



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No 3
“DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”**

TESIS:

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES
EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN LA UMAE HOSPITAL DE
GINECO OBSTETRICIA NO. 3 “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS
REYES SÁNCHEZ” DEL CMN “LA RAZA”
NÚMERO DE REGISTRO: R-2021-3504-029**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA FLORES MOLINA

INVESTIGADOR RESPONSABLE (TUTOR):

DR. FELIPE DE JESÚS COMPEÁN BÁEZ

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

**DR. VÍCTOR SAÚL VITAL REYES
DR. EDGAR MENDOZA REYES**

CIUDAD DE MÉXICO SEPTIEMBRE 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES
EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN LA UMAE HOSPITAL DE
GINECO OBSTETRICIA NO. 3 “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS
REYES SÁNCHEZ” DEL CMN “LA RAZA”
NÚMERO DE REGISTRO: R-2021-3504-029**

**DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN LA SALUD**

**DR. VERONICA QUINCANA ROMERO
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DR. JUAN ANTONIO GARCIA BELLO
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**DR. FELIPE DE JESÚS COMPEÁN BÁEZ
INVESTIGADOR RESPONSABLE (TUTOR)**

DICTAMEN DE APROBACIÓN

7/10/2021

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3504

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 002 136

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 009 2018072

FECHA Jueves, 07 de octubre de 2021

Dr. FELIPE DE JESUS COMPEAN BAEZ

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 "DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ" DEL CMN "LA RAZA"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3504-029

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Rosa María Aza Herrera
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INVESTIGADOR RESPONSABLE

1.- Nombre: Dr. Felipe de Jesús Compeán Báez

Área de adscripción: Servicio de Biología de la Reproducción

Domicilio: Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza
Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.

Teléfono: 57245900 extensión 23719

Correo electrónico: dr.compean11@gmail.com

Matrícula IMSS 98360893

INVESTIGADOR(ES) ASOCIADO(S)

1.- Nombre: Dr. Víctor Saúl Vital Reyes

Área de adscripción: Servicio de Biología de la Reproducción

Domicilio: Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza
Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.

Teléfono: 57245900 extensión 23719

Correo electrónico: vitalito23@hotmail.com

Matrícula IMSS 6020518

2.- Nombre: Dr. Edgar Mendoza Reyes

Área de adscripción: Servicio de Perinatología

Domicilio: Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza
Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.

Teléfono: 57245900 extensión 23707

Correo electrónico: edgar.mendozare@imss.gob.mx

Matrícula IMSS 11494794

3.- Nombre: Dra. María Teresa Flores Molina

Área de adscripción: Dirección de Educación e Investigación en Salud de la
UMAE

Domicilio: Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La
Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP
02990.

Teléfono: 5580371485

Correo electrónico: terefm11@gmail.com

Matrícula IMSS 97163012

UNIDADES Y DEPARTAMENTOS DONDE SE REALIZARÁ EL PROYECTO

Unidad:	UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza". Ciudad de México
Delegación:	Norte DF
Dirección:	Calz. Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.
Ciudad:	Ciudad de México
Teléfono	55-57-24-59-00

DEDICATORIA

Principalmente agradezco a mi papá, Enrique Flores, que siempre creyó en mis sueños y en mis metas sin él y sin su amor no hubiera logrado lo que hasta ahora, gracias por haber estado en mi vida y aunque, quizás no me veas graduarme de verdad eres el amor mas grande que he tenido en el mundo entero, algún día nos volveremos a ver, te amo por siempre.

A mi novio, Edgar Flores, quién siempre confía y cree en mi y que me ha ayudado mucho en todo mi tiempo de la residencia, gracias por cuidarme y por hacerme mejor persona todos los días.

A mis hermanos, Oscar y Emilio, que siempre me reconfortaban con sus palabras para que continuara en este camino.

A mi tutor, Dr. Compeán, que siempre me ayudo con mi tesis y que siempre me daba ánimos para seguir.

A mis amigos que conocí en la residencia por siempre darme alegrías durante el camino tan difícil que es la residencia, sobre todo a Maggy y Emilia, que siempre estuvieron ahí cuando lo necesite.

ÍNDICE

APARTADO		PÁGINA
Resumen		10
Marco Teórico		12
Planteamiento del problema		19
Pregunta de investigación		19
Justificación		20
Objetivo		21
Hipótesis		21
Material y métodos		22
	Diseño del estudio	22
	Lugar donde se desarrolló	22
	Universo de trabajo	22
	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	22
	Descripción general del estudio	23
	Aspectos estadísticos (incluido el tamaño de muestra)	25
	Variables	27
Aspectos éticos		30
Recursos, financiamiento y factibilidad		33
Cronograma de actividades		37
Resultados		38
Discusión		44
Conclusión		49

Referencias bibliográficas	50	
Anexos	54	
	Consentimiento informado	54
	Hoja de recolección de datos	60
	Cuestionario	61

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Siglas	Significado
IFSF	Índice de función sexual femenina
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
DSF	Disfunción sexual femenina
OMS	Organización mundial de la salud
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IC	Intervalo de confianza
CIE	Clasificación internacional de enfermedades

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ” DEL CMN “LA RAZA”

Dr. Felipe de Jesús Compeán Báez; Dr. Víctor Saúl Vital Reyes; Dr. Edgar Mendoza Reyes; Dra. María Teresa Flores Molina

RESUMEN

Antecedentes: La disfunción sexual femenina es un trastorno en donde existe cambio en el comportamiento sexual habitual de la mujer embarazada; en el cual disminuyen o incluso desaparecen los pensamientos y fantasías sexuales, posponen o evitan las relaciones sexuales y existe incapacidad para disfrutar el acto sexual y se presenta entre el 22% a 43% de la población en general.

