

Conductas sexuales en el posparto de mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital
Local del Norte en Bucaramanga, Santander

Vanessa Delgado Jaime, MD

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Salud
Escuela de Medicina
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Bucaramanga
2021

Conductas sexuales en el posparto de mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital
Local del Norte en Bucaramanga, Santander

Presentado por:
Vanessa Delgado Jaime, MD
Residente de Ginecología y Obstetricia

Trabajo de Investigación para optar a Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Director Proyecto de Grado
Bernardo Useche Aldana, Psic, PsD
Psicólogo, doctorado en sexualidad humana, salud pública y docente de postgrado UNAB

Codirectora de Proyecto de Grado
Rocío Guarín Serrano, MD, Esp, MsC
Médico, especialista en ginecología y obstetricia, Magíster en salud sexual y sexología clínica

Asesora Epidemiológica
Yeny Zulay Castellanos Domínguez, Bact, MsC
Bacterióloga, Magíster en Epidemiología

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Salud
Escuela de Medicina
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Bucaramanga
2021

Dedicado a mis padres, hermanos y a mi novio, que han sido la base de mi formación, cada uno de ustedes han aportado grandes cosas a mi vida.

Esto es posible gracias a ustedes.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Elda y Adrián, por ser ejemplo de perseverancia, amor, humildad, recuerden que todos mis logros son tan míos como de ustedes.

A mi novio Luis, por su amor y apoyo incondicional, fueron esenciales para lograr esta meta.

A mis abuelos y en especial a mi abuelita Diva, que en paz descanse, quien soñaba con verme cumplir esta meta, desde el cielo sé que está feliz y acompañándome.

A mis hermanos Geraldine y Adrián, porque siempre han creído en mí y por su apoyo.

A mi profesor y director de tesis Dr. Bernardo Useche, su ejemplo como profesional y persona ha sido invaluable para mi formación.

A mi profesora y codirectora de tesis Dra. Rocío Guarín, por creer en mis capacidades y haberme motivado a realizar este proyecto.

A mi asesora epidemiológica Dra. Yeny Zulay Castellanos, por todo el apoyo y acompañamiento en este proyecto.

Al cuerpo docente del postgrado, en especial los doctores Eliana Quintero, Alonso Padilla, Amanda Mantilla, Rocío Guarín, Julio Vargas, Eliana Cardona, Simón Orostegui, Enrique Rueda y Mónica Beltrán, por sus enseñanzas tanto académicas como humanas.

A mis amigas y compañeras de residencia, quienes dieron a este proceso un entorno de familia y con quienes viví experiencias memorables.

A Alejandra Ardila, Wendy Arenas, Camila Galvis y Nela Polo, su importante ayuda permitió la culminación de este proyecto.

A la UNAB, HLN y la FOSCAL, porque en sus escenarios he vivido experiencias académicas y formativas invaluable.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------|
| Listado de tablas | 7 |
| Listado de figuras..... | 9 |
| Listado de anexos. | 10 |
| Resumen..... | 11 |
| 1.Introducción..... | 13 |
| 2. Planteamiento del problema | 14 |
| 3. Justificación..... | 15 |
| 4. Marco teórico..... | 16 |
| 4.1 Sexualidad..... | 16 |
| 4.2 Fisiología de la respuesta sexual femenina | 17 |
| 4.2.1 Etapas de la respuesta sexual | 18 |
| 4.2.2 Cambios anátomo-fisiológicos presentados durante la respuesta sexual | 19 |
| 4.3 Disfunción sexual femenina | 22 |
| 4.3. 1 Clasificación de la disfunción sexual femenina | 23 |
| 4.3.2 Causas de Disfunción sexual femenina | 24 |
| 4.3.2.1 Causas orgánicas..... | 24 |
| 4.3.2.2 Causas psicosociales | 26 |
| 4.4 Definición de puerperio | 28 |
| 4.4.1Clasificación del puerperio | 29 |
| 4.4.2Cambios anátomo-fisiológicos en el puerperio | 29 |
| 4.4.2.1Puerperio inmediato | 29 |
| 4.4.2.2Puerperio propiamente dicho | 30 |
| 4.4.2.3Puerperio alejado | 32 |
| 4.4.2.4Puerperio tardío | 32 |
| 4.4.3 Cambios sexuales experimentados durante el puerperio | 32 |
| 4.5 Evaluación de la disfunción sexual femenina..... | 34 |
| 5. Estado del arte | 37 |
| 6 Objetivo general y objetivos específicos | 41 |
| 6.1 Objetivo principal | 41 |
| 6.2 Objetivos específicos | 41 |
| 7. Metodología | 42 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 7.1 Diseño | 42 |
| 7.2 Pregunta de investigación | 42 |
| 7.3 Hipótesis | 42 |
| 7.4 Población | 42 |
| 7.5 Muestra..... | 42 |
| 7.6 Tamaño de la muestra | 42 |
| 7.7 Tipo de muestreo | 43 |
| 7.8 Criterios de selección | 43 |
| 7.8.1 Criterios de Inclusión..... | 43 |
| 7.8.2 Criterios de exclusión..... | 43 |
| 7.9 Variables | 43 |
| 7.10 Técnica | 44 |
| 7.11 Instrumento | 44 |
| 7.12 Procedimiento | 44 |
| 7.13 Análisis de datos | 47 |
| 8.Disposiciones Vigentes..... | 48 |
| 8.1Consideraciones éticas | 48 |
| 9. Resultado..... | 49 |
| 10. Discusión | 66 |
| 11. Fortalezas y limitaciones..... | 69 |
| 12. Conclusión | 69 |
| 13. Anexos | 70 |
| 14.Referencias bibliográficas | 100 |

LISTADO DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Cambios a nivel genital y extragenital asociado a la respuesta sexual femenina..... | 21 |
| Tabla 2. Características de los loquios. | 31 |
| Tabla 3. Índice de función sexual femenina. | 36 |
| Tabla 4. Índice de función sexual femenina – 6 ítems | 36 |
| Tabla 5. Índice de función sexual abreviado..... | 37 |
| Tabla 6. Características sociodemográficas de las participantes en la fase 1..... | 50 |
| Tabla 7. Características de relación de pareja y convivencia..... | 51 |
| Tabla 8. Características ginecobstétricas de las participantes | 52 |
| Tabla 9. Prácticas de autoestimulación previo a la gestación | 53 |
| Tabla 10. Actividad sexual en el post-parto..... | 53 |
| Tabla 11. Características relacionadas con las prácticas sexuales antes de la gestación y a los 6 meses del parto. | 55 |
| Tabla 12. Frecuencia de disfunción sexual y sus dominios antes y después del parto | 57 |
| Tabla 13. Puntuación de la función sexual y sus dominios en el período posparto | 58 |
| Tabla 14. Características de lactancia materna y factores emocionales asociados en el posparto | 58 |
| Tabla 15. Características sociodemográficas de las participantes que se perdieron durante el seguimiento | 60 |
| Tabla 16. Características de relación de pareja de las participantes que se perdieron durante el seguimiento | 61 |
| Tabla 17. Características ginecobstétricas de las participantes que se perdieron durante el seguimiento..... | 62 |

Tabla 18. Prácticas de autoestimulación previo a la gestación de las participantes que se perdieron durante el seguimiento 63

Tabla 19. Características de las prácticas sexuales de participantes que se perdieron en el seguimiento..... 64

LISTADO DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| <i>Figura 1.</i> Esquema del ciclo de la respuesta sexual femenina..... | 17 |
| <i>Figura 2.</i> Involución uterina..... | 31 |
| <i>Figura 3.</i> Flujograma de participantes | 49 |
| <i>Figura 4.</i> Religión con la que se identifican las participantes..... | 52 |
| <i>Figura 5.</i> Religión con la que se identifican las participantes que se perdieron durante el seguimiento | 62 |

LISTADO DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Consentimiento informado | 70 |
| Anexo 2. Operacionalización de variables..... | 74 |
| Anexo 3. Instrumento parte 1 y parte 2..... | 84 |
| Anexo 4. Protocolo de reclutamiento..... | 92 |
| Anexo 5. Cronograma de Actividades..... | 93 |
| Anexo 6. Presupuesto..... | 94 |
| Anexo 7. Análisis bivariado entre la disfunción sexual y variables sociodemográficas | 97 |
| | |
| Anexo 8. Análisis bivariado entre la disfunción sexual y variables ginecoobstétricas | 98 |
| Anexo 9. Análisis bivariado entre la disfunción sexual y factores asociados al posparto..... | 98 |

Resumen

Objetivo: Conocer las conductas sexuales en el posparto en mujeres mayores de 18 años en un hospital de segundo nivel de atención en Bucaramanga, Santander.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo tipo panel en 232 mujeres, utilizando muestreo secuencial en un hospital de segundo nivel de atención en Bucaramanga, entre 2019 al 2021. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años en puerperio con pareja sexual estable y que aceptaron participar en el estudio y se excluyeron las mujeres con limitaciones físicas y/o cognitivas para responder la encuesta o con pérdidas de sus hijos durante el seguimiento del estudio. Se realizó un análisis univariado, bivariado y de pérdidas con los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos asociados a la disfunción sexual, usando STATA 14.0.

Resultados: La incidencia de la disfunción sexual en las mujeres en el periodo posparto fue de 62,5%, el problema sexual posparto más común fue la disfunción sexual orgásmica en un 33,2%, seguida de la disfunción excitatoria en 19%. El 93,8% de las mujeres a los cinco meses ya había reiniciado su vida sexual, en el 47% de los casos lo habían realizado a través de relaciones coitales, seguido de besos más tocamientos en el 22,4%. Cuando se realizó el análisis de la puntuación de la función sexual antes del embarazo y a los seis meses del puerperio, fue estadísticamente significativo en los dominios del deseo ($p < 0,0001$), excitación ($p = 0,0001$) y satisfacción sexual ($p = 0,012$).

Conclusión: De acuerdo a la alta incidencia de trastornos sexuales en este estudio, los sistemas de salud deben prestar más atención a esta área. Se requiere de más estudios, no solo para verificar estos hallazgos sino también para evaluar el impacto de otros factores en este período posparto, permitiendo mejorar e impactar en el manejo de esta patología.

Palabras clave: Periodo posparto, salud sexual, coito, disfunciones sexuales fisiológicas y disfunciones sexuales psicológicas.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and factors associated with postpartum sexual dysfunction in women over 18 years of age in a second level care hospital in Bucaramanga, Santander.

Materials and methods: A prospective longitudinal panel-type study was carried out in 232 women, using sequential sampling in a second-level care hospital in Bucaramanga, between 2019 and 2020. Women older than 18 years in the puerperium with a stable sexual partner were included. And who agreed to participate in the study and women with physical and / or cognitive limitations to answer the survey or with loss of their children during study follow-up were excluded. A univariate, bivariate and loss analysis was performed with sociodemographic, clinical, and psychological factors associated with sexual dysfunction, using STATA 14.0.

Results: The incidence of sexual dysfunction in women in the postpartum period was 62.5%, the most common postpartum sexual problem was orgasmic sexual dysfunction in 33.2%, followed by excitatory dysfunction in 19%. 93.8% of the women at five months had already restarted their sexual life, in 47% of the cases they had done it through intercourse, followed by kisses plus touching in 22.4%. When the sexual function score analysis was performed before pregnancy and six months after the puerperium, it was statistically significant in the domains of desire ($p = <0.0001$ *), arousal ($p = 0.0001$ *) and sexual satisfaction ($p = 0.012$ *).

Conclusion: According to the high prevalence of sexual disorders in this study, health systems should pay more attention to this area. More studies are required, not only to verify these findings but also to evaluate the impact of other factors in this postpartum period, allowing improvement and impact on the management of this pathology.

Key words: Postpartum period, sexual health, intercourse, physiological sexual dysfunctions and psychological sexual dysfunctions.

1. Introducción

La salud sexual y reproductiva, es el estado de bienestar en torno a los hechos relacionados con la reproducción y la sexualidad humana (1), por lo que se entiende como sexualidad al rasgo más íntimo del ser humano, que es inherente a este desde su nacimiento hasta que muere, expresándose en diferentes formas como el pensamiento, fantasías, creencias, deseos, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones, las cuales son influenciadas por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos (1,2); aunque está presente a lo largo de nuestra vida, se manifiesta de forma diferente en las etapas por las que pasamos (3,4), siendo importante recordar que para cada individuo, la sexualidad es única e irrepetible. Para el caso de las mujeres en edad reproductiva, una de las etapas más importante es su maternidad, la cual hace que ocurran modificaciones en su sexualidad, dado que se generan factores biopsicosociales que afectan a la mujer y dificultan el reinicio de las relaciones íntimas generando disfunciones sexuales (5).

Como parte de algunos cambios que se presentan en este periodo, se destaca una situación hormonal similar a un hipogonadismo, en la que ocurre una disminución de las hormonas sexuales y un incremento de la prolactina, influenciando de forma negativa en el deseo sexual de la mujer, así como en su estado emocional (6). En relación a los cambios en su cuerpo, algunas mujeres relatan sentimientos negativos después del parto, manifiestan inconformidad con su propio cuerpo, pues se sienten menos atractivas (7).

Por otro lado, la atención profesional a las mujeres en embarazo y después del parto, se ha centrado tradicionalmente en aspectos físicos, a la promoción del autocuidado, prevención de complicaciones y tratamiento de las mismas, quedando la atención a la sexualidad de la gestante y la puerpera relegada a un segundo lugar. La mayoría de los profesionales en salud que prestan cuidados a las mujeres durante la gestación y el puerperio no se encuentran capacitados para atender la sexualidad femenina, lo que dificulta un asesoramiento y educación oportuna a las mujeres y sus parejas (1).

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de conocer el modo en que las mujeres viven su sexualidad durante el postparto, desde su propio punto de vista y su experiencia, de este modo, los profesionales en salud que prestan cuidados a las mujeres durante el postparto podrán llevar

a cabo una atención en materia de sexualidad que responda a las vivencias reales de las mujeres durante este periodo y a sus necesidades concretas.

Por consiguiente, se realizó un estudio longitudinal tipo panel, cuyo objetivo fue conocer las conductas sexuales femeninas a los 6 meses del postparto, desde un enfoque cuantitativo, permitiendo conocer, profundizar y comprender el fenómeno de la sexualidad tras el nacimiento de un hijo desde el punto de vista de las mujeres. Para ello se utilizó como herramienta de recolección el índice de función sexual femenina desarrollada por Rosen y col. en el 2000 que consta de 6 dominios: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (8,9).

Se espera impactar no sólo en el conocimiento en la sexualidad femenina, sino sensibilizar al personal de salud desde médicos generales, rurales y ginecólogos, de la importancia de la conducta sexual en las mujeres en el periodo posparto, logrando intervención integral de las mujeres en esta etapa, para mejorar la atención en salud y que sirva de base para que en un futuro se desarrollen políticas de salud pública que puedan impactar de manera masiva en el bienestar de estas mujeres.

2. Planteamiento del problema de investigación

En los últimos años, se han estudiado con gran interés los componentes fisiológicos de la respuesta sexual femenina, así como su conducta sexual, permitiendo describir diferentes disfunciones sexuales en la mujer (10,11). Desde el punto de vista de la sexualidad en el puerperio, posparto o periodo perinatal se han realizado investigaciones en el ámbito internacional y nacional. Estas investigaciones han reportado cambios biopsicosociales que afectan a la mujer (12) y que dificultan la normalización en el reinicio de las relaciones sexuales.

Se ha visto que algunas mujeres se sienten vulnerables, cansadas, (2, 13-16), con necesidad de afecto y miedos con respecto a su desempeño sexual después del parto, dolor durante las relaciones sexuales (12), y a un nuevo embarazo (3, 12,13); a nivel social las mujeres sufren cambios en las rutinas, roles y responsabilidades que dificultan el reinicio de la actividad sexual (1,12).

Las mujeres que se encuentran lactando, presentan disminución del deseo sexual con niveles de testosterona bajos, aumento de prolactina y descenso de los estrógenos, lo que compromete la

capacidad de lubricación de la vagina, generando molestias, dolor durante las relaciones sexuales, favoreciendo el miedo y/o evitación a la relación sexual (14).

Según Conolly et al., hasta las 12 semanas después del parto la mujer puede llegar a experimentar nuevamente el orgasmo (17), hallazgos similares a los encontrados por Wallwiener et al., quien evidenció que a las 12 semanas la capacidad orgásmica es igual o superior a la experimentada antes del embarazo, demostrando una alteración en la fase orgásmica durante este periodo (3).

A nivel nacional existe solo un estudio realizado en mujeres de Sincelejo, donde se abordó el tiempo que se tomaron las pacientes para reiniciar las relaciones sexuales y las características de reinicio de la vida sexual en el periodo posparto, según Martínez et al., el 87 % de las participantes manifestó no tener relaciones sexuales durante la etapa del puerperio definido dentro de los 60 días posterior al parto y que solo el 13 % tuvieron relaciones en este periodo (18). A nivel local con una población que tiene unas características culturales muy propias, no existe ninguna investigación al respecto.

Con lo anteriormente expuesto es claro que es relevante para impactar en la salud sexual femenina conocer las conductas en el posparto en mujeres mayores de 18 años en un hospital de segundo nivel de atención en Bucaramanga, Santander, para poder llegar a plantear a futuro políticas de salud pública que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes.

3. Justificación

A pesar de una alta vivencia del periodo fisiológico del puerperio de una mujer, hay varios estudios a nivel internacional, solo uno a nivel nacional y ninguno local, sobre las conductas sexuales en el posparto. Sabiendo que la sexualidad está estrechamente ligada a la calidad de vida de la mujer, la familia y la sociedad, es importante conocer el modo en que las mujeres viven su sexualidad durante el postparto, de este modo, los profesionales en salud que prestan cuidados a las mujeres durante el postparto podrán llevar a cabo una atención en materia de sexualidad que responda a las vivencias reales de las mujeres durante este periodo y a sus necesidades concretas, generando políticas de salud pública en pro de la salud sexual de la mujer.

Conociendo el problema y teniendo en cuenta que el Hospital Local del Norte es una institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel de complejidad, que funciona como un centro

de remisión para los pacientes de la red de centros de salud del Instituto de Salud Bucaramanga (ISABU) ; y oferta el servicio de urgencias, en el cual se concentran las actividades de trabajo de parto de las gestantes de la red, en donde acuden la población de estrato 1, 2 y 3 que representan el 38,4 % (19) de la ciudad de Bucaramanga haciendo que los hallazgos sean representativos de la mayoría de la población, por ello, se constituyó en un centro importante para llevar a cabo esta investigación, y permitió tener acceso a una población en las que se pudo caracterizar esta problemática.

Esto justifica plenamente la relevancia de una investigación sobre las mujeres en nuestro medio, permitiendo conocer, profundizar y comprender el fenómeno de la sexualidad tras el nacimiento de un hijo desde el punto de vista de ellas. Este estudio es el primero que a la fecha se haya reportado en la región. Por lo anterior, esta investigación servirá de soporte científico y académico para la toma de decisiones clínicas y seguir conductas terapéuticas en las mujeres en periodo de postparto.

4. Marco teórico

4.1 Sexualidad

La sexualidad se considera que es una característica individual que constituye la dignidad humana y se define como un conjunto de múltiples dimensiones de la vida, basada en el sexo, el género, la identidad de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción; la cual se expresa en diferentes formas entre ellas a través del pensamiento, fantasía, deseo, creencia, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones (20-22), siendo el resultado de la interacción de varios factores como el biológico, psicológico, socioeconómico, cultural, ético y religioso (11,23,24).

Según la Asociación Mundial de Salud Sexual (25) y la Organización Mundial de la Salud se ha declarado que la salud sexual es "*. . . un estado físico, emocional, bienestar mental y social en relación con sexualidad; no es solo la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad. . .*"(26). La actividad sexual es una parte integral de la vida de todos y su deterioro puede tener un impacto sustancial en la calidad de vida (27).

A lo largo de la historia del ser humano la sexualidad ha presentado cambios constantes en la forma de entender y expresar la sexualidad, así mismo como la forma en que la percibe cada persona en las diferentes etapas de la vida (28). Lo anterior es resultado de la firme influencia del

ámbito social y cultural que han determinado su significado y valor a través del tiempo (10). El postparto está marcado por cambios físicos, emocionales y relacionales, siendo la sexualidad uno de los aspectos más vulnerables, como sabemos durante el puerperio se produce una disminución de las hormonas sexuales y una liberación de prolactina, influyendo de manera negativa en el deseo sexual y el estado emocional, así mismo se presenta temor al dolor, falta de información y miedo a un nuevo embarazo siendo factores que se encuentran en mujeres con recuperación tardía de la sexualidad (20,29).

4.2 Fisiología de la respuesta sexual femenina

La fisiología de la respuesta sexual femenina (RS) fue introducida por primera vez en la obra de Masters y Johnson, definiéndose como un conjunto de cambios psicofisiológicos asociados con la realización de actos sexuales, compuesta por una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), cuyos mecanismos interactúan, reforzándose o inhibiéndose recíprocamente (fig. 1) (30,31).

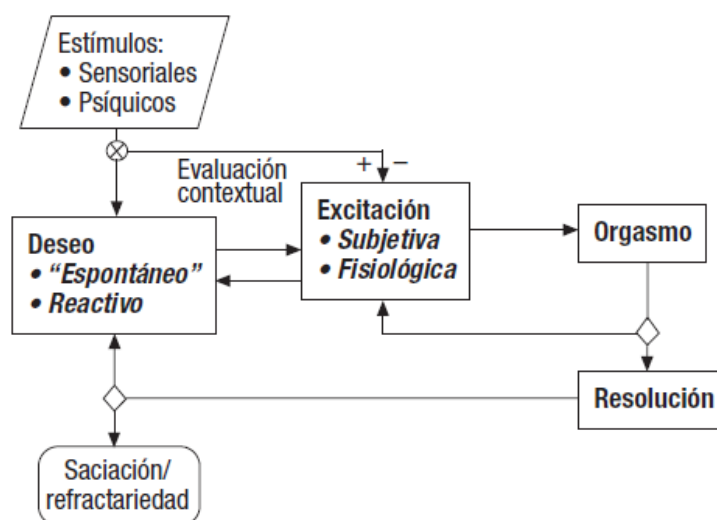


Figura 1. Esquema del ciclo de la respuesta sexual femenina. *Nota.* Tomado de “Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización”, de Mas, M., 2007, *Rev Int Androl*, 5(1), pp. 11-21.

