9 \pm 0,2$	0,4710
Lubricación	4,8	4,8	4,7	$4,7 \pm 0,1$	0,6993
Orgasmo	4,3	4,4	4,3	$4,3 \pm 0,1$	0,7492
Satisfacción	3,6	3,7	3,9	$3,7 \pm 0,2$	0,6156
Dolor	5,7	5,6	5,1	$5,4 \pm 0,3$	0,0582
Rango total de la escala	25,7	26,3	26,8	$26,2 \pm 0,5$	0,4451

Fuente: Autoras (2015).

Cuadro 8. Relación de respuestas según factores culturales que pueden influir en la actividad sexual durante el embarazo

Preguntas	Respuestas				Total	<i>p</i>
	Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
1	316	94	21	6	337	< 0,001
2	19	6	318	94	337	< 0,001
3	36	11	301	89	337	< 0,001
4	112	33	225	67	337	< 0,001
5	75	67	37	33	332	< 0,001
6	41	12	296	88	337	< 0,001
7	26	8	311	92	337	< 0,001
8	138	41	199	59	337	< 0,001
9	76	23	261	77	337	< 0,001
10	70	21	267	79	337	< 0,001
11	309	92	28	8	337	< 0,001

Fuente: Autoras (2015).