Inicialmente se creía que la respuesta sexual era una secuencia lineal, en la actualidad se prefiere el tipo de interpretación “circular”, en la cual existe una influencia recíproca entre las distintas fases del ciclo de la respuesta sexual. Así, la reacción de excitación, especialmente en su modalidad subjetiva, puede ser consecuencia o no del estado de deseo, suele reforzar a éste a

modo de *feedback* positivo. También se señala el hecho de que la presentación de una determinada fase no requiere necesariamente de la otra (30).

Con respecto a la respuesta sexual femenina, sabemos que experimenta modificaciones durante la gestación, muchas de las cuales persisten, se modifican o intensifican durante el postparto. El modelo de respuesta sexual ha sido criticado por su reduccionismo biológico (32,109). A continuación, se describen las etapas para la respuesta sexual (30).

4.2.1 Etapas de la respuesta sexual

1. El *deseo*, se define como “el estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación, que responde a ellos para gratificarse, que precede la realización de actos sexuales y/o la acompaña” (30). El cual presenta componentes, uno cognitivo y otro afectivo, además de un sustrato neurohormonal (29,30). Se puede presentar de forma “espontánea” o “reactiva”; el cual se presenta como respuesta a diversos estímulos sensoriales y otras incitaciones por parte de la pareja o incluida la propia excitación fisiológica (30). El deseo sexual de las mujeres durante el postparto va a estar influenciado por numerosos factores como son la sensación de falta de tiempo, cansancio, lactancia materna, traumatismo perineal, cambios corporales y autopercepción de la imagen corporal, presencia de miedos, calidad de la relación de pareja o la percepción que tienen sobre el deseo de sus parejas (33,35).
2. La *excitación* se describe como una sensación placentera en la vulva y la vagina que causa la intumescencia de los genitales femeninos, secundario al aumento del flujo sanguíneo en esta región, y la humedad atribuible a la lubricación de la vagina (35). Si este complejo estado de excitación se acompaña de emociones y pensamientos positivos, entonces se desencadena el deseo sexual, junto con una mayor excitación. Las experiencias sexuales positivas proporcionan una motivación adicional para volver a ser sexual (37). Adicionalmente se encuentra influenciada por múltiples factores psicológicos y biológicos. Una mujer para tener una relación sexual no necesita estar excitada; esto se puede observar en mujeres afectadas por miedo a enfermedades de transmisión sexual, experiencias sexuales negativas previas, abuso, temor a la concepción o una mala percepción de su imagen corporal (37).

3. El *orgasmo*, consiste en múltiples contracciones placenteras de los genitales (15,39). Se alcanza un orgasmo después de la estimulación mediante el movimiento del pene dentro de la vagina, la estimulación del clítoris o ambos. Tal estimulación puede ser causada por la actividad sexual, la masturbación, el sexo oral, un vibrador u otros medios. Es probable que todas las mujeres tengan la capacidad de alcanzar el orgasmo, pero algunas que no alcanzan el orgasmo espontáneamente pueden ser ayudadas por la terapia sexual (39-41). Las mujeres exhiben una resolución gradual de excitación sexual subjetiva y saciedad sexual, pero mantienen la excitación sexual subjetiva y el deseo por más tiempo que los hombres después del orgasmo (42).

Basson plantea que el *orgasmo* y la resolución no son necesarios para tener una adecuada respuesta sexual, esta autora asegura que lo importante es que la mujer se concentre en el placer sexual sin experiencias negativas, como dolor, con o sin orgasmo (43).

Por otro lado, la fase de orgasmo también experimenta modificaciones en el postparto. Se ha visto que, en la primera relación sexual posterior al parto, el 20% de las mujeres experimenta un orgasmo, siendo el tiempo medio de las púerperas para el primer orgasmo tras el parto la séptima semana postparto (44). Otro estudio muestra que a las 6, 12, y 24 semanas postparto, el 39%, 60% y 61% de las mujeres respectivamente logran la fase de orgasmo, y al año del nacimiento el 77% de las mujeres describen la fase de orgasmo como similar a la previa a la gestación (45).

4.2.2 Cambios anatómo-fisiológicos presentados durante la respuesta sexual

Durante la RS surgen cambios tanto a nivel genital como extragenital, que están relacionados con la etapa del ciclo de la RS, por eso es importante reconocerlos para poder realizar intervenciones dependiendo del área que se encuentre afectada. A continuación, se mencionan los cambios asociados al área genital.

En la fase *de excitación* se presenta vasodilatación de los diferentes órganos genitales, lo que se traduce en erección del clítoris, que puede duplicar su volumen; vasocongestión de la vagina y de la pirámide vulvar (47), generando un aumento de tamaño y dilatación de la vulva; así como la lubricación vaginal, manifestación característica de la excitación sexual, ocurre en pocos segundos en mujeres jóvenes y en 2-4 min en mujeres mayores. La utilidad fisiológica de este fenómeno es facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como

neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides. Para que se pueda dar la transferencia de líquidos a través del epitelio vaginal debe ser estimulada por los estrógenos, lo que contribuye a explicar la disminución de la capacidad de lubricación tras la menopausia y en el puerperio (48).

Las glándulas exocrinas del tracto urogenital aumentan su secreción durante la excitación sexual, así como también las glándulas de Bartholin aumentan su secreción, contribuyendo a la lubricación del introito vulvar (aunque no de la vagina) (30). Cuando la fase de excitación se encuentra muy avanzada, la congestión del plexo vascular de la pared vaginal lleva al engrosamiento del tercio externo de ésta, formando lo que Masters y Johnson llamaron “plataforma orgásmica” (30).

Otro fenómeno que ocurre es la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina que se conoce como *tenting*, se suele atribuir a la contracción de la musculatura lisa presente en los ligamentos cardinales y sacrouterinos, que por su disposición anatómica tiran del cuello uterino y la porción superior de la vagina hacia arriba y los lados (49).

En el *orgasmo* se presentan contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética, con una frecuencia rítmica de 8-12 veces, al igual que se presentan contracciones a nivel anal de forma sincrónica. En aquellas mujeres que presentan pérdida del tono de los músculos del suelo pélvico, además de predisponer a problemas como incontinencia urinaria y prolapsos, afecta también a la intensidad y placer de la RS (30).

La fase de *resolución* consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Después del orgasmo femenino, con frecuencia se regresa a un nivel todavía alto de excitación sobre el que se pueden superponer sucesivos orgasmos si persiste la estimulación (“respuesta multiorgásmica”) (30).

Al igual que ocurren cambios a nivel genital, podemos evidenciar cambios extragenitales, durante la *excitación* se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la ventilación pulmonar, hasta alcanzar su máximo en el orgasmo, y decae rápidamente después de éste. En la *fase del orgasmo* se evidencia aumento de oxitocina y de prolactina, observados en ambos sexos. Hay importantes cambios psíquicos y sensaciones usualmente muy placenteras, de gran variabilidad entre los distintos individuos y según las situaciones (50,51).

Durante estas dos fases se presenta alteración de la percepción sensorial y temporal, por lo que hay una elevación del umbral del dolor en diferentes partes del cuerpo. En el orgasmo, se puede percibir que el momento es mucho menor comparado con estudios en laboratorio (30); Se ha registrado que se puede presentar una alteración del estado de conciencia, descrita como una desconexión temporal con la realidad externa inmediata que puede llegar, en casos extremos, hasta la pérdida de conciencia (30). Otros cambios que se pueden observar en los órganos extragenitales se ven en la tabla 1.

Tabla 1. Cambios a nivel genital y extragenital asociado a la respuesta sexual femenina.

| FASE | ÓRGANOS GENITALES | REACCIONES EXTRAGENITALES |
|-------------------|---|---|
| EXCITACIÓN | Lubricación vaginal Tumescencia del clítoris, bulbos, labios menores y uretra Alargamiento y dilatación del fondo vaginal (Testing) y elevación del útero Estrechamiento del tercio externo de la vagina (Plataforma orgásmica) Elevación del cuerpo y el glande del clítoris Congestión intensa de los labios menores | Erección de los pezones Aumento progresivo de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Aumento de la ventilación pulmonar "Rubor sexual": Eritema en la cara y nalgas Ingurgitación de las aréolas mamarias Aumento de la tensión muscular |
| ORGASMO | Contracciones de la "plataforma orgásmica" Contracciones del ano Emisión de secreciones uretrales y parauretrales Contracciones uterinas | Espasmos musculares en el abdomen, el cuello y los miembros Pico de la frecuencia cardíaca y la presión arterial Secreción de oxitocina y prolactina Alteración del estado de conciencia (Distorsión de la percepción temporal, |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | | elevación del umbral del dolor, etc.) |
| RESOLUCIÓN | Disminución lenta de la congestión pélvica Posible retorno a la fase orgásmica o entrada en “periodo refractario” con pérdida de la tumescencia vulvar y reducción de la lubricación vaginal. | Descongestión rápida de las aréolas mamarias Descenso rápido de la frecuencia cardíaca y presión arterial a valores basales Sudoración Secreción elevada de prolactina (20-60 min) |

Nota. Tomado de “Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización”, de Mas, M., 2007, *Rev Int Androl*, 5(1), pp. 11-21.

Se ha visto que diferentes hormonas influyen en la función sexual humana, especialmente los esteroides gonadales (31,55), entre ellos tenemos los estrógenos que contribuyen en el mantenimiento del estado trófico de la vagina y su capacidad de respuesta a estímulos sexuales, con una eficiente vasodilatación y un aumento de lubricación (49,53). Esto es importante dado que se han reportado estudios en los cuales durante el periodo posparto se produce un estado hormonal comparable a un hipogonadismo, donde hay una disminución de las hormonas sexuales y una liberación de prolactina (20); con respecto a los andrógenos en la función sexual femenina es más controvertido, tanto en estimular el apetito sexual como en el desarrollo y mantenimiento de parte de los órganos sexuales más relevantes para la RS, como el clítoris. La prolactina, se libera posterior al orgasmo y se le ha atribuido el fenómeno del “período refractario” durante la fase de resolución (50,54) Por otra parte, la hiperprolactinemia con frecuencia se acompaña de disminuciones del apetito sexual, aunque es difícil discernir si el efecto se debe al propio aumento de prolactina o al hipogonadismo secundario frecuente en esta enfermedad (33).

4.3 Disfunción sexual femenina

Por otro lado, es importante conocer cómo se definen las disfunciones sexuales, que se puede explicar cómo trastornos donde los problemas físicos y/o psíquicos en las diferentes etapas de la respuesta sexual femenina dificultan la ejecución o la satisfacción en la actividad sexual, afectando los diferentes ámbitos de la vida de las mujeres (55). La Asociación Americana de Psiquiatría incluye en el manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales en su quinta

edición (DSM V, por sus siglas en inglés) tres grandes categorías de trastornos sexuales femeninos, entre ellos la alteración del deseo/excitación, el orgasmo y del dolor sexual (56). Para establecer el diagnóstico es importante descartar alteraciones mentales no sexuales, disfunciones por consumo de sustancias o condiciones médicas que expliquen el fenómeno (56,57).

Para todas las disfunciones, se deben cumplir unos criterios diagnósticos (56):

- No exista patología orgánica/ o de sustancias
- Produzca malestar acusado dificultades en las relaciones interpersonales
- Presente en la mayor parte de las relaciones sexuales (70-80%)
- Persistencia al menos de seis meses

Con respecto a su forma de presentación se debe especificar (56):

- ✓ *De por vida*: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- ✓ *Adquirido*: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.
- ✓ *Generalizado*: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- ✓ *Situacional*: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- ✓ *Leve*: Sucede en el 25%–50% de las relaciones sexuales.
- ✓ *Moderado*: Sucede en el 50%–75% de las relaciones sexuales.
- ✓ *Grave*: Sucede en el 75% o más de las relaciones sexuales.

4.3. 1 Clasificación de la disfunción sexual femenina

Las disfunciones sexuales femeninas se clasifican de acuerdo al DSM V en:

1. *Trastornos del interés/satisfacción femenina*: en este grupo estarán aquellas mujeres que presentan disminución o ausencia de excitación o interés de la relación sexual con su pareja. Es de importancia tener presente que el hecho de que el deseo de la mujer sea inferior al de su pareja, o cambios cortos del deseo, no son criterios diagnósticos de la disfunción y puede tratarse de respuestas adaptativas (56,57). Este trastorno puede ser consecuencia de otro trastorno asociado como la dificultad para experimentar un orgasmo, dolor durante la actividad sexual, y encuentros sexuales infrecuentes. Adicionalmente hay que tener en cuenta factores estresantes como dificultades en la relación, problemas sexuales del compañero, experiencias desagradables como abuso sexual, expectativas irrealistas, normas sobre el nivel "apropiado" de interés o excitación sexual, técnicas

sexuales pobres, falta de información sobre la sexualidad, comorbilidad psiquiátrica, factores ambientales (pérdida de empleo, duelo), factores culturales o religiosos (por ejemplo y prohibiciones contra la actividad sexual (56,59-61). Para que pueda ser considerado como un trastorno debe cumplir con los parámetros previamente mencionados.

2. *Trastorno orgásmico femenino*: es la alteración para experimentar el orgasmo o una disminución marcada en la intensidad de las sensaciones relacionadas con el orgasmo que generan malestar clínicamente significativo (56). La mujer debe manifestar inconformidad al no experimentar orgasmos, ya que se ha descrito que un gran número de mujeres refieren alto nivel de satisfacción a pesar de experimentar orgasmos en pocas ocasiones o en ninguna (56-65). El orgasmo en la mayoría de las mujeres requiere de una estimulación directa clitoridiana o en las áreas particulares de las paredes vaginales (56, 108), por lo que el no experimentar orgasmo durante el coito (pene- vagina) no es criterio diagnóstico de trastorno orgásmico. Para que pueda ser considerado como un trastorno debe cumplir con los parámetros previamente mencionados (56,66).
3. *Trastorno del dolor genito pélvico/penetración (DGP)*, se refiere a cuatro dimensiones de síntomas: 1) dificultad para tener relaciones sexuales, 2) dolor genito-pélvico, 3) miedo al dolor en la vagina por penetración y 4) tensión de los músculos del suelo pélvico. El diagnóstico se puede hacer sobre la base de una sola dimensión del síntoma. Debe afectar significativamente al individuo. Para que pueda ser considerado como un trastorno debe cumplir con los parámetros previamente mencionados (56,57,67).

4.3.2 Causas de Disfunción sexual femenina

4.3.2.1 Causas orgánicas

Se consideran factores físicos, como la fatiga y niveles bajos de testosterona, pueden enfriar el deseo sexual y reducir la sensibilidad. La fatiga puede conducir a la lubricación inadecuada y al trastorno orgásmico en las mujeres. Con respecto al dolor en las relaciones sexuales, a menudo se presenta por infecciones subyacentes. Las condiciones médicas que afectan al funcionamiento orgásmico incluyen enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal, complicaciones quirúrgicas, problemas hormonales, y el uso de algunos medicamentos, como antihipertensivos y antidepresivos (65).

Los factores orgánicos pueden estar implicados en casi el 80% de los casos de trastornos sexuales. Algunas mujeres también pueden sufrir trastornos vasculares o nerviosos que afectan al flujo sanguíneo genital, lo que disminuye la lubricación y la excitación sexual, que puede traducirse en una relación sexual dolorosa (65).

Los medicamentos antidepresivos y las drogas antipsicóticas pueden dañar el funcionamiento de la erección y provocar trastornos orgásmicos, así como los tranquilizantes, como el Valium y el Xanax, pueden provocar desórdenes orgásmicos en hombres o mujeres (65).

Los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol, la heroína y la morfina, pueden reducir el deseo sexual y afectar a la excitación sexual. Los narcóticos también reducen la producción de testosterona, por eso reducen el deseo sexual y conducen al fracaso de la erección. El consumo de marihuana también se ha relacionado con deseos y conductas sexuales reducidas y el consumo regular de cocaína puede provocar trastornos de la erección o el trastorno orgásmico masculino y reducir el deseo sexual (65). A continuación, se enumeran las causas más frecuentes (65).

1 - Enfermedades físicas

- 1) Sistema cardiovascular (enfermedad oclusiva aortoiliaca, arterioesclerosis, hipertensión, infarto de miocardio).
- 2) Sistema endocrino (Suprarrenal: Addison o Cushing, diabetes mellitus, hipogonadismo).
- 3) Enfermedad hipofisaria (hiperprolactinemia, hipopituitarismo).
- 4) Enfermedad tiroidea (hipertiroidismo, hipotiroidismo).
- 5) Tracto genitourinario:
 - 5.1) Varón: (Priapismo, prostatitis, uretritis, ITS).
 - 5.2) Mujer (Adhesiones en clítoris, himen imperforado, vaginitis, ITS).
- 6) Sistema musculoesquelético: (artritis)
- 7) Sistema neurológico: (epilepsia, accidente cerebrovascular, lesiones de la médula Espinal, esclerosis múltiple)
- 8) Nervios periféricos: (neuropatía por diabetes, alcoholismo, etc.)
- 9) Sistema renal: (fracaso renal, diálisis).
- 10) Sistema respiratorio: (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

II - Cirugía en la función sexual

- 1) Sistema gastrointestinal: (resección intestinal, resección rectal).
- 2) Genitourinaria: (prostatectomía).
- 3) Ginecológica: (**episiotomía**, histerectomía, ovariectomía, reparación prolapso Vaginal).
- 4) Amputación de miembros, mastectomía.

III – Medicamentos y drogas en la función sexual

Anticolinérgicos, antidepresivos, litio, antihipertensivos, diuréticos, hormonas (corticoides, estrógenos), hipnóticos (barbitúricos), tranquilizantes mayores o neurolepticos, sedantes, alcohol, marihuana, opiáceos, tabaquismo, cocaína).

4.3.2.2 Causas psicosociales

Las influencias culturales, los problemas económicos, los traumas psicosexuales, la orientación sexual diferente, la insatisfacción con la propia relación, la ausencia de habilidades sexuales, las creencias irracionales y los cuadros de ansiedad pueden generar problemas relacionados con la sexualidad de las mujeres (65).

1. *Las influencias culturales.* Los niños (as) criados en una cultura o en un entorno familiar sexualmente represivo, pueden aprender a responder hacia el sexo con sentimientos de ansiedad y vergüenza en lugar de anticipación y placer; Aquellos cuyos padres les inculcaron un sentido de culpabilidad por tocarse sus órganos genitales, pueden encontrar serias dificultades para aceptar que sus órganos sexuales son fuentes de placer. En algunas culturas las mujeres, pueden ser educadas para que crean que el sexo es un deber que deben realizar para sus maridos, no una fuente de placer personal (65).
Muchas mujeres que han estado expuestas a actitudes negativas acerca del sexo, durante la infancia y la adolescencia, encuentran dificultades para cambiar de golpe y ver el sexo como una fuente de placer y satisfacción cuando son adultas. Toda una vida aprendiendo a perder el interés por la sexualidad puede afectar a la excitación sexual y el disfrute, cuando se presenta una oportunidad aceptable (65).
2. *El trauma psicosexual.* Las mujeres que han sido víctimas sexuales en su infancia están más expuestas a padecer dificultades para excitarse sexualmente. Los estímulos sexuales

provocan ansiedad cuando han formado parte de experiencias, como la violación, el incesto o el acoso sexual (65).

3. *La orientación sexual.* Algunas mujeres ponen a prueba su orientación sexual desarrollando relaciones heterosexuales, incluso casándose y criando a sus hijos con parejas del otro sexo, por lo que los problemas con las parejas heterosexuales pueden reflejar la ausencia de interés heteroerótico (65).
4. *Las técnicas sexuales ineficaces.* En algunas relaciones, las parejas entran en una rutina sexual porque uno de los dos controla los momentos y la secuencia de las técnicas sexuales (65).
5. *Factores emocionales.* El orgasmo implica una pérdida súbita de control voluntario. El miedo a perder el control o «dejarse ir» puede bloquear la excitación sexual. Otros factores emocionales, especialmente la depresión y estrés, a menudo están implicados (65).
6. *Problemas en la relación.* Los problemas en la relación albergan resentimiento del uno por el otro que pueden hacer del sexo su campo de batalla. Pueden fracasar en el momento de excitarse por sus parejas o «reprimir» el orgasmo para hacer que sus parejas se sientan culpables o inadecuadas (65).
7. *Falta de habilidades sexuales.* La competencia sexual implica conocimiento y habilidades sexuales que se adquieren a través del aprendizaje. Por lo general, aprendemos lo que nos hace sentir bien a nosotros y a los demás a través del método de prueba y error; hablando y leyendo sobre sexo (65).
8. *Las creencias irracionales* Los sentimientos negativos, como la ansiedad y el temor (65).
9. *El cuadro de ansiedad.* La ansiedad juega un papel importante en las disfunciones sexuales (65).

A continuación, se mencionan las causas más frecuentes de disfunción sexual femenina desde el componente psicológico, dividido en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores (65).

1) Factores predisponentes

- 1) Educación moral y religiosa restrictiva.
- 2) Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
- 3) Inadecuada educación sexual.
- 4) Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años de vida.
- 5) Relaciones entre padres deteriorados.

6) Otros.

II) Factores precipitantes

- 1) Algún fallo esporádico.
- 2) Depresión y ansiedad.
- 3) Disfunción en la pareja con la que se interacciona.
- 4) Edad (cambio en las respuestas sexuales como consecuencia de ésta).
- 5) Expectativas poco razonables (mitos, falta de aprendizaje).
- 6) Experiencias sexuales traumáticas.
- 7) Infidelidad.
- 8) Parto/puerperio.**
- 9) Problemas generales de relación de la pareja.
- 10) Reacción a algún trastorno orgánico (enfermedad, tratamiento, sustancia de abuso).
- 11) Rechazo al método anticonceptivo
- 12) Otros.

III) Factores mantenedores

- 1) Ansiedad ante la relación sexual.
- 2) Anticipación de fallo o fracaso.
- 3) Comunicación pobre entre la pareja.
- 4) Deterioro de la autoimagen.
- 5) Escaso tiempo dedicado al galanteo o a caricias antes de pasar al coito.
- 6) Falta de atracción entre los miembros de la pareja.
- 7) Información sexual inadecuada o deformada.
- 8) Miedo a la intimidad.
- 9) Problemas generales en la relación de la pareja.
- 10) Sentimientos de culpabilidad.
- 11) Trastornos comportamentales más generales (depresión, ansiedad, drogodependencia, anorexia...).
- 12) Otros.

4.4 Definición de puerperio

La palabra puerperio deriva del latín “puer” que significa niño, y “parus”, dar a luz, es el tiempo transcurrido desde el momento del alumbramiento hasta 6 a 8 semanas después, en el cual se

presentan cambios anatómicos y fisiológicos con el fin de regresar al estado basal antes de la gestación, a excepción de la glándula mamaria la cual en esta etapa alcanza su máximo desarrollo y actividad (12,66, 69).

4.4.1 Clasificación del puerperio

Según la Organización Panamericana de Salud, el puerperio se divide según su evolución en puerperio fisiológico o normal y el patológico, así mismo la divide de acuerdo al tiempo transcurrido después del parto como (68):

- Inmediato (primeras 24 horas)
- Propiamente dicho (2do al 10mo día)
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación)
- Tardío (45avo al 60avo día)

4.4.2 Cambios anátomo-fisiológicos en el puerperio

4.4.2.1 Puerperio inmediato

La paciente va a sentir alivio y bienestar, su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno-regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces baja, el pulso se hace lento, se disminuye el aporte sanguíneo al corazón, por la dilatación venosa abdominal; mayor lentitud del metabolismo, presentar dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular (generalmente sucede en periodos expulsivos largos), sensación de quemadura a nivel de la vulva aunque no exista ninguna lesión, escalofrío el cual se genera por la depleción brusca del abdomen por la involución rápida del útero posterior al parto, provocando mayor flujo sangre hacia los órganos abdominales, se presenta pérdida sanguínea entre 100 a 400 ml, se evidencia el globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos. Se da más frecuente los entuertos o contracciones uterinas en las multíparas, el periné es flácido y la vulva queda entre abierta en forma de anillo o de un triángulo con la base inferior (68,69).

4.4.2.2 Puerperio propiamente dicho

En este periodo se presenta un ligero malestar y sed, puede existir paresia fisiológica, por la falta de tono de la pared abdominal que permite al intestino distenderse; puede haber retención urinaria por lo que el globo vesical puede generar aumento del fondo uterino que desaparece a los pocos días. Otras molestias son el dolor en el sitio de la episiorrafia y la presencia de hemorroides.

Al examen físico se ve la paciente tranquila con un estado general compensado, la frecuencia cardíaca y la tensión son normales, se aprecia menos pigmentaciones de la piel y cara. Las mamas son turgentes con red venosa visible; aumentan su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3 o 4 días y las estrías de abdomen pierden su color rojizo volviéndose blancas (68,69). A la palpación del útero se aprecia alrededor del 6 día en la mitad entre el ombligo y el borde superior del pubis, sin generar dolor al momento de la valoración, el cérvix a los 3 días regresa a su consistencia normal y alrededor del 12 día el orificio interno se cierra, así como los genitales externos vuelven a su aspecto previo a embarazo y si se examina el ano puede presentar un rodete hemorroidal (sobre todo después de un expulsivo prolongado) (69).

En esta etapa se presenta dolor con las contracciones que son llamados “entuetos”, generalmente se producen con la lactancia materna, tienden a ser intermitentes y seguidos de una pequeña pérdida vaginal; son más frecuentes en las multíparas, debido a la disminución del tono uterino. (68, 69).

- *Loquios*

Se refiere a la secreción postparto útero-vaginal. Esta secreción está constituida por hematíes, células deciduales necróticas, restos de tejido de granulación. Se genera una pérdida de 800 a 1000 cc los primeros 4 a 5 días, para un total de 1500 al final del puerperio. Estos loquios van a mostrar unas características dependiendo del tiempo que haga del parto (68,69), en *loquios rojos* (rubros) que duran unos 1-3 días, podemos intuir que su contenido es casi exclusivamente sangre por tanto su color es rojo oscuro. Después encontramos los *loquios rosados* (seroso) que tienen menos contenido hemático y más contenido seroso. Estos loquios rosados los encontraremos durante el resto de la primera semana y en la segunda. Después encontramos unos loquios de color blanco-

amarillentos de aspecto cremoso, serán los *loquios blancos* (alba) a continuación se puede ver la clasificación en la tabla 2 (69).

Tabla 2. Características de los loquios.

| | COLOR | COÁGULOS | OLOR | DURACIÓN |
|----------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------|
| ROJOS | Rojo brillante, sanguinolentos | Pequeños coágulos | Ligeramente a "cárnico" | 1-3 días |
| SEROSOS | Pardo-rosado | Sin coágulos | Inodoros | 5-10 días |
| BLANCOS | Blanco-cremoso | Sin coágulos | Inodoros | 10-25 días |

Nota. Tomado de "Cuidados en el puerperio normal", de Ramos-Morcillo AJ., Rodríguez-Castilla F., Jordán-Valenzuela M., Recuperado de: <https://www.logoss.net/file/409/download?token=YJHs7Pcz>

- *Involución uterina*

Después del alumbramiento el útero se retrae y se palpa a nivel del ombligo 18 o 20 cm por encima de la sínfisis del pubis, su peso de 1000 a 1200 gr después de una semana pasa a 500 gr, se presente involución 2 cm cada día. Después del día 12 el útero se vuelve intrapélvico, Ver figura 2 (68,69).

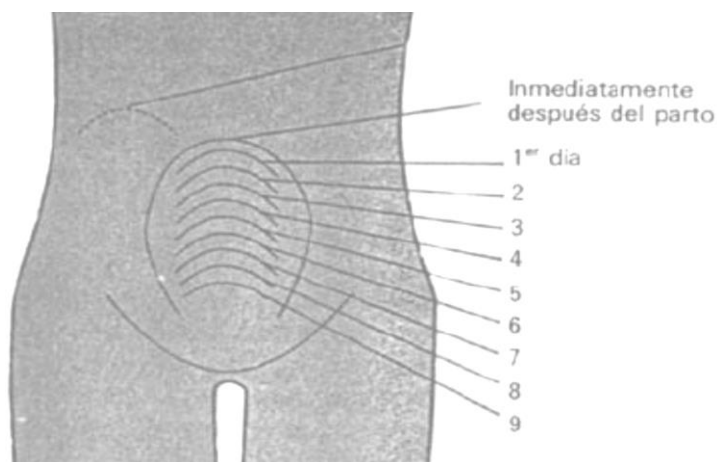


Figura 2. Involución uterina. *Nota.* Tomado de "Cuidados en el puerperio normal", de Ramos-Morcillo AJ., Rodríguez-Castilla F., Jordán-Valenzuela M., Recuperado de: <https://www.logoss.net/file/409/download?token=YJHs7Pcz>

- *Secreción láctea*

La lactogénesis es consecuencia de la acción de la prolactina en el lóbulo anterior de la hipófisis, durante el embarazo la prolactina se encuentra inhibida, la lactopoyesis se produce por la estimulación del pezón al momento de succionar, la neurohipófisis anterior secreta prolactina y la hipófisis posterior oxitocina y las fibras musculares lisas de los canalículos mamarios producen secreción de leche. Durante la lactancia un tercio del volumen de la mama se debe a la secreción y almacenamiento de la leche (69).

4.4.2.3 Puerperio alejado

Se concluye la involución genital y se alcanza al estado previo a la gestación, en caso de no estar lactando, se retorna la menstruación. El útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra pélvico (68).

4.4.2.4 Puerperio tardío

Retorna la menstruación, pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna (68).

4.4.3 Cambios sexuales experimentados durante el puerperio

Se presentan cambios a nivel físico, psicológico, emocional y social que pueden alterar el desempeño en la actividad sexual. Una de las dimensiones de la mujer que más modificaciones presenta durante el puerperio es la sexualidad (22) llegando a ser considerada como uno de los aspectos más vulnerables, pudiendo dar lugar a cambios importantes en las relaciones de pareja que podrían afectar la calidad de la misma negativamente, viéndose alterada la reanudación de las relaciones sexuales, la frecuencia de los encuentros y la satisfacción de la mujer con su propia sexualidad (22). A continuación, se mencionan los factores que se han visto asociada en esta etapa (67).

Dentro de los *cambios físicos* durante el puerperio, puede presentarse pérdidas sanguíneas que provocan o agravan la anemia, dolor sacrolumbar, exacerbación de hemorroides y varices vulvares, también se presentan cambios hormonales, caracterizado por un descenso de estrógenos que genera alteración emocional y disminución de lubricación genital, produciendo dolor con las relaciones, sangrado después del coito por los cambios de la mucosa vaginal y producir una disminución del deseo sexual, se presenta un aumento de prolactina con disminución de testosterona siendo el responsable de la disminución del deseo sexual y el

aumento de la oxitocina secundario a la succión del recién nacido que puede generar una excitación sexual, por lo cual puede generar inconformidad y crear sentimiento de culpa o vergüenza a la madre (6,13,66,67).

A nivel genital, se ha visto en las mujeres que tienen parto por vía vaginal asociado a desgarros o procedimientos como episiotomía, miedo a tener relaciones porque creen que esto les genera dolor o molestias; en algunos casos se ha visto pérdida del tono muscular en el piso pélvico lo que generaría problemas más adelante relacionados con incontinencia urinaria, debilidad en los músculos a nivel genital, trayendo problemas para poder sentir orgasmo durante sus relaciones sexuales (13,67). Hay que agregar que el parto es, por sí solo, un episodio traumático para la mujer e incluso para el feto. Por lo que es difícil establecer cuanto tiempo se requiere para reiniciar la actividad sexual normal; En general, se espera que este período de ajuste dure alrededor de tres o cuatro meses (70).

Desde el punto de vista *psicológico*, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, se deben emplear recursos para que pueda enfrentarse a los cambios del embarazo, del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, en esta etapa pueden sentir inseguridad por la responsabilidad de la maternidad, ya que el recién nacido depende casi exclusivamente de sus cuidados, por lo cual su atención está centrada en él, lo que va a repercutir en las relaciones afectivas, sobre todo con su pareja, por esta misma razón va a tener menos tiempo para ella, las mujeres pueden sentirse menos atractivas para sus parejas, generando una disminución de la autoestima, también experimentan miedo al dolor durante los encuentros, miedo relacionado con el traumatismo perineal, involución uterina y sangrado, y miedo a una nueva gestación (12,22, 70). El miedo al dolor está relacionado con la experiencia de dolor durante el parto, y la sensación de haber sido examinada muchas veces durante el postparto temprano, el temor al desempeño sexual se refiere a las dudas que tienen algunas mujeres respecto a si podrán excitarse como antes, si su vagina habrá cambiado o recibirá la penetración igual que antes, si lograrán el orgasmo (cuando lo obtenían antes del parto), si su pareja podrá obtener la misma satisfacción, pero también puede suceder que el hombre sienta miedo de acercarse nuevamente a su compañera; El ver que uno de los miembros de la pareja no desea mantener relaciones sexuales es razón suficiente para que el otro miembro se sienta rechazado y excluido, al no saber o entender las razones (13,70).

A nivel *social*, la mujer se adapta a un nuevo rol, el de ser madre y todo el cambio que esto genera en la vida no solo de la mujer sino de la pareja; el nacimiento de un hijo es vivido como un

acontecimiento social positivo y surgen responsabilidades nuevas, que para una madre especialmente por primera vez, puede ser vivido como un factor estresante (67,70).

Otros factores que se han visto relacionados con la sexualidad en el posparto son:

La *fatiga* es un componente clave en la experiencia de la crianza de los recién nacidos, por lo que estudios apoyan una asociación entre la fatiga y la sexualidad posparto (60). Existen pocos estudios sobre la asociación entre la *depresión* y el deseo sexual durante la fase posparto, sin embargo, las mujeres que presentan sintomatología depresiva obtuvieron puntuaciones más bajas en el índice de función sexual comparadas con aquellas sin depresión y fueron menos propensas a reanudar la actividad sexual a los seis meses después del parto (33, 71).

Las relaciones de las mujeres con sus parejas durante la fase posparto pueden ser particularmente valiosas para comprender la sexualidad; ya que se ha visto relación entre aquellas mujeres que presentan insatisfacción de la relación de pareja y la disminución en la frecuencia, el deseo y el disfrute sexual (13,60). Otro componente importante es la autopercepción de la imagen corporal, las mujeres que se perciben a sí mismas como atractivas, incluso a sus parejas, informan niveles más altos de disfrute sexual, en un estudio se evidencio que el 70% de las mujeres estaban insatisfechas con sus cuerpos a los 4 meses después del parto, y el 39% aún informaron insatisfacción hasta 1 año después del parto (60). Posteriormente las mujeres que han tenido partos instrumentados, informan más dolor perineal y dispareunia, así como tiempos más largos para la reanudación del coito en comparación con las mujeres con partos no asistidos o cesáreas (72). Además, el tiempo hasta la reanudación del coito se ha relacionado con extensas laceraciones perineales (73), un 50% de mujeres que indica dolor por los puntos de sutura como la razón principal para la no reanudación (74). Sin embargo, otros no han encontrado diferencias significativas entre la gravedad de los desgarros perineales y el tiempo hasta la reanudación de coito (9).

4.4 Evaluación de la disfunción sexual femenina

Dada la importancia de la disfunción sexual femenina, fue necesario crear un método para evaluar la función sexual en las mujeres, por lo que Rosen y cols, desarrollaron un instrumento que cumplía la clasificación del *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*, entre sus características tiene que es fácil de realizar, ya que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual en las mujeres en un amplio rango de edad. La herramienta se llamó “Índice de Función Sexual Femenina” (FSFI, por sus siglas en ingles) y demostró su confiabilidad y propiedades en la evaluación de la función sexual femenina (75,76).

El índice completo consta de 19 ítems que evalúan la función sexual en las últimas 4 semanas; las preguntas representan seis áreas del dominio de la respuesta sexual fisiológica: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (8, 75,76).

Inicialmente fue validada en mujeres con trastorno de la excitación sexual femenina comparada con aquellas mujeres sin dificultades sexuales (9). En un segundo estudio de validación, se demostró que el FSFI discrimina entre mujeres sin disfunción sexual y aquellas que cumplían con los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno orgásmico sexual femenino (FSOD) o el deseo sexual hipoactivo (9). Así mismo se demostró una validez significativa en todos los dominios de la función sexual si se comparaba el grupo sexualmente disfuncional entre el grupo que no presentaba problemas o dificultades en su sexualidad (8,95).

Wiegel et al., *realizaron* un estudio para determinar aún más la validez discriminante del FSFI y validar las puntuaciones de corte para la evaluación diagnóstica (8,95). Los resultados evidenciaron que un puntaje de 26.55 permitía establecer un punto de corte para diagnóstico en relación con los criterios de DSM IV; permitiendo clasificar adecuadamente, según el punto del corte en un 70.7% de las mujeres con disfunción sexual y 88.1% de las mujeres con adecuada función sexual (95).

En el 2004 fue traducido y validado al español el FSFI por Blumel et al., quienes tomaron 383 mujeres entre 20- 59 años, aplicando la técnica de traducción reversa y se obtuvo una consistencia interna mayor de 0.7; los autores concluyen que el FSFI es una escala sencilla de aplicar y evaluar la función sexual en cualquier momento de la vida de la mujer (9,95, 76).

En nuestro país Vallejo et al., valida y aplica el FSFI en mujeres entre los 18 a 69 años, encontrando que el instrumento da como resultado la presencia de disfunciones sexuales en esta población, en especial la disfunción del dolor con un puntaje por debajo de 6 (96).

Posteriormente Isidori et al, desarrollo una escala la cual llamo FSFI-6, es una versión corta del FSFI que contiene un elemento de cada uno de los seis dominios (97); por lo tanto, el tiempo para aplicar el cuestionario se reduce a 3 minutos y ayuda a simplificar la medida. Esta versión abreviada fue traducida y validada en 2012 en Ecuador (77).

En las siguientes tablas, se describe los dominios y las preguntas que evalúan cada uno de estos índices.

Tabla 3. Índice de función sexual femenina.

| DOMINIO | PREGUNTAS | PUNTAJE | CLASIFICACION |
|---------------------|------------------|----------------|-----------------------------------|
| DESEO | 1-2 | 1-5 | Deseo sexual hipoactivo |
| EXCITACIÓN | 3-6 | 0-5 | Trastorno de la excitación sexual |
| LUBRICACIÓN | 7-10 | 0-5 | Trastorno de la excitación sexual |
| ORGASMO | 11-13 | 0-5 | Trastorno orgásmico |
| SATISFACCIÓN | 14-16 | 0-5 | Trastorno orgásmico |
| DOLOR | 17-19 | 0-5 | Dispareunia |

Nota. Tomado de “Validated instruments for assessing female sexual function”, de Meston, C. M., & Derogatis, L. R., 2002, *Journal of Sex & Marital Therapy*. 28(Suppl. 1), pp.155–164.

Tabla 4. Índice de función sexual femenina – 6 ítems.

| DOMINIO MINIMO | PUNTAJE | CLASIFICACION |
|-----------------------|----------------|-----------------------------------|
| DESEO | 1-5 | Deseo sexual hipoactivo |
| EXCITACIÓN | 0-5 | Trastorno de la excitación sexual |
| LUBRICACIÓN | 0-5 | Trastorno de la excitación sexual |
| ORGASMO | 0-5 | Trastorno orgásmico |
| SATISFACCIÓN | 0-5 | Trastorno orgásmico |
| DOLOR | 0-5 | Dispareunia |

Nota. Tomado de “The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study”, de Kahramanoglu I., et al. *Arch Gynecol Obstet*, 295(4), pp. 907-916.

Con respecto al sistema de puntuación, se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes (98). A continuación, se presenta la tabla del índice de función sexual abreviado.

Tabla 5. Índice de función sexual abreviado.

| Dominio | Pregunta | Rango | Factor | Score mínimo | Score máximo |
|---------------------------------|-----------------|--------------|---------------|---------------------|---------------------|
| Deseo | 1 | 1-5 | 0,6 | 1,2 | 6 |
| Excitación | 2 | 0-5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Lubricación | 3 | 0-5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Orgasmo | 4 | 0-5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Satisfacción | 5 | 0-5 | 0,4 | 0,8 | 6 |
| Dolor | 6 | 0-5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Rango total de la escala | | | | 2 | 36 |

Nota. Tomado de “Sexual Satisfaction Concept Analysis in Iranian Married Women : A Hybrid Model Study” de Yekta, ZP, Raisi, F., Ebadi, A., Shahvari, Z., 2015, *Glob J Health Sci*, 7(6), pp.345–53.

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). El punto de referencia para el diagnóstico de disfunción sexual en esta escala es 19 puntos.

5. Estado del arte

Los estudios llevados a cabo sobre la sexualidad a nivel internacional en el postparto presentan resultados variables con respecto a que factores pudiesen estar asociados, Kahramanogluet al., evidenciaron que hasta el 64% de las mujeres experimentan problemas sexuales en el 6º mes posparto (79). En el 2015, Meston et al., realizaron un estudio transversal, donde evaluaron el funcionamiento sexual de las mujeres australianas durante el primer año después del parto, encontrando que el 64,3% de las mujeres informaron que habían experimentado disfunción sexual durante el primer año después del parto, y casi tres cuartas partes informaron que experimentaron insatisfacción sexual (70,5%). Los tipos más frecuentes de disfunción sexual informados por las mujeres afectadas fueron trastorno de deseo sexual (81,2%), problemas orgásmicos (53,5%) y trastorno de excitación sexual (52,3%) (9). Buhling et al. demostraron que hasta el 83% de las mujeres informaron problemas sexuales en los primeros 3 meses después del parto, donde a los seis meses después del parto 18-30% de ellos todavía experimentan problemas sexuales, incluida la dispareunia (80).

Sobre la reanudación de la actividad sexual en las parejas, Yee L et al., Andrews V et al., demostraron que el 40 al 60% de las mujeres a la 6 u 8 semanas después del parto han iniciado su primera relación coital (74,81), mientras que Hipp, Low y van Anders encontraron que el reinicio del coito vaginal a las 6 semanas posparto es del 26% y a los 7 a 12 meses ya el 61% ha reanudado (60). Master W et al., Enderle C et al., Acele E et al., afirman que el retorno a la actividad sexual debe ocurrir sólo después de treinta días debido a la incomodidad y para dar tiempo a la curación. La mayoría coincide en un rango de tiempo entre 5-12 semanas (32, 82, 83), un estudio de cohortes realizado en la Universidad de Utah entre marzo de 2013 y octubre de 2013, por Sok C et al evaluaron a las 6 semanas (42 días) posparto, evidenciando que 132 (43%) de las mujeres reanudaron las relaciones sexuales, pero solo 65 (49%) de esas mujeres informaron haber usado anticonceptivos (84). Según Lurie, las mujeres con periné íntegro reinician antes las relaciones sexuales que aquellas que tienen algún tipo de intervención (cesárea, parto instrumental o episiotomía). Según Olson, el 75% de las mujeres primíparas sufren desgarros. Aquellas que no tienen desgarros o son de tipo 1 tienen menos dolor en las relaciones sexuales, sienten más satisfacción sexual y tienen mejores orgasmos que aquellas cuyos desgarros son de mayor grado o les han hecho episiotomía (85,86) se ha visto que el riesgo de tener dispareunia es de 80% en desgarros tipo 2, 270% en desgarros tipo 3 o 4, sobre aquellas que no sufrieron desgarros en el periné (86).

Con respecto al tipo de parto (vaginal, instrumental o cesárea), y su asociación con dificultades sexuales, estos autores Hipp LE et al., Castelo-Branco, Reamy K et al., apoyan la hipótesis de que la cesárea da más deterioro sexual (29,60, 87), y Baksu B et al., dicen que la cesárea protege la función sexual (88). Un estudio de cohorte realizado por Eid MA et al., tuvo como objetivo evaluar el efecto del modo de parto en la función sexual femenina (FSF) después del parto, el cual se realizó desde septiembre del 2009 agosto de 2011 y evidenció que el parto vaginal estaba asociado con una disminución significativa en los dominios de deseo, excitación y lubricación donde la cesárea electiva se asocia con una disminución significativa en el dominio del deseo (89). Kahramanoglu et al, realizó un estudio prospectivo donde se comparó el impacto de la forma del parto en la función sexual femenina en mujeres nulíparas que habían tenido parto vaginal y episiotomía mediolateral con respecto a las que habían tenido cesárea, evidenciando que en ambos grupos el índice se encontró disminuido a los 3 y 6 meses (27,3 a 23,1 en el grupo parto vaginal y 27,5 a 25 en el grupo de cesárea, $p < 0,05$ en ambos). Las puntuaciones de deseo, excitación, lubricación, satisfacción y dolor disminuyeron significativamente a los 3 meses posparto en el grupo de parto vaginal y las puntuaciones de deseo, excitación, dolor permanecieron reducidas al sexto mes en comparación con las puntuaciones iniciales. Mientras

que en el grupo de cesárea ninguno de los anteriores estuvo presente después del 6º mes (79). Cuando se compararon los diferentes tipos de episiotomía y su asociación al reinicio de la actividad sexual y dispareunia, Necesalova encontró que el 98,0% de las mujeres después de la episiotomía mediolateral y el 97,7% después de la mediana reanudaron las relaciones sexuales dentro de los 6 meses después del parto ($p = 0,74$). En el mismo período, el 15,6% de las mujeres después de la mediolateral y el 16,1% después de mediana sufrieron dispareunia considerable ($p = 0,86$). No hubo diferencia comparando ambas técnicas (90). A pesar de los numerosos estudios sobre el modo de parto y la función sexual de las mujeres, las conclusiones siguen siendo inciertas (79).

Si miramos como es la experiencia en el primer coito, Pérez Sanz y Palacios encuentran en su estudio que 68% de mujeres los refieren como dolorosos y 32% poco o nada satisfactorios. Alonso-Álvaro ve que 56% tiene dolor moderado o intenso en primeros coitos y más del 20% continúa con molestias a los 3 meses. Un metaanálisis realizado por Márquez Carrasco AM, concluyó que el 40% de las mujeres tienen problemas en su primera relación sexual después de dar a luz. Más de la mitad de ellos tuvieron experiencias dolorosas durante las relaciones sexuales después de un parto (5).

Se realizó un estudio transversal por Alum A et al., sobre factores asociados con la reanudación temprana de relaciones sexuales entre mujeres postnatales en Uganda en el 2015, donde 105 participantes (21,6%) habían reanudado las relaciones sexuales antes de las 6 semanas después del parto, las cuales se caracterizaban por tener altos ingresos, baja paridad, cónyuge con un alto nivel de educación. Se demostró que el inicio temprano de las relaciones sexuales en mujeres que tuvieron partos vaginales espontáneos y en aquellas que se quedaron en casa con sus madres, suegros y las tías, de alguna forma recibió una buena red de apoyo (91).

Diferentes formas de reinicio de la sexualidad se han estudiado, con respecto a la no genital, Navarro-Gil et al., documento que el 70,6% manifiesta iniciar con frecuencia besos, caricias y abrazos de su pareja. Se ha visto que este tipo de manifestaciones se inician una semana y media antes que las relaciones coitales (7). Así mismo Hipp LE et al., evidenciaron que la masturbación y el sexo oral a sus parejas son las primeras expresiones de sexualidad en un 56 a 40% respectivamente y después de los 12 meses se permite el sexo oral receptivo en un 38% de las mujeres participantes (60).

Como hemos visto los autores difieren en cuanto al momento más oportuno para reanudar las relaciones sexuales durante el puerperio, esto influenciado por varios factores; las mujeres

manifiestan la necesidad de sentirse física y emocionalmente preparadas para reanudar los encuentros sexuales, y el consejo por parte de los profesionales sanitarios se muestra como un factor relacionado con el retorno a la actividad coital, por lo que muchas parejas esperan para retomar las relaciones coitales hasta transcurrida la revisión obstétrica postnatal en torno a la sexta semana postparto (70).

La autopercepción corporal, se ha visto que influye en la sexualidad, pues una autopercepción negativa hace que existan menores niveles de función sexual, pero también una percepción negativa de la imagen genital se ha relacionado con insatisfacción sexual (60). Salim, Araújo y Gualda evidenciaron que el 11,4% de las mujeres tienen la percepción “me veo muy mal, físicamente desestructurada”, lo que demuestra incomodidad con respecto a su cuerpo, viéndose afectadas su autoestima, su autoimagen, su sexualidad, e incluso la relación con el compañero (7), Machineski, Schneider y Bastos dicen que para algunas mujeres los cambios físicos suponen una preocupación y afectación de la autoestima (7). En el estudio realizado en 2008 por Navarro-Gil et al., las mujeres relatan una gran inquietud por la apariencia de sus genitales, los cuales se los imaginan con deformidades, tienen una sensación de extrañeza y una sensación de sentir sus genitales más laxos y con más “amplitud” (7).

Sobre el deseo sexual se ha visto que el 50%, lo perciben “disminuido” en el postparto, seguido del 44,1% que lo percibe como “igual que antes del embarazo” y del 5,9% que percibe el deseo “aumentado” (7). Los cuales son similares a los resultados con otros estudios como el de De Judicibus y Mc Cabe (7).

Con respecto a la lactancia, existen estudios que muestran controversia sobre la influencia de la lactancia materna en la sexualidad de la mujer en el postparto. Así pues, la lactancia materna puede ser considerada desde una perspectiva erótica por la mujer, estimulándose sentimientos sexuales y sensuales (22, 44, 85). En el estudio de Navarro-Gil et al., se evidencio que en el 21,9% de las mujeres lactantes en el posparto sí ve afectada la sexualidad de la pareja (7).

También se ha visto que la edad y la paridad parecen influir en la reanudación de los encuentros sexuales. Así, las mujeres multíparas y con edades más jóvenes retoman la actividad sexual antes que las mujeres primíparas o con edades más avanzadas (74,92). Por otro lado, las mujeres sexualmente activas durante el primer trimestre de la gestación tienen mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales a los doce meses tras el parto, mientras que la ausencia de actividad sexual en las primeras semanas de gestación se muestra como un factor predictivo de inactividad sexual e insatisfacción al año del nacimiento (93).

Por otro lado, el dolor sexual o dispareunia, es la disfunción más frecuente en las mujeres durante el puerperio. Tras el nacimiento, el 40-90% de mujeres experimentan dolor perineal durante las primeras 24 horas, porcentaje que decrece en torno al 22% de las mujeres a las 8 semanas (33,44). En la primera relación coital tras el parto, el 40% de las mujeres experimenta dificultades, especialmente dolor, con una prevalencia de dispareunia en torno al 62% a los tres meses y un 22% al año del nacimiento (33,93). Un estudio publicado en el 2015 de López Sánchez F et al., se evaluó la dispareunia y la función sexual a los 3-12 meses después del parto vaginal en mujeres primíparas tailandesas con episiotomía, encontraron que a los 3 meses, el 30,1% de los participantes informaron dispareunia. La disfunción sexual se demostró en 66,7% a los 3 meses, 31% a los 6 meses y 14,9% a los 12 meses (10).

A nivel nacional existe solo un estudio realizado en mujeres de Sincelejo, donde se abordó el tiempo que se tomaron las pacientes para reiniciar las relaciones sexuales y las características de reinicio de la vida sexual en el periodo posparto, según Martínez et al., el 87 % de las participantes manifestó no tener relaciones sexuales durante la etapa del puerperio definido dentro de los 60 días posterior al parto y que solo el 13 % de éstas no tuvo, ningún cuidado especial y tuvieron relaciones en este periodo (18) y a nivel local no existe ninguna investigación al respecto.

6. Objetivo general y objetivos específicos:

6.1 Objetivo principal

Conocer las conductas sexuales de mujeres mayores de 18 años durante los primeros seis meses posteriores al parto, atendidas en el Hospital Local del Norte.

6.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
2. Reconocer modificaciones en la frecuencia y reinicio de la actividad sexual coital o no de la mujer.
3. Identificar las fases de la sexualidad más afectadas en la mujer tras el parto.
4. Identificar problemas físicos y psicológicos que presentan las mujeres a la hora de reiniciar su actividad sexual.

7. Metodología

7.1 Diseño

Estudio longitudinal tipo panel.

7.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las conductas sexuales de las mujeres mayores de 18 años que se encuentran en el periodo posparto, y que son atendidas en el Hospital Local del Norte en Bucaramanga, Santander?

7.3 Hipótesis

Las conductas sexuales de las mujeres en puerperio, se modifican secundario a los cambios anátomo-fisiológicos que se presentan en esta etapa, así como factores psicológicos y sociales por el nuevo integrante de la familia, la responsabilidad y el temor de enfrentar esta etapa sola, sin el apoyo de sus parejas, por lo que influye aumentando la incidencia de las diferentes disfunciones sexuales en este periodo de gran importancia en la vida de una mujer, de pareja y familiar.

7.4 Población

Mujeres en posparto hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Local del Norte.

7.5 Muestra

Mujeres en posparto (vía vaginal o cesárea) hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Local del Norte entre enero de 2019 y agosto 2020.

7.6 Tamaño de la muestra

Para efectos de la estimación de tamaño de muestra se tomó como referente el estudio de khajehei et al (106), donde se evaluaron los factores de riesgo de disfunción sexual durante el posparto en mujeres australianas. Conforme con los datos suministrados por el autor, se pudo estimar un riesgo en expuestos y no expuestos para la variable reanudación de la actividad sexual después del parto de 74% y 56% respectivamente.

Para el cálculo de tamaño de muestra, se usó el programa Epidat 4.2, dando un estimado de 226 pacientes. No obstante, considerando las pérdidas de seguimiento detectadas en un grupo de

mujeres contactadas desde el periodo prenatal, de 27,6% debidas al no contacto en el primer año de seguimiento, descritas por Shu-kay et al (2016), se propuso un tamaño de muestra de 288 participantes. Adicional a esto, se incluyó a 29 mujeres (10% del tamaño de muestra) para efectos de la ejecución de la prueba piloto del estudio.

7.7 Tipo de muestreo

Se realizó muestreo secuencial hasta alcanzar un poco más del tamaño de la muestra estimada.

7.8 Criterios de selección

7.8.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres mayores de 18 años al momento del parto.
- Puérperas hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del HLN. Que tuvieron un embarazo de feto único vivo, sano y en alojamiento conjunto con la madre producto de parto normal o cesárea, con o sin trauma perineal.
- Puérpera con pareja sexual estable (Últimos 6 meses).
- Puérpera que aceptaron participar en el estudio (Anexo 1).

7.8.2 Criterios de exclusión

- Mujeres con limitaciones físicas y/o cognitivas para responder la encuesta.
- Mujeres con pérdidas de sus hijos durante el seguimiento del estudio.

7.9 Variables

Variables sociodemográficas como la edad, ocupación, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico y seguridad social. Ginecobstétricas como fórmula obstétrica, vía del parto del último hijo, variable sobre religión, que tan practicante es, relación de pareja, consumo de sustancias psicoactivas o medicamentos y sobre las prácticas sexuales antes y después del embarazo (Anexo 2).

7.10 Técnica

La técnica usada para la recopilación de la información de las participantes fue la encuesta (Anexo 3 parte 1 y parte 2)

7.11 Instrumento

Como instrumento se usó un cuestionario con respuestas abiertas y cerradas, dirigido a las puérperas donde describieron la experiencia de su actividad sexual antes y después del parto; previo consentimiento informado (Anexo 1), dando a conocer y cumplir con los objetivos del estudio, en la cual se recolectaron datos generales y personales de la puérpera sobre la actividad sexual durante los primeros 6 meses posteriores al parto o cesárea.

El cuestionario fue estructurado en dos partes:

- La primera diseñada para obtener los datos socio-demográficos de las pacientes como la edad, estado civil, seguridad social, estrato socioeconómico, ocupación, escolaridad, relación de pareja, religión que practica, datos gineco-obstétricos, antecedente de consumo de medicamento o sustancias psicoactivas y prácticas sexuales antes del embarazo.
- La segunda parte recolectó la información de las características de la actividad sexual después del embarazo aplicando el índice de disfunción sexual femenina 6, además de indagar por el tiempo transcurrido para reiniciar la actividad sexual, tipo de actividad sexual que reanudó primero, la frecuencia, orgasmo, deseo sexual, masturbación, lubricación y presencia de dolor con las relaciones; así como la lactancia materna y la autopercepción sobre su apariencia física.

7.12 Procedimiento

Durante la investigación se establecieron dos fases, la primera, fue la fase más larga (Anexo 5), en la cual se realizó la identificación de las participantes del estudio, captación, firma de consentimiento informado, donde se tomaron datos básicos para contactarlas a los 6 meses posterior a su egreso del HLN (Anexo 1), se aplicó primero la prueba piloto, se realizaron los ajustes de acuerdo a los errores detectados, se ejecutó el entrenamiento al personal que se encargó del reclutamiento y aplicación del instrumento; después se administró la primera parte de la encuesta a las participantes. A continuación, se describen con más detalle las etapas del estudio.

Entrenamiento de los reclutadores: Se entrenaron a médicos rurales del servicio de hospitalización del Hospital Local del Norte y/o Residentes de ginecología y obstetricia que se encontraban rotando por el servicio de hospitalización durante el periodo de identificación y captación de las participantes, para ello se realizó una capacitación en el cual conocían el proyecto, el instrumento, y la forma de reclutar y aplicar el instrumento (Anexo 3 parte 1).

Prueba piloto: Dentro de esta primera fase se realizó una prueba piloto aplicándose la encuesta a 29 mujeres para evaluar la aplicabilidad y entendimiento de la encuesta a realizar. La evaluación del instrumento se realizó para cada una de sus partes, evaluándose primero la parte 1. Encontrándose poca claridad y entendimiento en la pregunta 6 con respecto a si tenían pareja actual, así como en la pregunta 13 donde se les preguntaba la formula obstétrica algunas participantes incluían la gestación actual y otras no, por lo que fue necesario modificar estas preguntas para superar la evaluación de la prueba piloto y dar inicio al reclutamiento de participantes, cuando se cumplió el tiempo para la verificación de la parte 2 del instrumento, se aplicó la prueba piloto a la segunda fase encontrando dificultad en los datos suministrados para el re-contacto, por lo que fue complejo en algunas lograr ese re- contacto, como estrategia de mejoramiento a este problema se estableció tomar varios datos como más de 2 números telefónicos, correo electrónico y dirección. Los errores detectados durante la aplicación del piloto fueron reportados, evaluados y debidamente corregidos por la persona que originó los formatos y se estimó el tiempo promedio de duración de la aplicación del instrumento en las dos partes.

Estrategia de identificación, captación, firma del consentimiento y aplicación de la primera parte del instrumento: Los médicos rurales y/o residentes de ginecología y obstetricia previamente capacitados, realizaron la identificación y captación de las participantes que cumplían con los criterios de inclusión al estudio, se les explicó en qué consistía el proyecto, se aclararon dudas y se les pregunto si deseaban participar, se realizó la firma del consentimiento informado, en él se dejó espacio para establecer la estrategia de contacto principal elegida por la participante. Las pacientes que firmaron el consentimiento informado y nos dieron el aval, se les aplicó la primera parte de la encuesta y posteriormente se contactaron a los 6 meses después del evento obstétrico (Parto vaginal, cesárea o aquellas que iniciaron en trabajo de parto y finalizaron en cesárea), para la segunda aplicación del instrumento de acuerdo a lo estipulado en el consentimiento informado y se estipulo un presupuesto (Anexo 6).

En la segunda fase, se contactaron las participantes 6 meses después del egreso del HLN (Anexo 4), una vez contactadas se realizó la aplicación y recolección de datos de acuerdo al instrumento (Anexo 3 parte 2), es importante aclarar que durante esta fase ocurrió la Pandemia por Covid-19 abarcando el estudio durante 5 meses aproximadamente. A continuación se describen a detalle las siguientes estrategias en esta fase.

Estrategia de contacto: A través de los datos suministrados en el momento de la captura inicial en el servicio de hospitalización del HLN, se contactaron a las participantes y se les volvió a preguntar si querían continuar haciendo parte del estudio. El contacto primario se realizó vía telefónica, en esta llamada inicialmente se indagó por el bienestar materno y de su hijo, se abordó si está pasando por momentos difíciles que pudieran generar alteraciones en su conducta sexual. Este contacto se hizo en un primer intento (hasta 3 llamadas en la tarde entre semana), segundo intento (hasta 2 llamadas en la noche entre semana) el contacto lo hizo el investigador principal y un médico rural. El contacto inicial se hizo en 2 intentos en caso de no establecer contacto se excluían las pacientes como “no contacto”, aquellas que se lograron contactar se procedió a la aplicación de la encuesta dependiendo de la forma en que las participantes eligieron, para ellos se plantearon tres 3 medios de recontacto, durante la Pandemia de Covid-19 se fortaleció el contacto por vía telefónica.

- Vía telefónica, para ello se disponía alrededor de 20 minutos; fue realizado por el investigador principal así como un médico rural, durante el contacto inicial se les preguntaba si disponían del tiempo y si deseaban que se les aplicara la encuesta, en caso de que su respuesta fuera afirmativa, se procedía a la aplicación y posterior ingreso al estudio, si no desea se le aplicara de una vez, se establecía una fecha y hora para su segundo contacto y posterior aplicación, en caso de que no contestara el llamado, se intentó contactar en dos intentos a los números suministrados, si no se lograba establecer contacto se excluían del estudio.
- Vía electrónica, para ello previa autorización se enviaban la encuestas en formato digital, se daba tiempo de 7 días para desarrollar la encuesta en la comodidad de su casa al correo electrónico suministrado. A la semana de enviar el correo, si llegaba la encuesta se incluía la paciente al estudio, en caso de que no, se contactó por segunda vez vía telefónica, se recordaba responder la encuesta, en caso de que no respondieran la encuesta los siguientes 3 días después del recontacto se excluían del estudio.
- Personalmente, la cual ninguna participante escogió.

La duración de la recolección de los datos fue de 19 meses aproximadamente, la información que se recogió fue confidencial, se aplicó una primera parte de la encuesta en el momento de la captación y una segunda parte a los 6 meses después del parto vía vaginal o cesárea, las respuestas al cuestionario fueron codificadas para su análisis y por lo tanto anónimas, adicionalmente en el diligenciamiento de la encuesta se colocó una codificación que constaba de tres números, para resguardar el anonimato de la participante.

Finalmente, se realizó la digitación y análisis de los datos.

Estrategia de análisis de datos y redacción del manuscrito: Se creó primero una base de datos en EXCEL 2016 en la cual se digitaron todos los datos recolectados, esto lo realizó el investigador principal. La información se digitó por duplicado para evaluar la validación de la misma. La base de datos validada se exportó al programa STATA 14.0 donde se llevó a cabo los análisis estadísticos. Finalmente, una vez obtenida la información necesaria del estudio, se procedió al análisis y elaboración del manuscrito de acuerdo a los lineamientos de la Universidad y el programa de posgrado de Ginecología y Obstetricia.

7.13 Análisis de datos

Análisis univariado: Este plan de análisis se realizó con el propósito de describir las variables del estudio. Para ello, se presentaron medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) para las variables de tipo cuantitativo y medidas de frecuencia (absoluta y relativa) para el caso de las variables cualitativas; se usaron intervalos de confianza del 95%. El supuesto de normalidad de las variables cuantitativas fue evaluado con el test de Shapiro Wilk.

Análisis bivariado: Para dar cumplimiento al objetivo general de conocer los factores asociados con las experiencias sexualidad de las mujeres en periodo posparto, se realizó un análisis de comparación del antes y después del evento en estudio. Para ello, se usó el test de chi² en el caso de variables tipo cualitativo; cuando se hizo la comparación del puntaje de los dominios de la función sexual, se usó la prueba t de student o la prueba de test de rangos de Wilcoxon, según fuera el caso. Para efectos de éste análisis se consideró como variable de salida la puntuación de la disfunción sexual. Valores de p menores a 0,05 se consideraron de significancia estadística.

Adicionalmente se hizo un análisis bivariado para tratar de identificar potenciales variables asociada a la presencia (si o no) de disfunción sexual. Esta variable se evaluó frente a las variables explicatorias (edad, ocupación, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, seguridad social, religión, tiempo de pareja sexualmente, número de hijos, ingesta de medicamento, consumo de sustancias, tipo de parto, lactancia materna autopercepción de la imagen corporal y relación de pareja, entre otros). Se consideró de significancia estadística aquellos factores con valores de $p \leq 0,05$.

Análisis de pérdidas: Teniendo en cuenta el diseño del estudio, tipo panel, se estimó la proporción de mujeres captadas en el puerperio inmediato vs las mujeres que se captaron a los seis meses postparto, así como la tasa de respuesta. Todos los análisis se realizaron en el programa STATA 14.0.

8. Disposiciones Vigentes

8.1 Consideraciones éticas

Desde el punto de vista ético, la presente investigación se fundamentó en los principios establecidos en la Declaración de Helsinki que la Asociación Médica Mundial ha promulgado. Dicha Declaración es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos, incluyendo la investigación del material humano o de información identificable. En el contexto establecido anteriormente, en el presente estudio se tuvo en cuenta, además de los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, lo contemplado en la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, que estableció las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (94).

Teniendo en cuenta los principios éticos y dando cumplimiento al Artículo 6 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se considera que el presente estudio no afectó el principio de *no maleficencia*, así mismo no se afectó el principio de *autonomía*, ya que se recogieron los datos mediante una encuesta en dos momentos. Protegiendo la información confidencial, sensible y la intimidad de los pacientes, a través de una codificación en los cuestionarios, omitiendo datos sobre identificación o de la historia clínica, por lo cual ni el entrevistador ni en el momento del análisis se conoció la persona encuestada ya que solo se tomó como guía el número de codificación de cada encuesta, garantizando total confidencialidad en los datos. Con respecto al principio de *Justicia* no se vio afectado, ya que se realizó un trato por igual a las pacientes, no se

sacó ventaja de ninguna situación de vulnerabilidad legal o de subordinación de los pacientes con motivo de ésta investigación, por consiguiente no tiene un efecto directo sobre el principio de *beneficencia*, sin embargo las mujeres participantes al estudio, contribuyeron a un nuevo conocimiento que fortaleció está investigación, garantizando que se creen políticas para el mejoramiento de las diferentes disfunciones sexuales que se presentan en el posparto.

Finalmente, de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se consideró a éste proyecto una investigación de riesgo mínimo, según el artículo 11 “Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes...”, y tratan temas muy sensibles con respecto a comportamientos de la vida sexual íntima, que pueden causar algunas reacciones emocionales de incomodidad durante la participación en la investigación (94).

9. Resultados

9.1 Análisis univariado

Se estudiaron un total de 291 participantes mayores de 18 años en la primera fase del estudio. No obstante, no se logró el recontacto de 59 de ellas, por lo que el análisis de la segunda fase se llevó a cabo con 232 mujeres. Así, se reporta una pérdida de seguimiento de 20,3% (Figura 3).

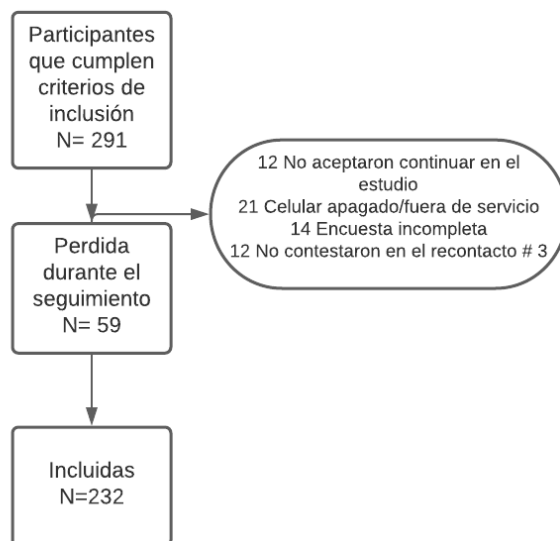


Figura 3. Flujograma de participantes

De las participantes incluidas en la fase 1 (n=291), la mediana de edad fue 23 años y el rango intercuartílico (RIC) 20 a 28 años. El 65% están en estado civil- unión libre, seguido de soltera

con un 24,7%. Con respecto a la ocupación, la dedicación al hogar es la actividad más frecuente con un 81,8 % y el nivel educativo secundaria completa predominó con un 34,7%. Conforme a las características de la institución de donde se obtuvo la muestra, el régimen de afiliación subsidiado es el que se destaca en este estudio (83,2%). Los detalles de los hallazgos sociodemográficos se describen en la tabla 6.

Tabla 6. Características sociodemográficas de las participantes en la fase 1

| Variable | n*(%) | IC95% |
|--------------------------------------|------------------|--------------|
| Edad (años cumplidos) | 23**(20 a 28***) | |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Unión libre | 189(65) | 59,2-70,4 |
| Soltera | 72(24,7) | 19,9-30,1 |
| Casada | 27(9,3) | 6,2-13,2 |
| Separada/Divorciada | 3(1,0) | 0,2-2,9 |
| <i>Ocupación</i> | | |
| Hogar | 238(81,8) | 76,9-86,0 |
| Empleada formal | 19(6,5) | 4,0-10,0 |
| Empleada informal | 20(6,9) | 4,2-10,4 |
| Desempleada | 14(4,8) | 2,7-7,9 |
| <i>Nivel de Escolaridad</i> | | |
| Secundaria completa | 101(34,7) | 29,2-40,5 |
| Secundaria incompleta | 84(28,9) | 23,7-34,4 |
| Tecnología | 38(13,1) | 9,4-17,5 |
| Primaria completa | 30(10,3) | 7,1-14,4 |
| Primaria incompleta | 18(6,2) | 3,7-9,6 |
| Universitaria | 14(4,8) | 2,7-7,9 |
| No estudio | 6(2,1) | 0,7-4,4 |
| <i>Estrato socioeconómico</i> | | |
| 1 | 178(61,2) | 55,3-66,8 |
| 2 | 88(30,2) | 25,0-35,9 |
| 3 | 22(7,6) | 4,8-11,2 |
| 4 | 2(1,0) | 0,1-2,5 |
| Afiliación a seguridad social | | |

| | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| Régimen subsidiado | 242(83,2) | 78,4-87,3 |
| No asegurado | 29(9,7) | 6,8-14,0 |
| Régimen contributivo | 20(6,9) | 4,2-10,4 |

*n(%) = Número (porcentaje) **Mediana ***Rango intercuartílico

Con respecto a las características de relación de pareja, se evidenció que el 70,7% de las participantes tienen una pareja sexual hace más de dos años. Al indagar sobre el grado de satisfacción con la relación de pareja, el 89,3% manifiestan estar satisfechas con su relación actual. En cuanto a la conformación del núcleo familiar el 51,9% convive con sus hijos y esposo. (Tabla 7).

Tabla 7. Características de relación de pareja y convivencia

| Variable | n*(%) | IC95% |
|---|-----------|-----------|
| <i>Tiempo que lleva con la pareja sexual actual (n= 287)</i> | | |
| Más de 2 años | 203(70,7) | 64,1-75,0 |
| Más de 12 meses | 45(15,7) | 11,5-20,1 |
| Menos de 12 meses | 39(13,6) | 9,8-18,1 |
| <i>Relación de pareja</i> | | |
| Satisfactoria | 259(89,3) | 84,8-92,4 |
| Poco satisfactoria | 25(8,6) | 5,6-12,4 |
| No satisfactoria | 6(2,1) | 0,8-4,4 |
| <i>Personas con las que convive</i> | | |
| Hijos y esposo | 151(51,9) | 46,0-57,8 |
| Con los padres | 39(13,4) | 9,7-17,8 |
| Hijos, esposo y padres | 35(12) | 8,5-16,3 |
| Hijos, padres y hermanos | 35(12) | 8,5-16,3 |
| Solamente con el esposo | 27(9,3) | 6,2-13,2 |
| Sola | 4(1,4) | 0,4-3,5 |

*n (%) = Número (porcentaje)

En cuanto a la religión con la que se identifican las participantes, se encontró que el 60% se sienten identificadas con la religión católica, seguida de la religión cristiana-evangélica en el 26% (Figura 4). No obstante, al indagar sobre el nivel de práctica de la religiosidad se encontró que el 58,7 % manifestaron ser poco practicantes y el 14,7% que no son practicantes.

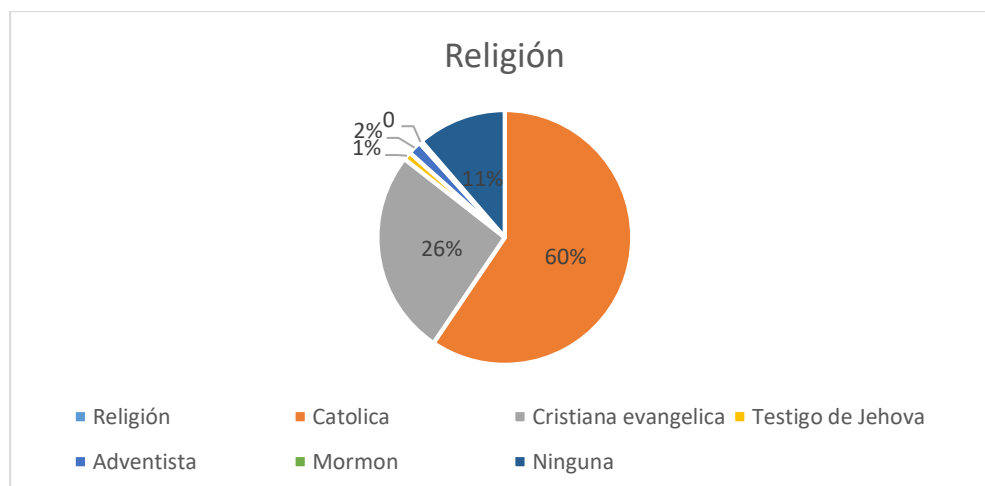


Figura 4. Religión con la que se identifican las participantes

Con respecto a las características ginecoobstetricias se documentó que el 38,8% de las participantes tienen 2 hijos, referente a la vía del parto del último hijo se evidenció que el 51,4% fue por vía vaginal (Tabla 8.)

Tabla 8. Características ginecoobstétricas de las participantes

| Variable | n*(%) | IC95% |
|--|-----------|-----------|
| Paridad (n=291) | | |
| 1 | 90(30,9) | 25,7-36,6 |
| 2 | 113(38,8) | 33,1-44,7 |
| 3 | 52(17,9) | 13,6-22,7 |
| 4 o más | 36(12,4) | 8,8-16,7 |
| Vía del parto del último hijo (n=290) | | |
| Cesárea | 126(43,5) | 37,7-49,4 |
| Vaginal | 96(33,1) | 27,7-38,8 |
| Vaginal + episiotomía/desgarro perineal | 53(18,3) | 14,0-23,2 |
| Trabajo de parto vaginal que finalizó en cesárea | 15(5,2) | 2,9-8,4 |

*n(%) = número (porcentaje)

En relación al uso de medicamentos durante la gestación, tres participantes manifestaron estar tomando alfametildopa, levotiroxina y enoxaparina. Cuando se indagó sobre el uso de sustancias psicoactivas 3 participantes respondieron haber consumido marihuana.

Cuando se indagó sobre la actividad sexual previo a la gestación se evidenció que el 14,8% de las participantes realizaban prácticas de auto estimulación, el 41,5% con una frecuencia de cada dos meses y el 67,4% manifestaron llegar al orgasmo (Tabla 9).

Tabla 9. Prácticas de autoestimulación previo a la gestación

| Variable | N*(%) | IC95% |
|--|--------------|--------------|
| Masturbación | | |
| Sí | 43(14,8) | 10,9-19,4 |
| Frecuencia de masturbación (n=43) | | |
| Una vez al día | 5(12,2) | 3,9-25,1 |
| 1 a 2 veces a la semana | 5(12,2) | 3,9-25,1 |
| Cada 15 días | 2(4,9) | 0,6-15,8 |
| 1 vez al mes | 9(22) | 10,0-36,0 |
| Cada 2 meses | 17(41,5) | 25,0-55,6 |
| 1 vez al año | 3(7,2) | 1,5-19,0 |
| Logró el orgasmo con la masturbación (n=43) | | |
| Sí | 29(67,4) | 51,4-80,9 |

*N(%) = Número (porcentaje)

9.2 Análisis de la actividad sexual post-parto

Un total de 232 participantes lograron ser contactadas en la fase 2. Respecto a las características de las prácticas sexuales durante el posparto, el 93,8% de las mujeres a los 6 meses ya había reiniciado su vida sexual, en el 47% de los casos lo habían realizado a través de relaciones coitales, seguido de besos más tocamientos en el 22,4% (Tabla 10).

Tabla 10. Reinicio de la actividad sexual en el post-parto

| Característica | n*(%) | IC95% |
|--|--------------|--------------|
| Actividad sexual en el post-parto | | |
| Si | 211(91) | 86,5-94,3 |
| No | 21(9) | 5,7-13,5 |
| Tipo de actividad sexual | | |

| | | |
|--|------------|-----------|
| Coito | 109 (47,0) | 40,4-53,6 |
| Coito /Besos/tocamientos | 52(22,4) | 17,2-28,3 |
| Besos/tocamientos | 27(11,6) | 7,8-16,5 |
| Sexo oral de su pareja a ud/ Sexo oral a su pareja/Besos/ Tocamientos | 18 (7,8) | 4,7-12,0 |
| Masturbación en pareja/ Coito | 4(1,7) | 0,5-4,4 |
| Masturbación | 1(0,4) | 0,0-2,4 |
| Tiempo de reinicio (n=211) | | |
| 1 a 5 meses | 198(93,8) | 89,7-96,7 |
| 6 meses | 7(3,3) | 1,3-6,7 |
| < 1 mes | 6(2,9) | 1,1-6,1 |

*n(%) = Número (porcentaje)

9.3 Comparación de las prácticas sexuales antes y después de la gestación

La comparación entre las prácticas sexuales se realizó con las participantes que completaron las fases 1 y 2 del estudio, es decir 232 mujeres. Cuando se evaluaron las características relacionadas con las prácticas sexuales antes de la gestación actual y seis meses posterior al parto, en cuanto a la frecuencia de coito se evidenció que el principal cambio se dio en aquellas mujeres que practicaban coito una vez al día disminuyendo de 12,5% a 3% y en las que tenían actividad una a dos veces por semana en las que pasó de 47% a 37,1%. El 9,1% de las participantes no había iniciado aún esta práctica sexual posterior a la gestación (Ver tabla 11). La frecuencia en el coito mostró ser diferente antes y después de la gestación y estadísticamente significativa ($p < 0,0001$), tal como se presenta en la tabla 11.

Por su parte, el nivel de excitación descendió pasando la categoría bajo del 6,1% al 35,3% y la categoría muy bajo de 1,7% a 5,6%. En cuanto a la valoración de la lubricación vaginal la condición de siempre o casi siempre bajó drásticamente de 43,3% a 9,1%. Así mismo, la frecuencia de orgasmo con la penetración pasó de 36,8% a 6,4% en la categoría siempre o casi siempre y en la categoría de nunca o casi nunca aumentó de 4,3% a 13,4%. En general, el análisis del cambio con las prácticas sexuales antes y después del parto mostraron cambios porcentuales importantes todos ellos con significancia estadística ($p < 0,0001$, tabla 11).

Tabla 11. Características relacionadas con las prácticas sexuales antes de la gestación y a los 6 meses del parto.

| Características | Antes de la gestación | | 6 meses después del parto | | Valor de p |
|--|-----------------------|-----------|---------------------------|-----------|--------------------|
| | n(%) | IC95% | n(%) | IC95% | |
| <i>Frecuencia de coito</i> | | | | | |
| Una vez al día | 29(12,5) | 8,5-17,4 | 7(3,0) | 1,2-6,1 | <0,0001* |
| 1-2 veces semana | 109(47) | 40,2-53,6 | 86(37,1) | 30,8-43,6 | |
| 3-5 veces semana | 51(22) | 16,8-27,9 | 66(28,45) | 22,7-34,7 | |
| 1 o 2 veces al mes | 43(18,5) | 13,8-24,1 | 52(22,4) | 17,2-28,3 | |
| No aplica | - | | 21(9,1) | 5,7-13,5 | |
| <i>Frecuencia de deseo sexual</i> | | | | | |
| Ninguno | 9(3,9) | 1,8-7,2 | 11(4,7) | 2,4-8,3 | <0,0001* |
| Una vez al día | 35(15,2) | 10,7-20,4 | 46(19,8) | 14,9-25,5 | |
| 1-2 veces semana | 100(43,3) | 36,6-49,7 | 113(48,7) | 42,1-55,3 | |
| 3-5 veces semana | 46(19,9) | 14,9-25,5 | 38(16,4) | 11,9-21,8 | |
| Cada 15 días | 29(12,6) | 8,5-17,5 | 2(0,9) | 0,1-3,1 | |
| Una vez al mes | 12(5,2) | 2,7-8,9 | 22(9,5) | 6,0-14,0 | |
| <i>Grado de excitación con la penetración</i> | | | | | |
| Muy alto | 16(6,9) | 4,0-11,0 | 9(3,9) | 1,8-7,2 | <0,0001* |
| Alto | 66(28,6) | 22,7-34,7 | 28(12,1) | 8,2-17,0 | |
| Moderado | 131(56,7) | 49,8-62,9 | 79(34,1) | 28,0-40,5 | |
| Bajo | 14(6,1) | 3,3-9,9 | 82(35,3) | 29,2-41,9 | |
| Muy Bajo | 4(1,7) | 0,5-4,4 | 13(5,6) | 3,0-9,4 | |
| No aplica | - | | 21(9,1) | 5,7-13,5 | |
| <i>Frecuencia de lubricación vaginal</i> | | | | | |
| Siempre o casi siempre | 100(43,3) | 81,1-90,4 | 21(9,1) | 5,7-13,5 | <0,0001* |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | 61(26,4) | 20,7-32,4 | 93(40,1) | 33,7-46,7 | |

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| A veces (alrededor de la mitad) | 43(18,6) | 13,8-24,1 | 54(23,2) | 18,0-29,3 | |
| Pocas veces (menos que la mitad) | 21(9,1) | 5,7-13,5 | 27(11,6) | 7,8-16,5 | |
| Casi nunca o nunca | 6(2,6) | 1,0-5,5 | 16(6,9) | 4,0-11,0 | |
| No aplica | - | | 21(9,1) | 5,7-13,5 | |
| <i>Frecuencia de orgasmo con la penetración</i> | | | | | |
| Siempre o casi siempre | 85(36,8) | 30,4-43,2 | 15(6,4) | 3,7-10,4 | <0,0001* |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | 52(22,5) | 17,2-28,3 | 70(30,2) | 24,3-36,5 | |
| A veces (alrededor de la mitad) | 46(19,9) | 15,0-25,5 | 46(19,8) | 14,9-25,5 | |
| Pocas veces (menos que la mitad) | 38(16,4) | 11,9-21,8 | 49(21,1) | 16,1-27,0 | |
| Casi nunca o nunca | 10(4,3) | 2,1-7,8 | 31(13,4) | 9,3-18,4 | |
| No aplica | - | | 21(9,1) | 5,7-13,5 | |
| <i>Satisfacción con la actividad sexual</i> | | | | | |
| Muy satisfecha | 116(50,2) | 43,4-56,6 | 84(36,2) | 33,2-46,8 | <0,0001* |
| Moderadamente satisfecha | 95(41,1) | 34,6-47,6 | 95(40,1) | 38,2-52,0 | |
| Igual de satisfecha que de insatisfecha | 13(5,6) | 3,0-9,4 | 19(8,1) | 5,5-13,7 | |
| Algo insatisfecha | 6(2,6) | 1,0-5,5 | 9(3,9) | 2,0-7,9 | |
| Muy insatisfecha | 1(0,4) | 0,0-2,4 | 4(1,7) | 0,5-4,8 | |
| No aplica | - | | 21(9,1) | 5,7-13,5 | |
| <i>Dolor con la penetración</i> | | | | | |
| No ha intentado el coito | 14(6,0) | 3,3-9,9 | 6(2,6) | 1,0-5,5 | <0,0001* |
| Casi nunca | 110(47,6) | 40,1-54,1 | 114(49,1) | 42,5-55,8 | |
| La mayoría de veces | 17(7,3) | 4,3-11,5 | 7(3,0) | 1,2-6,1 | |
| A veces | 38(16,5) | 11,9-21,8 | 37(16) | 11,5-21,3 | |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------|-----------|----------|----------|--|
| Pocas veces | 41(17,8) | 13,0-23,2 | 30(12,9) | 8,9-17,9 | |
| Siempre/casi siempre | 11(4,8) | 2,4-8,3 | 17(7,3) | 4,3-11,5 | |
| No aplica | - | | 21(9,1) | 5,7-13,5 | |

*Valores p estadísticamente significativos

La tasa global de disfunción sexual se informó del 62,5%, la disfunción sexual posparto más común fue la disfunción orgásmica un 33,2%, seguida de disfunción excitatoria en 19% y deseo/satisfacción sexual en 16,4 y 16% respectivamente durante las relaciones sexuales, cuando se realizó el análisis de la puntuación de la función sexual antes del embarazo y a los 6 meses del puerperio, fue estadísticamente significativo en los dominios del deseo, excitación y satisfacción sexual (Tabla 12 y 13).

Tabla 12. Frecuencia de disfunción sexual y sus dominios antes y después del parto

| Variable | Antes de la gestación | | Después del parto | |
|--|-----------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | n(%) | IC 95% | n(%) | IC 95% |
| Disfunción sexual | | | | |
| Si | 40(18,9) | 13,9-24,9 | 145(62,5) | 55,9-88,7 |
| No | 171(81,1) | 75,1-86,1 | 87(37,5) | 31,3-44,1 |
| Dominio de la función sexual afectado | | | | |
| Orgasmo | 8(20) | 9,1-35,6 | 77(33,2) | 27,2-39,7 |
| Lubricación | 6(15) | 5,7-29,8 | 44(19) | 14,1-24,6 |
| Deseo | 15(37,5) | 22,7-54,2 | 38(16,4) | 11,9-21,8 |
| Satisfacción sexual | 1(2,5) | 0,0-13,2 | 37(16) | 11,5-21,3 |
| Dolor | 7(17,5) | 7,3-32,8 | 24(10,2) | 6,7-15,0 |
| Excitación | 3(7,5) | 1,6-20,4 | 12(5,2) | 2,7-8,9 |

*n(%) = Número (porcentaje)

Tabla 13. Puntuación de la función sexual y sus dominios en el período posparto

| Dominio de función sexual | Antes de la | 6 meses post parto | Valor de p |
|---------------------------|-------------|--------------------|--------------------|
| | gestación | | |
| | Media (DE)♦ | Media (DE)♦ | |
| Deseo | 1,63(0,65) | 1,87(0,48) | <0,0001* |
| Excitación | 0,99(0,23) | 1,09(0,27) | 0,0001* |
| Lubricación | 1,20(0,33) | 1,12(0,48) | 0,387 |
| Orgasmo | 1,49(0,49) | 1,40(0,59) | 0,077 |
| Satisfacción | 1,74(0,31) | 1,66(0,36) | 0,012* |
| Dolor | 1,52(0,61) | 1,57(0,57) | 0,363 |
| Total | 21,9 | 19,1 | <0,0001* |

♦Desviación estándar *Valores p estadísticamente significativos

El 91,4% de las participantes lactaron a sus hijos, de las que manifestaron que no lactaron el 75% fue por baja producción de leche y alimentación complementaria, un 15% por trabajo, seguido de un 10% por rechazo de su hijo a la lactancia. De las participantes que manifestaron temor de un nuevo embarazo el 48% fue por paridad satisfecha, 21,4% relacionado con complicaciones del parto, 15% problemas económicos, y el 15,6% por otras causas (Problemas sociales, otras responsabilidades y por la Pandemia por Covid-19). (Tabla 14)

Tabla 14. Características de lactancia materna y factores emocionales asociados en el posparto

| Característica | n*(%) | IC95% |
|---|-----------|-----------|
| <i>Lactancia materna</i> | | |
| Si | 212(91,4) | 87,0-94,7 |
| No | 20(8,6) | 5,3-13,0 |
| <i>Cansancio /agotamiento en el posparto</i> | | |
| Si | 113(48,7) | 42,1-55,3 |
| No | 119(51,3) | 44,7-57,9 |
| <i>Estrés del rol de ser madre</i> | | |
| Si | 75(32,3) | 26,4-38,8 |
| No | 157(67,7) | 61,2-73,6 |

| Temor a un nuevo embarazo | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| Si | 100(43,1) | 40,8-54,1 |
| No | 132(56,9) | 50,3-63,4 |
| Relación de pareja | | |
| Satisfactoria | 193(83,3) | 77,7-87,8 |
| Poco satisfactoria | 18(7,7) | 4,7-12,0 |
| No satisfactoria | 21(9) | 5,7-13,5 |
| Autoimagen corporal | | |
| Poco atractiva | 64(27,6) | 21,9-33,8 |
| Atractiva | 142(61,2) | 54,6-67,5 |
| Muy atractiva | 26(11,2) | 7,5-16,0 |

*n(%) = Número (porcentaje)

9.4 Análisis bivariado

Se hizo un análisis bivariado para evaluar la asociación entre disfunción sexual y variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y factores asociados al posparto, pero no se evidenció significancia estadística (Anexos 6,7 y 8).

9.5 Análisis de las pérdidas del seguimiento

Se realizó un análisis de las 59 participantes que no completaron la fase dos del estudio. De las participantes que se perdieron en el seguimiento, la mediana de edad fue 22 años y el rango intercuartílico (18 a 37 años). El 51% están en unión libre, seguido de casada en el 37,3%, con respecto a la ocupación la dedicación al hogar es el 69,5 % y 42,4% tiene nivel educativo secundaria completa. Las variables sociodemográficas que mostraron ser diferenciales entre las incluidas y las perdidas en el seguimiento están el estado civil y la escolaridad ($p < 0,05$). Los detalles de los hallazgos sociodemográficos se describen en la tabla 15.

Tabla 15. Características sociodemográficas de las participantes que se perdieron durante el seguimiento

| Variable | Perdidas en el seguimiento (59) n(%) | Pacientes que completaron el seguimiento (232) n(%) | Valor P |
|--------------------------------------|---|--|--------------------|
| Edad (años cumplidos) | 22*(18 a 37*) | 23*(20 a 28*) | 0,178 |
| Estado civil | | | |
| Unión libre | 30(51) | 42(18,1) | <0,0001* |
| Casada | 22(37,3) | 167(72) | |
| Soltera | 5(8,5) | 22(9,5) | |
| Separada/Divorciada | 2(3,4) | 1(0,4) | |
| Ocupación | | | |
| Hogar | 42(71,2) | 196(84,5) | 0,09 |
| Desempleada | 7(11,9) | 12(5,2) | |
| Empleada formal | 5(8,5) | 15(6,5) | |
| Empleada informal | 5(8,5) | 9(3,9) | |
| Nivel de Escolaridad | | | |
| Secundaria completa | 25(42,4) | 59(25,4) | 0,001* |
| Secundaria incompleta | 13(22) | 17(7,3) | |
| Tecnología | 12(20,3) | 89(38,4) | |
| Universitaria | 5(8,5) | 33(14,2) | |
| Primaria completa | 2(3,4) | 16(6,9) | |
| Primaria incompleta | 1(1,7) | 5(2,2) | |
| No estudio | 1(1,7) | 13(5,6) | |
| Estrato socioeconómico | | | |
| 1 | 41(69,5) | 137(59,1) | 0,198 |
| 2 | 12(20,3) | 76(32,8) | |
| 3 | 6(10,2) | 16(6,9) | |
| 4 | 0(0) | 3(1,3) | |
| Afiliación a seguridad social | | | |
| Régimen subsidiado | 45(76,2) | 197(84,9) | 0,386 |
| No asegurado | 8(13,6) | 20(8,6) | |

| | | | |
|-----------------------------|---------|---------|--|
| Régimen contributivo | 6(10,2) | 14(6,0) | |
|-----------------------------|---------|---------|--|

*Valores p estadísticamente significativos *Mediana *Rango intercuartílico

Con respecto a las características de relación de pareja (Tabla 16), se evidenció que el 62,5% de las participantes tienen una pareja sexual más de dos años, el 88,1% tienen una relación de pareja satisfactoria, el 44,1% convive con sus hijos y esposo. De este grupo de variables mostraron ser diferentes en las incluidas y las perdidas en el seguimiento el tiempo que llevan con la pareja actual ($p=0,039$).

Tabla 16. Características de relación de pareja de las participantes que se perdieron durante el seguimiento

| Variable | Perdidas en el seguimiento (56) N(%) | Pacientes que completaron el seguimiento (231) N(%) | Valor P |
|---|---|--|----------------|
| <i>Tiempo que lleva con la pareja sexual actual (n= 287)</i> | | | |
| Más de 2 años | 36(64,3) | 167(72,3) | 0,039* |
| Más de 12 meses | 8(14,3) | 37(16,0) | |
| Entre 6 y 12 meses | 10 (17,9) | 14(6,1) | |
| Menos de 6 meses | 2(3,6) | 13(5,6) | |
| <i>Relación de pareja</i> | | | |
| Satisfactoria | 52(88,1) | 207(89,6) | 0,727 |
| Poco satisfactoria | 5(8,5) | 20(8,7) | |
| No satisfactoria | 2(3,4) | 4(1,7) | |
| <i>Personas con las que convive</i> | | | |
| Hijos y esposo | 27(45,8) | 124(53,5) | 0,914 |
| Con los padres | 10(17,0) | 29(12,5) | |
| Hijos, padres y hermanos | 8(13,6) | 27(11,6) | |
| Hijos, esposo y padres | 7(11,9) | 28(12,1) | |
| Solamente con el esposo | 6(10,2) | 21(9,1) | |
| Sola | 1(1,7) | 1(1,3) | |

*Valores p estadísticamente significativos

En cuanto a la religión, se encontró que el 64% de las participantes se sienten identificadas con la religión católica, seguida de la religión cristiana-evangélica en el 22% (Figura 5). Cuando se analizó con las participantes que se perdieron durante el seguimiento no se evidenció diferencias en las variables religión ($p=0,457$) y en el uso de medicamentos ($p=0,380$).

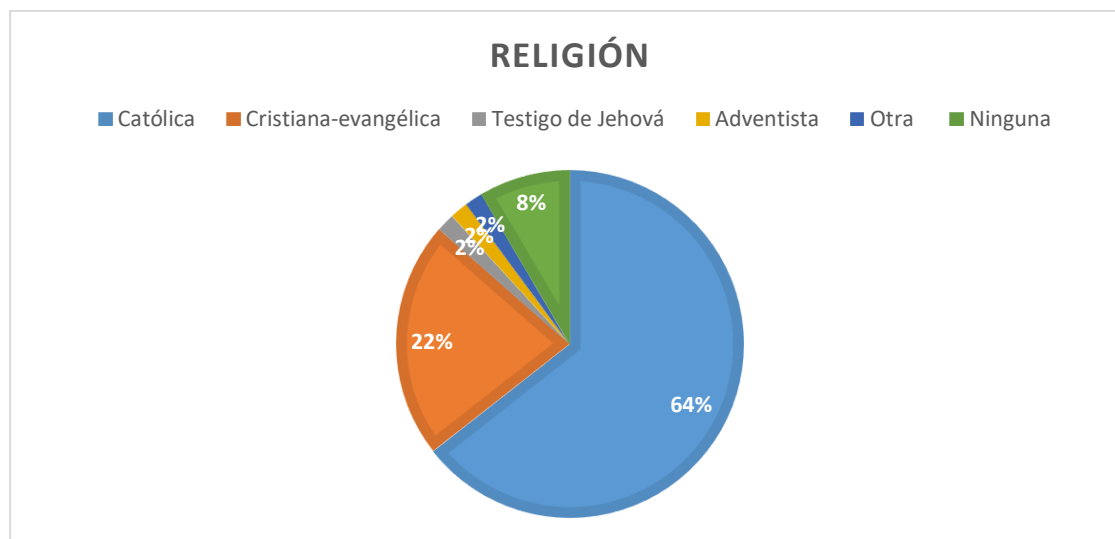


Figura 5. Religión con la que se identifican las participantes que se perdieron durante el seguimiento

Con respecto a las características ginecoobstetricias se documentó que el 35,6% de las participantes tiene 2 hijos, referente a la vía del parto del último hijo se evidenció que el 49,1% fue por vía vaginal. No se observan diferencias estadísticas entre las participantes que se perdieron y las que completaron el estudio para este grupo de variables (Tabla 17).

Tabla 17. Características ginecobstétricas de las participantes que se perdieron durante el seguimiento

| Variable | Perdidas en el seguimiento (59) N*(%) | Pacientes que completaron el seguimiento (232) N(%) | Valor p |
|------------------------|---|---|---------|
| Paridad (n=291) | | | |
| 1 | 21(35,6) | 69(29,9) | 0,680 |
| 2 | 22(37,3) | 91(39,9) | |
| 3 | 9(15,3) | 43(18,6) | |

| | | | |
|---|----------|----------|-------|
| 4 o más | 7(18,1) | 29(11,6) | |
| Vía del parto del último hijo (n=290) | | | |
| Cesárea | 29(49,2) | 97(42,0) | 0,412 |
| Vaginal | 17(28,8) | 79(34,2) | |
| Vaginal + episiotomía/desgarro perineal | 12(20,3) | 41(17,8) | |
| Trabajo de parto vaginal que finalizó en cesárea | 1(1,7) | 14(6,1) | |

*N(%) = Número (porcentaje)

Cuando se indagó si las participantes realizaban prácticas de auto estimulación, el 11,9% manifestaron que sí, con una frecuencia de cada 15 días a 1 mes en el 57,2% y de ellas el 100% logró llegar al orgasmo. En cuanto a las prácticas de auto estimulación, no hay diferencias estadísticas entre las participantes que se perdieron y las que completaron el estudio (Tabla 18).

Tabla 18. Prácticas de autoestimulación previo a la gestación de las participantes que se perdieron durante el seguimiento

| Variable | Perdidas en el seguimiento (59) N*(%) | Pacientes que completaron el seguimiento (230) N*(%) | Valor p |
|---|--|---|----------------|
| Masturbación | | | |
| Sí | 7(11,9) | 36(15,5) | 0,480 |
| Logró el orgasmo con la masturbación | | | |
| Sí | 7(100) | 22(67,4) | 0,142 |

*N(%) = Número (porcentaje)

Con respecto a las características de las prácticas sexuales de estas participantes, se pudo documentar una frecuencia de coito de 1 a 2 veces por semana en el 52,5%, un grado de deseo sexual moderado en el 50,8%, grado de excitación moderado en el 61%, lubricación vaginal siempre o casi siempre en el 35,6%, frecuencia del orgasmo alrededor de la mitad en 30,5%, dispareunía en el 45,8% y muy satisfechas con la actividad sexual en 47,5%. Respecto a las

prácticas sexuales mostró ser diferente en las participantes incluidas en fase dos y las perdidas en el seguimiento la variable grado de deseo sexual (Tabla 19).

Tabla 19. Características de las prácticas sexuales de participantes que se perdieron en el seguimiento

| Características | Perdidas en el seguimiento (59) N*(%) | Pacientes que completaron el seguimiento (226) N(%) | Valor p |
|--|---|---|----------------|
| <i>Frecuencia de coito</i> | | 226 | |
| 1-2 veces por semana | 31(52,5) | 109(48,2) | 0,166 |
| 3-5 veces por semana | 16(27,1) | 51(22,6) | |
| Cada 15 días | 6(10,2) | 39(17,3) | |
| Una vez al día | 3(5,1) | 23(10,2) | |
| 1 vez al mes | 3(5,1) | 4(1,8) | |
| <i>Grado de deseo sexual</i> | | 231 | |
| Moderado | 30(50,8) | 100(43,3) | 0,029* |
| Muy alto | 13(22,0) | 35(15,2) | |
| Alto | 6(10,2) | 46(19,9) | |
| Muy bajo o ninguno | 6(10,2) | 9(3,9) | |
| Bajo | 4(6,8) | 29(12,6) | |
| No aplica | 0(0) | 12(5,2) | |
| <i>Grado de excitación con la penetración</i> | | 231 | |
| Moderado | 2(3,4) | 14(6,1) | 0,675 |
| Muy Alto | 17(28,8) | 66(28,6) | |
| Bajo | 2(3,4) | 4(1,7) | |
| Alto | 36(61) | 131(56,7) | |
| No ha tenido actividad | 2(3,4) | 16(6,9) | |
| <i>Frecuencia de lubricación vaginal</i> | | 231 | |
| Siempre o casi siempre | 18(30,5) | 61(26,4) | |

| | | | |
|--|----------|-----------|-------|
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | 12(20,3) | 44(19,1) | 0,409 |
| A veces (alrededor de la mitad) | 3(5,1) | 21(9,1) | |
| Pocas veces (menos que la mitad) | 4(6,8) | 6(2,6) | |
| No ha tenido actividad | 22(37,3) | 99(42,8) | |
| <i>Frecuencia de orgasmo con la penetración</i> | | | |
| A veces (alrededor de la mitad) | 7(11,8) | 38(16,4) | 0,058 |
| La mayoría de las veces (más que la mitad) | 18(30,5) | 46(19,9) | |
| Siempre o casi siempre | 15(25,4) | 52(22,5) | |
| Pocas veces (menos que la mitad) | 6(10,2) | 10(4,3) | |
| No ha tenido actividad | 13(22,0) | 85(36,8) | |
| <i>Satisfacción con la actividad sexual</i> | | | |
| Muy satisfecha | 28(47,5) | 116(50,2) | 0,252 |
| Moderadamente satisfecha | 20(33,9) | 95(41,1) | |
| Igual de satisfecha que de insatisfecha | 7(11,9) | 13(5,6) | |
| Algo insatisfecha | 3(5,1) | 6(2,6) | |
| Muy insatisfecha | 1(1,7) | 1(0,4) | |
| <i>Dolor con la penetración</i> | | | |
| Casi nunca | 26(44,1) | 111(48,1) | 0,381 |
| La mitad de las veces | 16(27,1) | 37(16,0) | |
| Pocas veces | 10(17) | 41(17,8) | |
| Más de la mitad de las veces | 4(6,8) | 17(7,4) | |
| Siempre/casi siempre | 2(3,4) | 11(4,8) | |
| No ha intentado el coito | 1(1,7) | 14(6,1) | |
| <i>Autoimagen corporal</i> | | | |
| Poco atractiva | 7(11,9) | 43(18,6) | 0,362 |
| Atractiva | 47(79,7) | 163(70,6) | |
| Muy atractiva | 5(8,5) | 25(10,8) | |

*Valor de p con significancia estadística

10. Discusión

La disfunción sexual femenina (DSF) es uno de los problemas más comunes que afecta aproximadamente al 40-45% de las mujeres (99). La DSF conduce a una disminución de la calidad de la vida y la insatisfacción con los demás, y afecta negativamente la salud física, psicológica, social y emocional de mujeres (99).

Generalmente, la función sexual disminuye durante el embarazo y permanece bajo en muchas mujeres durante el posparto (100). El embarazo y el parto son un período en la vida de una mujer definido por hormonas y cambios físicos, y que tiene un efecto significativo en la salud de la madre y calidad de vida (101). El objetivo de este estudio fue conocer las conductas sexuales de mujeres mayores de 18 años durante los primeros 6 meses posteriores al parto, atendidas en el Hospital Local del Norte.

En el presente estudio se encontró que el 62,5% de las mujeres presentaban disfunción sexual posparto, cuyos dominios más altos fueron deseo, satisfacción y dolor, hallazgo que estaría en línea con lo reportado en el estudio de Kahramanogluet al., donde evidenciaron que hasta el 64% de las mujeres experimentan problemas sexuales en el sexto mes posparto (79) parecido a lo reportado por Meston et al., donde evaluaron el funcionamiento sexual de las mujeres australianas durante el primer año después del parto, encontrando que el 64,3% de las mujeres informaron que habían experimentado disfunción sexual después del parto (9). La mayoría de estudios reportados muestran resultados variables como en un estudio en Brasil, la disfunción sexual se informó en 43% entre mujeres posparto (102), siendo incluso superior la reportada por el estudio de Mojdeh et al., donde encontraron una tasa global de disfunción sexual del 85,95% similar a la encontrada por Buhling et al. quienes demostraron que hasta el 83% de las mujeres informaron problemas sexuales en los primeros 3 meses después del parto (80). Una explicación para estos resultados variables de disfunción sexual posparto puede ser las propiedades de las escalas utilizadas para medir la mujer función sexual. Además, las actividades sexuales de las mujeres en el posparto pueden estar influenciadas por diferencias culturales y sociales; llevando a diferentes resultados en varias poblaciones.

Los tipos más frecuentes de disfunción sexual en nuestro estudio fueron el orgasmo en un 33,2%, seguido de la excitación en 19% y deseo/satisfacción sexual en 16,4 y 16% respectivamente durante las relaciones sexuales. Al comparar nuestros resultados con otros autores no se observan diferencias con respecto a los dominios afectados como en el estudio de Meston et al.,

quien reportó que los tipos de disfunción más frecuentes fueron el trastorno de deseo sexual en el 81,2%, problemas orgásmicos en el 53,5% y trastorno de excitación sexual en el 52,3% (9). Distinto a lo reportado por otros autores donde se evidencian en casi la mitad de las mujeres, con el 46,3% que informó trastorno del deseo sexual, el 43% experimentó una falta de lubricación vaginal y el 37,5% de las mujeres incluidas tenían dispareunia seis meses después del parto (100). También es similar a lo reportado por Maamri A et al., quien encontró en el 31% trastorno del deseo y lubricación vaginal alterada, en el 14% dispareunia y en el 33% disminución de la satisfacción sexual (106). La diferencia entre los resultados obtenidos en nuestra investigación y los otros autores puede deberse al tipo de población seleccionada, a la desigualdad de los grupos etarios, y a diferencias en aspectos raciales (103). Sin embargo, cuando se realizó el análisis de la puntuación de la función sexual antes del embarazo y a los seis meses del puerperio, se encontró significancia estadística en los dominios del deseo, excitación y satisfacción sexual, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura.

Sobre la reanudación de la actividad sexual en las parejas, encontramos que el 93,8% de las mujeres a los cinco meses ya había reiniciado su vida sexual, en el 47% de los casos lo habían realizado a través de relaciones coitales, seguido de besos más tocamientos en el 22,4%, estos resultados fueron consistentes con Shirvani et al. quien informó que las madres iniciaron relaciones sexuales uno a tres meses después del parto (104); así mismo los hallazgos son similares a lo reportado por otros autores que han demostrado que el 89% de las mujeres reanudan la actividad sexual dentro de los 6 meses posteriores al parto (60,74,81,105). Master W et al., Enderle C et al., Acele E et al., afirman que el retorno a la actividad sexual debe ocurrir sólo después de treinta días debido a la incomodidad y para dar tiempo a la curación. La mayoría coincide en un rango de tiempo entre 5-12 semanas (32, 82, 83).

Con respecto al tipo de parto (vaginal o cesárea), y su asociación con dificultades sexuales, encontramos que no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las mujeres que presentaron disfunción sexual con parto vaginal 62% y cesárea 63,1 % (p : 0,865), datos consistentes con lo reportado donde se ha visto que no tiene un efecto significativo en la función sexual en el posparto a corto y largo plazo; así mismo se ha reportado que la episiotomía no afecta negativamente la función sexual (105).

La autopercepción corporal, se ha visto que influye en la sexualidad, pues una autopercepción negativa hace que existan menores niveles de función sexual, pero también una percepción

negativa de la imagen genital se ha relacionado con insatisfacción sexual (60). Sin embargo, al indagar sobre esta variable no encontramos significancia estadísticamente significativa ($p: 0,544$) en las mujeres estudiadas.

Con respecto a la lactancia, existen estudios que muestran controversia sobre la influencia de la lactancia materna en la sexualidad de la mujer en el postparto. Así pues, la lactancia materna puede ser considerada desde una perspectiva erótica por la mujer, estimulándose sentimientos sexuales y sensuales (22, 44, 85). En el presente estudio se documentó que el 60,8% de las mujeres que lactaron presentaron disfunción sexual, sin embargo, al comparar con las que no lactaron no se evidenció significancia estadística ($p: 0,091$), hallazgos similares a los reportados en un estudio en Nigeria donde mostraron que la paridad y el estado de lactancia materna no estaban relacionados a disfunción sexual posparto (102).

En varios estudios, la fatiga debido a deberes maternos, estrés y trastornos del sueño se han informado como la causa de la disminución del deseo sexual en los primeros meses del posparto (99). En nuestro estudio se documentó que el 56,6% de las participantes presentaron cansancio/agotamiento después del parto asociado a disfunción sexual. Con respecto al miedo al embarazo en las parejas puede considerarse como uno de los factores relacionados en la salud sexual (99), las participantes que manifestaron temor de un nuevo embarazo fueron el 48%. Por lo tanto, durante este período, las mujeres necesitan asesoramiento psicológico.

Otros factores como la edad, la educación, el tiempo transcurrido desde el parto, nivel socioeconómico, uso de medicamentos durante la gestación, religión y consumo de sustancias psicoactivas, no predijeron la función sexual posparto de la mujer.

Este estudio confirmó los hallazgos de estudios previos sobre factores que pueden tener un efecto adverso en la función sexual de las nuevas madres en el período posparto. Sin embargo, el efecto del tipo de parto sobre la función sexual posparto sigue sin estar claro.

11. Fortalezas y limitaciones:

Como fortalezas de este estudio se consideran que es el primer estudio que se realiza en la ciudad sobre la disfunción sexual en el periodo posparto, el diseño utilizado al ser un estudio longitudinal prospectivo, otras fortalezas del estudio son el tamaño de la muestra, la forma de recolección de los datos; que se realizó de manera anónima, lo que permitió disminuir el sesgo de información, así como contar con la utilización del IFSF-6, un reconocido cuestionario de comprobada confiabilidad y consistencia interna, validado en español. Por otra parte, es de resaltar la adherencia de los participantes al aportar la mayoría los datos preguntados en las encuestas, lo que facilitó el cumplimiento de los objetivos de este estudio.

Respecto a las limitaciones de esta investigación se encontró que al no haber extendido el estudio al resto del área metropolitana de Bucaramanga se podría estar excluyendo a muchas más mujeres con disfunciones sexuales, situación que podría introducir un sesgo en la incidencia, al realizar la generalización de estos hallazgos debe tenerse en cuenta estos aspectos. No obstante, debido a que la muestra fue representativa, se tiene información sobre un importante grupo poblacional. Otra limitación de nuestro estudio fueron las participantes perdidas (20,3%), las cuales al analizarse mostraron ser diferentes a las que completaron el estudio en las variables: estado civil, tiempo de relación de pareja, nivel de escolaridad y el grado de deseo sexual.

12. Conclusión

Este estudio encontró que las mujeres en el periodo posparto presentan una alta incidencia de disfunción sexual, siendo el parto un factor precipitante; Teniendo en cuenta la alta incidencia de trastornos sexuales en este estudio, los ginecólogos y obstetras están llamados a prevenir el impacto del posparto en la sexualidad femenina, ya que son la primera línea de contacto de las mujeres en este periodo y los sistemas de salud deben prestar más atención a esta área, para promover el estado de salud de la familia y, en última instancia, de la sociedad.

Es el primer estudio que evalúa las disfunciones sexuales en mujeres púerperas en nuestro medio, sirve como base para realizar más estudios con una población más heterogénea, no solo para verificar estos hallazgos sino también para evaluar el impacto de otros datos demográficos / variables culturales y maternas que pueden influir en el funcionamiento sexual de la mujer en el período posparto, permitiendo mejorar e impactar en el abordaje de este tipo de patologías que tanto afectan el bienestar y calidad de vida de la mujer.

13. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

CONDUCTAS SEXUALES EN EL POSPARTO DE MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE EN BUCARAMANGA, SANTANDER

Consecutivo:

Investigador principal: Vanessa Delgado Jaime

Teléfono: 301620209

Correo electrónico: vdelgado@unab.edu.co

GENERALIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Antecedentes: La salud sexual y reproductiva, se refiere a como se vive la sexualidad, el número de hijos que se quiere tener, la distancia entre un hijo y el otro, los métodos para no quedar embarazada. La sexualidad es importante en la calidad de vida de las personas y se considera única e irrepetible.

Una de las etapas más importantes del ser humano, es la llegada de un hijo, lo que produce cambios en su sexualidad, que son importantes estudiar para poder brindar apoyo a las mujeres y a sus parejas por parte del personal de la salud.

Objetivo general: Conocer los cambios en las conductas sexuales en las mujeres después del parto por vía vaginal o cesárea.

Descripción breve del estudio: La investigación a la cual se le está invitando a participar, consiste en que cada mujer mayor de 18 años, que se encuentre hospitalizada después de un parto por vía vaginal o cesárea, en el piso de ginecología del Hospital Local del Norte (HLN), entre septiembre del 2018 a noviembre del 2019 y que de su aceptación a la investigadora principal (Dra. Vanessa Delgado Jaime), se le aplicará unas preguntas, por medio de una encuesta.

Una vez firmada la aceptación (consentimiento informado), se realizará la encuesta, que consta de dos partes, la primera durante su estancia en el servicio de hospitalización con preguntas

sobre su estado civil, socioeconómico, escolaridad, edad, relación de pareja, número de hijos, la forma del parto y conductas sexuales previas al embarazo. Ese cuestionario será llenado por usted en compañía de la investigadora, o un(a) médico(a) rural, o un médico(a) residente de ginecología, previamente entrenado(a) y capacitado(a). La entrevista se realizará en un espacio íntimo, donde se encontrará sola y tranquila. Ubicado en uno de los salones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) en el 4 piso del HLN. El tiempo estimado para llenar el cuestionario es de 20 minutos aproximadamente.

A los 6 meses después de la primera encuesta, se contactará por vía telefónica y se le preguntará si desea continuar participando en el estudio. Si es así, se le aplicará la segunda parte de la encuesta, que se puede aplicar por vía telefónica, personalmente previa cita en el HLN o por correo electrónico de acuerdo a lo que usted prefiera. El tiempo calculado para el llenado de esta segunda parte de la encuesta es de 20 minutos, se preguntará acerca de las diferentes conductas sexuales como cambios en su deseo sexual, frecuencia sexual o dificultades en la relación de pareja.

Confidencialidad: Su participación es completamente confidencial, anónima, libre, voluntaria y carente de interés económico. La información obtenida durante las encuestas, se utilizará única y exclusivamente con fines de investigación. Las encuestas no tendrán identificación, solo un código, para guardar el anonimato de las participantes.

Con respecto a los resultados de este proyecto se darán a conocer sólo en forma de datos estadísticos (Números, cifras, porcentajes etc.) sin ningún elemento para identificar sus respuestas, por lo cual se mantendrá su anonimato y el de todas las participantes.

Riesgos y beneficios: Los riesgos que implican su participación en este estudio son mínimos; ya que las preguntas son sobre comportamientos de su vida sexual íntima y pueden causar algunas reacciones emocionales de incomodidad. Si alguna de las preguntas durante la encuesta no le agrada o no la entiende, tiene el derecho de informar al investigador o de no responderlas. Usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto la perjudique en ninguna forma.

Sobre los beneficios, usted no recibirá ninguno directo por su participación en el estudio, sin embargo, su colaboración ayuda en la investigación sobre la salud sexual y reproductiva que puede aportar información que mejore la calidad de vida de las mujeres.

Si desea solicitar una consulta sexológica, se le brindara la atención en el Hospital Local del Norte por el investigador especialista en sexología y el grupo de residentes de ginecología de la UNAB.

Costos: Participar en el presente proyecto no acarrea ningún costo a usted o a su familia.

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

He leído, escuchado y comprendido el propósito de este estudio, el procedimiento que se seguirá y los riesgos y beneficios que conlleva. Se me ha garantizado la confidencialidad de mis respuestas y el anonimato de mi participación en este proyecto de investigación. Manifiesto que mi participación es libre, voluntaria y carente de intereses económicos. Todas las inquietudes y preguntas respecto de mi participación en el proyecto, que he expresado al grupo investigador han sido satisfechas, por tanto, declaro que comprendo los alcances y objetivos del proyecto, así como los de mi participación en él.

Yo, quien firma, acepto participar en este estudio y autorizo la recolección y utilización de mi información personal como se indica en este formato de consentimiento informado. Autorizo a la Dra. Vanessa Delgado Jaime, para que me realice la primera parte de la encuesta en el servicio de hospitalización y me contacte a los 6 meses después del parto o la cesárea para la aplicación de la segunda parte de la encuesta, siempre y cuando los interrogantes que me hagan no me generen malestar o incomodidad.

Los datos del contacto que se solicitan serán manejados con el único fin de contactarla a usted para el seguimiento y posterior aplicación de la encuesta previamente mencionada.

Le agradecemos nos especifique por qué medio le gustaría se le fuera aplicada la segunda parte de la encuesta (Puede elegir varias opciones si así lo desea)

Vía telefónica_____ Vía electrónica (Correo)_____ Personalmente_____

Acepta usted que sea contactada para futuros estudios

Sí _____ No_____

Entiendo que una copia de esta ficha me será entregada y que yo puedo pedir información sobre mis resultados contactando a Vanessa Delgado Jaime: vdelgado@unab.edu.co, Celular 3016220209, Bernardo Useche Aldana: buseche@unab.edu.co , Rocío Guarín: rguarín@unab.edu.co.

Nombre del participante: _____

Cédula de Ciudadanía: _____ De: _____

Firma: _____

Teléfonos: _____

Celulares: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del testigo: _____

Cédula de Ciudadanía: _____ De: _____

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Cédula de Ciudadanía: _____ De: _____

Firma: _____

V. DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO

El investigador o su designado dejan constancia que ha comunicado al participante la información relacionada con el proyecto. La persona que firma este formato de Consentimiento Informado ha explicado en detalle el proyecto de investigación y le ha dado la oportunidad a la paciente participante de aclarar las inquietudes presentadas por ella.

Nombre de la persona que obtiene el
consentimiento informado

Firma de la persona que obtiene el
consentimiento informado

Lugar: _____

Fecha:

| | | | | | | | |
|----|--|----|--|------|--|--|--|
| | | | | | | | |
| DD | | MM | | AAAA | | | |

Anexo 2. Operacionalización de variables

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO | POSIBLES VALORES |
|------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| Edad | Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento | Años cumplidos desde la fecha de nacimiento | Cuantitativa continua | 18 años en adelante |
| Ocupación | Término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo <i>ocupar</i> (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer. | Datos obtenidos de las encuestas | Cualitativa , Discreta, nominal | Hogar Empleada formal Empleada informal Desempleada Pensionada |
| Escolaridad | Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada: la escolaridad obligatoria dura hasta los 16 años. | Datos obtenidos de las encuestas | Cualitativa, Discreta, ordinal | No estudio Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Tecnología Universitario |

| | | | | |
|-------------------------------|--|---|---------------------|--|
| Estado civil | Situación legal con respecto a la presencia o no de una pareja. | Según la información del participante | Cualitativa nominal | Soltera Casada Unión libre Separada/divorciada Viuda |
| Estrato socioeconómico | Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos | Según la información de la participante | Cualitativa ordinal | 1 2 3 4 |
| Seguridad social | Se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las necesidades reconocidas socialmente, como la salud, la vejez o las discapacidades | Según la información de la participante | Cualitativa Ordinal | Subsidiado Contributivo No asegurado |
| Religión | Creencias y normas de comportamiento que hacen parte de un grupo humano en el que se da una relación con una divinidad. | Según la información de la participante | Cualitativa nominal | Católica Cristiana-evangélica Testigo de Jehová Adventista Mormón Otra Ninguna |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|-----------------------------|---|
| Practicante | Persona que cumple los ritos y prácticas de una religión | Según la información de la participante | Cualitativa nominal | Muy practicante Poco practicante No practicante |
| Pareja | La relación de pareja es un vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas | Presencia de una relación sentimental con la persona en estudio | Cualitativa nominal | Si No |
| Tiempo de pareja sexualmente | Aquella persona con la que se puede tener un encuentro erótico y tipo de actividad sexual. | Periodo de tiempo referido por la participante | Cuantitativo Discontinua | <6 meses 6 a 12 meses >12 meses >2 años |
| Número de embarazos | Número de veces que ha estado en embarazo | Según la información de la participante | Cuantitativa discontinua | 0, 1, 2, 3, 4.... |
| Número de partos vaginales | Número de partos que ha tenido en su vida | Según la información de la participante | Cuantitativa discontinua | 0,1 ,2, 3, 4..... |
| Número de cesáreas | Número de cesáreas que ha tenido en su vida | Según la información de la participante | Cuantitativa discontinua | 0,1 ,2, 3, 4..... |
| Número de abortos | Número de abortos que ha tenido en su vida | Según la información de la participante | Cuantitativa discontinua | 0,1 ,2, 3, 4..... |
| Ingesta de Medicamento | Sustancia utilizada para el tratamiento o prevención de una enfermedad | Según la información del participante | Cualitativa nominal | Antidepresivos Ansiolíticos Antihipertensivos |

| | | | | Hormonales Tiroideos Otros |
|---|---|--|--------------------------|--|
| Fecha del ultimo parto o cesárea | Día, mes y año del ultimo parto o cesárea | Según la información del participante | Cuantitativa continua | Día, mes, año |
| Percepción sobre la Relación con su pareja | Nexo de amor que surge entre dos personas | Según la información del participante antes del embarazo y después | Cualitativa nominal | Satisfactoria Poco satisfactoria No satisfactoria |
| Consumo de sustancias | Conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático consistente en la ingesta (vía oral, inhalada o parenteral) de algún tipo de sustancia psicoactiva. | Según la información del participante | Cualitativa Nominal | Marihuana Cocaína Cigarrillo Bazuco Perico Otros No consume ninguna sustancia |
| Masturbación previo al embarazo | Estimulación de los órganos sexuales con el objeto de obtener placer | Realización de prácticas de masturbación previo al embarazo | Cualitativa nominal | Si No |
| Frecuencia de masturbación | La frecuencia de estimulación de los órganos sexuales con el objeto de obtener placer | Número de veces que la paciente refiere la práctica de masturbación previo al embarazo | Cuantitativa Continua | 1 vez al día 1 a 2 veces a la semana 3 a 5 veces a la semana Cada 15 días 1 vez al mes |

| | | | | |
|---|---|--|---------------------|---|
| | | | | Otra |
| Masturbación en el puerperio | Estimulación de los órganos sexuales con el objeto de obtener placer | Realización de prácticas de masturbación en el puerperio | Cualitativa nominal | Si No |
| Actividad sexual en el puerperio | Conjunto de acciones que producen excitación, placer erótico y gratificación del deseo. | Tipos de actividad sexuales practicados en el puerperio | Cualitativa Nominal | Masturbación Masturbación en pareja Penetración pene-vagina Sexo oral de su pareja a usted Sexo oral a su pareja Besos/Tocamientos |
| Sexo oral | Práctica sexual en la que se estimulan los órganos genitales, tanto como de un hombre o de una mujer con los labios, la boca y la lengua. | Según la información del participante | Cualitativa ordinal | Se evalúa en el tipo de actividad sexual en el puerperio. |
| Deseo sexual o interés sexual | Es un estado interno que mediatiza la existencia humana y nos impulsa a la búsqueda de contacto y la interacción sexual. | Según la información del participante antes del embarazo | Cualitativa ordinal | No tenía deseo 1 vez al día 1 a 2 veces a la semana 3 a 5 veces a la semana Cada 15 días 1 vez al mes |

| | | | | |
|--|--|---|--------------------------|--|
| | | | | Otra ¿cuál? |
| Grado de deseo o interés sexual | Nivel de interés sexual hacia la pareja, es individual y subjetivo. | Según la información del participante en el periodo posparto | Cualitativa ordinal | Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o ninguno |
| Satisfacción sexual | Es una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales. | Según la información del participante | Cualitativa ordinal | Muy satisfecha Moderadamente satisfecha Igual de satisfecha que de insatisfecha Algo (moderadamente) insatisfecha Muy insatisfecha |
| Frecuencia de relaciones sexuales | Cantidad de encuentros sexuales en periodo de tiempo específico | Número de relaciones sexuales coitales (penetración pene-vagina) antes del embarazo | Cualitativa ordinal | 1 vez al día 1 a 2 veces a la semana 3 a 5 veces a la semana Cada 15 días 1 vez al mes Otra ¿cuál? |
| Reinicio de relaciones sexuales | Tiempo transcurrido desde el nacimiento del recién nacido hasta la primera relación coital después del parto | Tiempo en días desde el nacimiento del recién nacido y la primera relación coital | Cuantitativa discontinua | 15 días 1 mes 2 meses 3 meses 6 meses No ha iniciado Otra ¿cuál? |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------|--|
| Frecuencia de relaciones sexuales en el puerperio | Cantidad de encuentros sexuales en periodo de tiempo específico | Número de relaciones sexuales coitales en el puerperio | Cualitativa ordinal | 1 vez al día 1 a 2 veces a la semana 3 a 5 veces a la semana Cada 15 días 1 vez al mes Otra ¿cuál? |
| Frecuencia de dolor o incomodidad durante o después de la relación sexual | Número de veces que experimenta dolor o incomodidad durante la relación sexual | Según la información del participante antes y después del parto | Cualitativa ordinal | No he intentado tener coito (penetración vaginal en las últimas 4 semanas Casi nunca o nunca Pocas veces A veces La mayoría de las veces Casi siempre o siempre |
| FSFI6 (Índice de función sexual femenina) | Escala que mide las fases de la respuesta sexual femenina | Calificación obtenida por la paciente en el índice de función sexual femenino | Cualitativa ordinal | Sin dato 1: normal 2: disfunción tipo excitación 3: disfunción tipo orgásmica 4: disfunción tipo dolor |
| Frecuencia de Orgasmo | Punto culminante o de mayor satisfacción de la excitación sexual | Número de veces de un orgasmo durante su vida | Cuantitativa | Siempre o casi siempre La mayoría de las veces |

| | | | | |
|---|---|---|---------------------|---|
| | en las zonas erógenas o sexuales. | | | A veces Pocas veces Casi nunca o nunca |
| Frecuencia de Orgasmo posterior al parto | Punto culminante o de mayor satisfacción de la excitación sexual en las zonas erógenas o sexuales. | Número de veces de un orgasmo posterior al parto | Cuantitativa | No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas Siempre o casi siempre La mayoría de las veces A veces Pocas veces Casi nunca o nunca |
| Mecanismo de presentación del orgasmo | Todos los diferentes estímulos sobre áreas erógenas que van desde la exploración y masturbación hasta las relaciones coitales. | Tipo de estimulación bajo la cual se presentó el orgasmo posterior al parto | Cualitativa ordinal | Masturbación, Estimulación en pareja, Relación coital, sexo oral |
| Excitación sexual | Primera parte de una respuesta sexual. En la mujer se dilata la vulva y se humedece la vagina (porque en sus paredes aumenta la | Presencia de lubricación sexual antes y posterior al parto | Cualitativa nominal | Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o ninguno No he tenido actividad sexual en las últimas 4 |

| | | | | |
|----------------------------|--|--|---------------------|--|
| | irrigación sanguínea). | | | semanas (Posterior al parto) |
| Lubricación vaginal | Se produce por la segregación del flujo vaginal, un líquido viscoso segregado por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina con diversos fines | La frecuente en que la paciente percibe humedad vaginal durante las relaciones sexuales (Pene-vagina) antes y después del parto. | Cualitativa nominal | Siempre o casi siempre La mayoría de las veces A veces Pocas veces Casi nunca o nunca No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas (posterior al parto) |
| Lactancia materna | Forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. | Según la información del participante | Cualitativa nominal | Si No |
| Imagen corporal | Consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que un individuo se ve y se imagina a sí mismo. | Según la información del participante | Cualitativa ordinal | Poco atractiva, Atractiva, Muy atractiva |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------|---|
| Estrés | Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal | Referencia sobre si el estrés durante el puerperio ha influido en su actividad sexual | Cualitativa nominal | Si No |
| Cansancio | Estado de cansancio físico provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal | Referencia sobre si el cansancio durante el puerperio ha influido en su actividad sexual | Cualitativa nominal | Si No |
| Atracción hacia la pareja | Capacidad de un individuo para atraer el interés sexual o erótico de otra persona | Según la información del participante | Cualitativa ordinal | Poco atractiva Atractiva Muy atractiva |
| Preocupación por nuevo embarazo | Temor o miedo a quedar embarazada o bien al nacimiento de los niños | Preocupación de quedar en estado de embarazo posterior al parto que influya en su actividad sexual | Cualitativa nominal | Si No |
| Tipo de parto | Forma en que culmina un embarazo y ocurre el nacimiento. | Tipo de parto | Cualitativa ordinal | Parto vaginal Parto vaginal + puntos en la vagina Cesárea Trabajo de parto vaginal y finalizo en cesárea |

Anexo 3. Instrumento parte 1

Gracias por aceptar hacer parte de la investigación “Conductas sexuales en el posparto de mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital Local del Norte en Bucaramanga, Santander”, cuyo objetivo del estudio es conocer las conductas sexuales de mujeres mayores de 18 años, atendidas en el Hospital Local del Norte. La encuesta que aparece a continuación es voluntaria, confidencial y sólo con fines investigativos. Ni su nombre, ni ningún elemento de identificación serán solicitados para garantizar la mayor confidencialidad. Los resultados de esta encuesta se darán a conocer sólo en forma de datos estadísticos sin ningún elemento para identificar a las participantes. Su participación es voluntaria y si desea de abstenerse en contestar algunas preguntas está en su derecho. Esperamos que sus respuestas sean lo más sinceras posibles para garantizar la credibilidad de los resultados. Si tiene dudas puede comunicarse con los Investigadores Principales: Vanessa Delgado Jaime: vdelgado@unab.edu.co, Celular 3016220209, Bernardo Useche Aldana: buseche@unab.edu.co , Rocío Guarín: rguarín@unab.edu.co.

Código _____

Fecha: _____ **Edad:** _____

1. ¿Cuál es su estado civil?
 - Soltera
 - Casada
 - Unión libre
 - Separada/divorciada
 - Viuda

2. ¿A qué se dedica actualmente?
 - Hogar
 - Empleada formal
 - Empleada informal
 - Desempleada
 - Pensionada

3. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?
 - No estudió
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Tecnología

- Universitario
4. ¿En qué estrato socioeconómico vive?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
5. ¿Qué régimen de seguridad social tiene?
- Subsidiado
 - Contributivo
 - No asegurado
6. ¿Actualmente tiene pareja sexual?
- Si
 - No
7. ¿Hace cuánto es su pareja sexualmente?
- <6 meses
 - 6 a 12 meses
 - >12 meses
 - >2 años
8. ¿Con que personas vive en su casa?
- Sus hijos y esposo
 - Hijos, esposo, padres (de su esposo o suyos)
 - Hijos, esposo, padres y hermanos
 - Solo con su esposo
 - Con sus padres
 - Sola
9. ¿Qué religión practica?
- Católica
 - Cristiana-evangélica
 - Testigo de Jehová
 - Adventista
 - Mormón
 - Otra _____
 - Ninguna
10. ¿Cómo se considera usted con respecto a su religión?
- Muy practicante
 - Poco practicante
 - No practicante

11. ¿Usted toma algún medicamento de los siguientes, en caso que su respuesta sea si, especifique cuál o cuáles?

| Medicamentos | Nombre | Dosis | Tiempo de uso |
|---|--------|-------|---------------|
| Antidepresivos (Controlar y tratar la depresión) | | | |
| Ansiolíticos (Controlar ansiedad) | | | |
| Antihipertensivos (Controlar la tensión arterial) | | | |
| Hormonales | | | |
| Tiroideos (Controlar la tiroides) | | | |
| Otros | | | |

12. ¿Usted consume algún tipo de sustancias recreativas, en caso que su respuesta sea si, especifique cuál o cuáles?

- Marihuana
- Cocaína
- Cigarrillo
- Bazuco
- Perico
- Otros ¿Cuál? _____
- No consume ninguna sustancia

13. ¿Cuántos embarazos ha tenido? (Incluido el actual)

- 0 1 2 3 4 5 > 5

Explique cuantos por vía vaginal _____ y/o Cesárea _____ y/o Abortos _____

14. Fecha del último parto: Día _____ Mes _____ Año _____

15. El nacimiento de su último hijo fue por:

- Parto vaginal
- Parto vaginal + puntos en la vagina
- Cesárea
- Trabajo de parto vaginal y finalizo en cesárea

Las preguntas que se realizarán a continuación, es con respecto a sus prácticas y conductas sexuales antes de quedar embarazada.

16. ¿Con qué frecuencia tenía relaciones con penetración pene-vagina?

- 1 vez al día
- 1 a 2 veces a la semana
- 3 a 5 veces a la semana

- Cada 15 días
- 1 vez al mes
- Otra ¿cuál? _____

17. ¿Usted se ha masturbado (Tocarse y estimularse los genitales para lograr placer)? (Si su respuesta es negativa pase a la pregunta 20)

- Si
- No

18. ¿Con que frecuencia se masturbaba antes de quedar embarazada?

- 1 vez al día
- 1 a 2 veces a la semana
- 3 a 5 veces a la semana
- Cada 15 días
- 1 vez al mes
- Otra ¿cuál? _____

19. ¿Cuándo se masturbaba llega hasta el orgasmo?

- Si
- No

20. ¿Con que frecuencia usted tenía deseos sexuales o interés sexual?

- No tenía deseo
- 1 vez al día
- 1 a 2 veces a la semana
- 3 a 5 veces a la semana
- Cada 15 días
- 1 vez al mes
- Otra ¿cuál? _____

21. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual (penetración pene-vagina)?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o ninguno

22. ¿Con qué frecuencia sintió la vagina húmeda o mojada durante la relación sexual (penetración pene-vagina)?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)

- Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
23. ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o penetración pene- vagina?
- Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
24. ¿Qué tan satisfecha se había sentido con su actividad sexual?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Igual de satisfecha que de insatisfecha
 - Algo insatisfecha
 - Muy insatisfecha
25. ¿Con qué frecuencia notaba molestia o dolor vaginal con la penetración pene- vagina?
- No he intentado tener coito
 - Casi nunca o nunca
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi siempre o siempre
26. ¿Cómo cree que era su relación en general con su pareja?
- Satisfactoria
 - Poco satisfactoria
 - No satisfactoria
27. ¿Cómo se sentía con respecto a su cuerpo o imagen corporal?
- Poco atractiva
 - Atractiva
 - Muy atractiva

Anexo 3. Instrumento parte 2

Gracias por continuar con su participación en el estudio “Conductas sexuales en el posparto de mujeres mayores de 18 años atendidas en el Hospital Local del Norte en Bucaramanga, Santander”. Su participación es voluntaria y si desea de abstenerse en contestar algunas preguntas está en su derecho. Esperamos que sus respuestas sean lo más sinceras posibles para garantizar la credibilidad de los resultados. Si tiene dudas puede comunicarse con los

Investigadores Principales: Vanessa Delgado Jaime: vdelgado@unab.edu.co, Celular 3016220209, Bernardo Useche Aldana: buseche@unab.edu.co , Rocío Guarín: rguarín@unab.edu.co.

Código _____

Fecha: _____ Edad: _____

1. Después de tener a su hijo ¿ha realizado alguna actividad sexual? (Si su respuesta es No pase a la pregunta 12)
 - Si
 - No

2. ¿Cuál de las siguientes actividades sexuales ha realizado y explique cuál reinicio primero? (Puede marcar varias opciones)
 - Masturbación
 - Masturbación en pareja
 - Penetración pene-vagina
 - Sexo oral de su pareja a usted
 - Sexo oral a su pareja
 - Besos/Tocamientos

3. ¿Después de tener a su hijo al cuanto tiempo reinicio las relaciones sexuales (pene-vagina)?
 - 15 días
 - 1 mes
 - 2 meses
 - 3 meses
 - 6 meses
 - No ha iniciado
 - Otra ¿cuál? _____

4. ¿Después de tener a su hijo con qué frecuencia tiene relaciones sexuales pene-vagina?
 - 1 vez al día
 - 1 a 2 veces a la semana
 - 3 a 5 veces a la semana
 - Cada 15 días
 - 1 vez al mes
 - Otra ¿cuál? _____

5. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual durante las últimas 4 semanas?
 - Muy alto

- Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o ninguno
6. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual (penetración pene-vagina) en las últimas 4 semanas?
- No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o ninguno
7. ¿Con qué frecuencia se lubricó (notar más secreción genital) durante la relación sexual (penetración pene-vagina) en las últimas 4 semanas?
- No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
8. ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o penetración pene- vagina?
- No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
9. Cuando ha tenido orgasmos lo logra por medio de: (Puede marcar varias opciones)
- Masturbación
 - Estimulación en pareja
 - Relación coital (penetración pene-vagina)
 - sexo oral
10. ¿Qué tan satisfecha se ha sentido con su actividad sexual luego de haber tenido a su hijo?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Igual de satisfecha que de insatisfecha
 - Algo insatisfecha
 - Muy insatisfecha

11. ¿Con qué frecuencia ha notado molestia o dolor vaginal con la penetración en las últimas 4 semanas?
- No he intentado tener coito (penetración vaginal en las últimas 4 semanas)
 - Casi nunca o nunca
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi siempre o siempre
12. ¿Se encuentra lactando a su hijo?
- Si
 - No ¿Por qué? _____
13. ¿Cómo se siente después del parto respecto a su cuerpo o imagen corporal?
- Poco atractiva
 - Atractiva
 - Muy atractiva
14. ¿Después del parto se ha sentido muy cansada, agotada?
- Si
 - No
15. ¿Después del parto ha sentido estrés o se siente muy estresada por la nueva etapa de ser madre?
- Si
 - No
16. ¿Cómo le parece su pareja ahora, después del parto?
- Poco atractiva
 - Atractiva
 - Muy atractiva
17. ¿Cómo cree que es su relación con su pareja, ahora?
- Buena
 - Regular
 - Mala
18. ¿En este momento siente miedo de quedar otra vez embarazada?
- Si ¿Por qué? _____
 - No

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 4. Protocolo de reclutamiento



| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------|-------|----|----------|-------------------|-------------------|
| Vanessa Delgado Jaime | Médica | Investigadora principal | 10H/S | 36 | 0 | 1.600.000 | 1.600.000 |
| Bernardo Useche Aldana | Psicólogo Doctorado en sexualidad humana y salud pública | Director | 6H/M | 36 | 0 | 1.200.000 | 1.200.000 |
| Rocío Guarín Serrano | Especialista en ginecología y obstetricia Magister en salud sexual y sexología clínica | Codirectora | 3H/S | 36 | 0 | 20.808.521 | 20.808.521 |
| Yeny Zulay Castellanos | Bacterióloga Magister en epidemiología Especialista en auditoría en salud | Asesora epidemiológica | 2H/S | 6 | 0 | 2.142.732 | 2.142.732 |
| TOTAL | | | | | 0 | 25.751.253 | 25.751.253 |

Descripción y cuantificación de los equipos y software de uso (en miles de \$)

| EQUIPOS – SOFTWARE | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | TOTAL |
|---------------------------|-----------------|-----------------------|------------------|
| Computador | 1 | 2.500.000 | 2.500.000 |
| Impresora/scaner | 1 | 800.000 | 800.000 |
| TOTAL | | | 3.300.000 |

Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)

| LUGAR DEL VIAJE (Ciudad) | JUSTIFICACIÓN | PASAJES (\$) | ESTADIA (\$) | | | TOTAL |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | | | | EFFECTIVO | ESPECI E | |
| Congreso nacional | Presentación de resultados | 700.000 | 564.000 | 1,264.000 | 0 | 1,264.000 |
| TOTAL | | | | | | |
| | | | | 1.264.000 | 0 | 1.264.000 |

Valoración salida de campo (en miles de \$)

| ITEM | COSTA UNITARIO | # | TOTAL |
|---|-----------------------|----------|------------------|
| Trasporte local para recolección de datos en el Hospital Local del Norte | 30.000 | 150 | 4.500.000 |
| TOTAL | | | 4.500.000 |

Materiales, Suministros y Bibliografía (en miles \$)

| MATERIALES | JUSTIFICACION | VALOR |
|---|--|----------------|
| Fotocopias de encuestas y consentimientos informados | Encuestas necesarias para la recolección de los datos de los pacientes que intervienen en el estudio | 330.000 |

| | | |
|--------------|---|----------------|
| | Legajadores AZ, lapiceros y resmas de papel, para la recolección de datos e impresión del estudio | 50.000 |
| TOTAL | | 380.000 |

Servicios técnicos (en miles de \$)

| TIPO DE SERVICIO | CLASE DE ACTIVIDAD | TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD | VALOR |
|------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Técnico 1 | Aplicación de encuesta | 9 meses | 810.000 |
| Técnico 2 | Digitación de la información | 4 meses | 500.000 |
| TOTAL | | | 1.310.000 |

Publicaciones y Patentes (en miles de \$)

| TIPO DE PUBLICACION Y PATENTE | MEDIO AUDIOVISUAL GRAFICO ESCRITO | VALOR |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Revista indexada Nacional | Escrito | 200.000 |
| Poster | Escrito | 100.000 |
| TOTAL | | 300.000 |

Anexo 7. Análisis bivariado entre la disfunción sexual y variables sociodemográficas

| Variable | Disfunción sexual N*(%) | | Valor de p |
|----------------------------------|-------------------------|-----------|------------|
| | No | Si | |
| Estado civil | | | |
| Soltera | 11(47,8) | 12(52,2) | 0,364 |
| Casada/ Unión libre | 76(36,4) | 133(63,6) | |
| Ocupación | | | |
| Empleada formal/no formal | 12(50) | 12(50) | 0,189 |
| Hogar/desempleada | 75(36) | 133 (64) | |
| Nivel de escolaridad | | | |
| Universitaria/tecnóloga | 43(35,3) | 79(64,8) | 0,657 |
| Bachillerato | 28(36,8) | 48(63,2) | |

| | | | |
|-----------------------------|----------|-----------|-------|
| Primaria | 10(47,6) | 11(52,4) | |
| Ninguna | 6(46,2) | 7(53,8) | |
| Nivel socioeconómico | | | |
| 1-2 | 81(38,0) | 132(62,0) | 0,578 |
| 3-4 | 6(31,6) | 13(68,4) | |
| Seguridad social | | | |
| Subsidiado | 71(36) | 126(64) | 0,532 |
| Contributivo | 6(42,9) | 8(57,1) | |
| No asegurado | 10(47,6) | 11(52,4) | |
| Religión | | | |
| Católica | 51(37,8) | 84(62,2) | 0,152 |
| Cristiana-evangélica | 28(44,4) | 35(55,6) | |
| Testigo de Jehová | 0 | 2(100) | |
| Adventista | 0 | 4(100) | |
| Mormón | 1(100) | 0 | |
| Ninguna | 7(26) | 20(74) | |
| Edad | | | |
| < 30 años | 70(38,7) | 111(61,3) | 0,487 |
| ≥30 años | 17(33,3) | 34(66,7) | |

*N(%) = Número (porcentaje)

Anexo 8. Análisis bivariado entre la disfunción sexual y variables ginecoobstétricas

| Variable | Disfunción sexual N*(%) | | Valor de p |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------|------------|
| | No | Si | |
| Paridad | | | |
| Primípara | 31(45,6) | 37(54,4) | 0,101 |
| Múltipara | 56(34,2) | 108(65,8) | |
| Vía del parto del último hijo | | | |
| Parto vaginal | 46(38) | 75(62) | 0,865 |
| Cesárea | 41(36,9) | 70(63,1) | |

*N(%) = Número (porcentaje)

Anexo 9. Análisis bivariado entre la disfunción sexual y factores asociados al posparto

| Variable | Disfunción sexual N*(%) | | Valor de p |
|----------------------------------|-------------------------|-----------|------------|
| | No | Si | |
| Relación de pareja | | | |
| Satisfactoria | 74(38,3) | 119(61,7) | 0,556 |
| Poco o nada satisfactoria | 13(33,3) | 26(66,7) | |
| Autoimagen corporal | | | |
| Poco atractiva | 22(34,4) | 42(65,6) | 0,544 |
| Atractiva | 65(38,7) | 103(61,3) | |
| Lactancia materna | | | |
| Si | 83(39,2) | 129(60,8) | 0,091 |
| No | 4(20) | 16(80) | |

| <i>Cansancio /Agotamiento después del parto</i> | | | |
|--|----------|-----------|-------|
| Si | 49(43,4) | 64(56,6) | 0,072 |
| No | 38(32) | 81(68) | |
| <i>Reinicio de la actividad sexual</i> | | | |
| <3 meses | 55(40,1) | 82(59,9) | 0,317 |
| 3 a 6 meses | 32(33,7) | 63(66,3) | |
| <i>Uso de sustancias recreativas</i> | | | |
| Si | 1(100) | 0 | 0,196 |
| No | 86(37,2) | 145(62,8) | |
| <i>Uso de medicamentos</i> | | | |
| Si | 2(66,7) | 1(33,3) | 0,316 |
| No | 85(37,1) | 144(62,9) | |
| <i>Estrés del rol de ser madre</i> | | | |
| Si | 32(42,7) | 43(57,3) | 0,261 |
| No | 55(35) | 102(65) | |

*N(%) = Número (porcentaje)

14. Referencias bibliográficas

1. Gómez Cantarino S, Moreno Preciado. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de Cuidados*. 2012. 33: 67-74.
2. Bahamondes C et al. Mitos y creencias sobre sexualidad en embarazo y puerperio. 2012. En: <http://www.buenastareas.com/ensayos/mitos-sobre-sexualidad-en-embarazo-y/6609077.html>
3. Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. En <http://www.aeem.es/noticias/103>.
4. Laviña Ab; Carreras V; Campos I. La sexualidad después de tener un hijo. *Rev Anal Cienc Salud*. 2007; 10:79-94.
5. Márquez Carrasco AM. Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. *Biblioteca Lascasas*, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.php>
6. Rodríguez, F.M. La sexualidad en el embarazo y el puerperio. AEEM. Consultado [7/11/2013] Disponible en: www.aeem.es/noticias/103.pdf
7. Navarro-Gil Celia, Gomez-Mariñeralean C. Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina Naturista*.2016; 10(1): 28-33.
8. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jan-Feb; 31(1):1-20.
9. Meston, C. M., & Derogatis, L. R. Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002;28(Suppl. 1):155–164.
10. López Sánchez F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. *Historia de la sexualidad*. Sao Paulo: Verbo Divino. 1989
11. Cabello F. S. *Manual de Sexología y Terapia Sexual*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.; 2010.
12. Rejane N, Rosa DM. La sexualidad en el puerperio: la experiencia de un grupo de mujeres. *Rev Esc enferm USP*.2010; 44(4).
13. Brelis R. Taller: la sexualidad después del parto. En el libro de memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2011: 50-3.

14. Ortiz M; García S; Coldeforns M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Rev Matonas Prof.* 2010; 11(2): 45-52.
15. Olson A, et al. Women's thought about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Rev Scand J Caring Sci.*2005; 19(4):381-7.
16. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Rev J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012; 33(4): 185-90.
17. Martínez JM. Influencia de la episiotomía vs desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. *Rev Nure Inv.*2009; 6 (43):8 pantallas.
18. Martínez Royert J, Pereira Peñate M. Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampués y San Onofre. *Salud Uninorte.* 2016; 32 (1): 84-94
19. Centro de estudios de la construcción y el desarrollo urbano y regional. Boletín estadístico-Contexto sectorial. Bucaramanga- Santander. 2016; 15
20. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health. Postpartum Care of the Mother and the Newborn: a practical guide. Ginebra: World Health Organization; 1998. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66439/1/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf
21. Herráiz I, Martínez-Lara A, Sanfrutos L, Arbués J. Concepto y límites del puerperio. Mutaciones anatómicas. Clínica y asistencial al puerperio. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT. Editors. *Fundamentos de Obstetricia.* Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; c2007. p. 377-83.
22. Demyttenaere K, Gheldof M, Van Assche A. Sexuality in the postpartum period: a review. *Curr Obstet Gynaecol.* 1995; 5: 81-4.
23. Ministerio de Salud y protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. Ministerio de Salud y protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y protección Social. Política Nacional de Sexualidad; 2015.
24. Masters W, Johnson V. Kolondy R. *La sexualidad humana.* Barcelona: Grijalbo. 1996

25. Giallo R, Rose N, Vittorino R. Fatigue, wellbeing and parenting in mothers of infants and toddlers with sleep problems. *J Reprod Infant Psychol* 2011; 29:236–49.
26. World Health Organization. Definition of sexual health. 2006.
27. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et. al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163:888–93.
28. Zapata Boluda R, Gutierrez Izquierdo M. Salud sexual y reproductiva. Almeria: Universidad de Almeria; 2016
29. Castelo-Branco C. Sexualidad Humana: Una aproximación Integral. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
30. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl.* 2007;5(1):11-21
31. Mas M. Cerebro, emoción y la respuesta sexual humana. En: Mora F, editor. *El cerebro sintiente*. Barcelona: Ariel; 2000. p. 77-111.
32. Master W, Jonhson V. *Respuesta Sexual Humana*. Buenos Aires: Interamericana; 1981.
33. Abdool Z, Thakar R, Sultan A. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009; 145: 133-137.
34. Hipp L, Low L, van Anders S. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational and birth-related contextual factors. *J Sex Med.* 2012; 9: 2330-2341. = 12
35. Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52 (04) 675-681
36. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010; 7 (1 Pt 2): 314-326
37. Holly A, Rebecca NT. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009>.
38. Kratochvíl S. [Vaginal contractions in female orgasm]. *Cesk Psychiatr* 1994; 90 (01) 28-33

39. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 2004; 1 (01) 66-68
40. Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers R. , et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci* 2006; 24 (11) 3305-3316
41. Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J Sex Med* 2010; 7 (09) 3080-3087
42. Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther* 1978; 4 (03) 177-185
43. Basson R. Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001; 27: 33–43.
44. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999; 47(1): 27-49.
45. Conolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J*. 2005; 16(4): 263-267.
46. Testut L, Latarjet A. *Tratado de anatomía humana*. Vol. 4. 9.a ed. Barcelona: Salvat; 1984.
47. Deliganis AV, Maravilla KE, Heiman JR, Carter WO, Garland PA, Peterson BT, et al. Female genitalia: dynamic MR imaging with use of MS-325. Initial experiences evaluating female sexual response. *Radiology*. 2002;225:791-9.
48. Gorodeski GI. Estrogen biphasic regulation of paracellular permeability of cultured human vaginal-cervical epithelia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86:4233-43.
49. Levin RJ. The physiology of sexual arousal in the human females: a recreational and procreational synthesis. *Arch Sex Behav*. 2002; 31:405-11.
50. Exton MS, Bindert A, Krüger T, Scheller F, Hasrtmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosomatic Med*. 1999;61:280-90.
51. Carmichael MS, Warburton VL, Dixen J, Davidson JM. Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Arch Sex Behav*. 1994;23:59-79.

52. Komisaruk BR, Whipple B. The suppression of pain by genital stimulation in females. *Annu Rev Sex Res.* 1995;6:151-86.
53. Levin RJ. Measuring female genital functions—A research essential but still a clinical luxury? *Sex Relationship Ther.* 2004;19:191-200.
- 54 Mas M, Fumero B, Pérez-Rodríguez I, González-Mora JL. The neurochemistry of sexual satiety. An experimental model of inhibited desire. En: Bancroft J, editor. *The pharmacology of sexual function and dysfunction.* Ámsterdam: Elsevier; 1995. p. 115-26.
55. Useche B, Ross M. *Public Health Perspectives in Sexual Health.* En: Tepper, M. and Owens, A. Eds. *Sexual Health.* Vol.3 Westport, Connecticut; London: Praeger; 2007. p. 1-22.
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC: Author; 2013.
57. Rubio Eusebio. *Lo que todo clínico debe saber de sexología.* México, DF: Edición y Farmacia SA de CV; 2014
58. Muñoz D Andrea Del Pilar, Camacho L Paul Anthony. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Mar 25]; 81(3): 168-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es
59. Bechara A. *Disfuncion sexual femenina.* [Tesis de Doctorado] Argentina: Universidad de Argentina. Facultad de Medicina; 2004
60. Graziottin A. Classification, etiology, and key issues in female sexual disorders en standard practice in sexual medicine. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2006; p:305-307
61. Labrador, FJ. (1994). "Disfunciones sexuales". Madrid. UNED. Fundación Universidad-Empresa.
62. Hayes R, Dennerstein L, Bennett C, Fairley C. What is the "True" Prevalence of Female Sexual Dysfunctions and Does the Way We Assess These Conditions Have an Impact?. *J Sex Med* 2008; 5:777–787.
63. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2000; 26(1):51-65

64. Becerra A. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia médicas UIS revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. MÉD UIS. 2015; 28(3):267-72.
65. Rathus S, Nevid J, Fichner L. Sexualidad humana. 6.a edición. PEARSON EDUCACIÓN, S.A., Madrid, 2005 ISBN: 84-205-4524-4
66. Rejane Salim N, Matos Araújo N, Rosa Gualda DM. Cuerpo y sexualidad: experiencias de púerperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010. 18(4): 732-739.
67. Soria Becerril BC. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Universida de Almería. Trabajo fin de Master.
68. Organización Panamericana de la Salud. La Atención Prenatal, Parto. Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo, 2009. Disponible en: www.paho.org.
69. Ramos Morcillo AJ, Rodríguez, Castilla F, Jordán Valenzuela M. Cuidados en el puerperio normal. Disponible en línea en: <https://www.logoss.net/file/409/download?token=YJHs7Pcz>
70. Sánchez S, Casado ME. Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996.
71. Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after childbirth. Obstet Gynecol 2003; 102:1318–25.
72. Hames CT. Sexual needs and interests of postpartum couples. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1980; 9:313–5.
73. Grudzinskas JG, Atkinson L. Sexual function during the puerperium. Arch Sex Behav 1984; 13:85–91.
74. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—A prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 137:152–6.
75. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. 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.

76. Blümel M Juan Enrique, Binfa E Lorena, Cataldo A Paulina, Carrasco V Alejandra, Izaguirre L Humberto, Sarrá C Salvador. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2004 [citado 2017 Mar 5]; 69(2): 118-125. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=es.
77. Chedraui P, Pérez-López FR, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, Miranda O, et al. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas* 2012; 71:407-12.
78. Kahramanoglu I et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 295 (4): 907-916.
79. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 42–46.
80. Yee L, Kaimal A, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health.* 2013; 58(6): 654-661.
81. Enderle C, Kerber N, Lunardi V, Nobre C, Mattos L, Rodrigues E. Condicionantes y/o determinantes del retorno de la actividad sexual en el puerperio. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013; 21(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf
82. Acele E, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs.* 2014; 21: 929-37.
83. Sok C et al. Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *J MidwiferyWomens Health.* 2016; 61: 158–165.
84. Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midw.* 2008; 24: 99-107.
85. Kumar R, Brant H, Robson K. Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae. *J Psychosom Res.* 1981; 25(5): 373-383.
86. Reamy K, White S. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav.* 1987; 16(2): 165-86.

87. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 401-6.
88. Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *International Journal of Impotence Research.* 2015; 27: 118–120.
89. Pavlina Necesalova et al. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2016
90. Alum A et al. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among postnatal women in Uganda. *Reproductive Health.* 2015; 12: 107.
91. Signorello L, Harlow B, Chekos A, Repke J. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184(5): 881-888
92. Van Brummen H, Bruinse H, van de Pol G, van der Vaart C. Which factors determinate the sexual function 1 year after childbirth? *BOAJ.* 2006; 113: 914-918.
93. Solano-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Pública.* 2008; 23(1):44-51.
94. Ministerio de Salud. Resolución N^o 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. p. 1- 12.
95. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28 Suppl 1:155-64.
96. Pablo Vallejo-Medina¹. Claudia Pérez-Durán¹.Alejandro Saavedra-Roa¹. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). 2017.

97. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, et al. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7:1139-46.
98. Yekta ZP, Raisi F, Ebadi A, Shahvari Z. Sexual Satisfaction Concept Analysis in Iranian Married Women : A Hybrid Model Study.2015; 7(6):345–53.
99. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Pormehr Yabandeh A, Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol.*BMC* 2019 8:161
100. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study) *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):196.
101. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(4):409–418
102. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. *Malays J Med Sci*. 2017;24(1):94–103
103. Espitia De La Hoz F. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2018; 69:9-21
104. Shirvani Ma, Nesami M, Bavand M. Maternal Sexuality After Child Birth Among Iranian Women. *Pakistan Journal Of Biological Science*. 2010; 13: 385-389.
105. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med* 2019; 8:8e13.
106. Marjan Khajehei, Maryanne Doherty, P.J. Matt Tilley, Kay Sauer. Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12:6.
107. Maamri A, Badri T, Boujemla H, El Kissi Y. Sexuality during the postpartum period: study of a population of Tunisian women. *Tunis Med*. 2019 May;97(5):704-710. PMID: 31729744

108. Alzate, H., Useche, B., & Villegas, M. (1989). Heart Rate Change as Evidence for Vaginally Elicited Orgasm and Orgasm Intensity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2(4), 345–357. Doi: 10.1177/107906328900200405

109. Tiefer, Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of "The Human Sexual response Cycle" model January 1991 *Annual Review of Sex Research* 2:1-23