Objetivo: Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre en la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, en pacientes embarazadas del segundo trimestre que acudieron a consulta externa de perinatología en la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”, en un periodo de 6 meses, que cumplían con los criterios de inclusión (Edad de 20 a 45 años, sexualmente activas, estado civil: Casada, soltera, unión libre, cursando embarazos del segundo trimestre con o sin enfermedades crónico-degenerativas). La variable que se estudio fue la disfunción sexual femenina, la cual fue determinada mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Además, se consideraron las variables de escolaridad, estado civil, número de gestas y vía de resolución de embarazo.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo, las variables cualitativas se utilizaron en frecuencias y proporciones y para las cuantitativas medias con desviación estándar e intervalos según su distribución. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 22.0.

RESULTADOS: De las 588 mujeres que participaron en el estudio, la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre fue del 64.8% determinado por el IFSF <26.55 ($n=381$), 35.2% de las mujeres no mostraron alteración. La alteración más frecuente de los dominios en mujeres con disfunción sexual fue el deseo alterado en 351 mujeres (59.1%), seguido del orgasmo (54.6%, $n=321$), satisfacción (51.4%, $n=302$), excitación (46.4%, $n=273$) y la menos frecuente fue la lubricación (42.9%, $n=252$). Los factores de riesgo sociodemográficos encontrados en este estudio que fueron los más frecuentes para disfunción sexual femenina son el nivel de escolaridad básico y estado civil (solteras con vida sexual activa). En lo que respecta a las características ginecológicas, en ambos grupos la frecuencia de mujeres multíparas fue más alta respecto a las primigestas. La media de partos fue de 2 (mínimo 1 y máximo 7 partos), en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre fue de 64.8% siendo más alta que la reportada por Sánchez y colaboradores en 2005 en población mexicana (52%). La alteración más frecuente de los dominios fue el deseo alterado, seguido del orgasmo, satisfacción, excitación y la menos frecuente fue la lubricación.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, Disfunción sexual femenina, IFSF, embarazo.

MARCO TEÓRICO

Aproximadamente el 43% de las mujeres estadounidenses informan tener problemas sexuales y el 12% consideran que este problema es tan molesto que conduce a angustia personal. La prevalencia de disfunción sexual femenina aumenta a lo largo de la edad, desde aproximadamente el 10% en las mujeres entre 18 a 44 años hasta un 15% entre las mujeres de 45 a 64 años, y luego vuelve a disminuir en la vejez hasta aproximadamente el 9% entre las mujeres de 65-85 años.¹

De acuerdo con el género es mucho más frecuente en las mujeres en un 43% con relación a los hombres 31%, además se asocia a una menor edad, nivel educativo más bajo y estado civil soltera.²

Dentro de los factores de riesgo para disfunción sexual femenina suelen ser la manifestación de “problemas biológicos o de conflictos intrapsíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores”. También existe influencia del estrés, trastornos emocionales, o simplemente el poco conocimiento de la función y fisiología sexual. La disfunción puede ser de toda la vida o adquirida, generalizada o situacional (limitada a una pareja o situación) y progresiva. También se debe considerar que las disfunciones sexuales pueden tener un origen multifactorial que afecten e influyan en las diferentes fases del ciclo de respuesta sexual.³

El consenso internacional efectuado en los Estados Unidos (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications) estableció una nueva clasificación para los problemas de disfunción sexual femenina, en la cual se mantuvo las cuatro áreas básicas y se agregó los factores de lubricación y satisfacción, ya que existen mujeres que no tienen orgasmos y sí tienen satisfacción en la actividad sexual. Con estos elementos se desarrolló el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), que actualmente se considera como el patrón de oro para estudiar los problemas de disfunción sexual, este se describirá en párrafos posteriores del marco teórico.⁴

Es de suma importancia el estudio de la disfunción sexual femenina, debido a que en México existen muy pocas investigaciones que estudien su prevalencia y no

existen reportes epidemiológicos en embarazadas, por lo que es relevante conocer las implicaciones de esta patología en mujeres gestantes.

El embarazo es un periodo favorable para la aparición o empeoramiento de problemas sexuales preexistentes, los cuales pueden afectar negativamente la relación en pareja. Las diferencias culturales y mitos sobre la actividad sexual, también son otros factores que contribuyen a la alteración en la respuesta sexual durante el embarazo. A su vez, el orgasmo cursa con un pico de oxitocina, lo cual estimula las fibras uterinas, y aunque insuficiente para inducir el parto, causa inseguridad en las parejas. Adicional a ello, el temor de causarle daños al feto, y de sangrado poscoital disminuye la frecuencia del acto sexual. Estos mitos, propios de cada cultura, son responsables de algunas conductas en la actividad sexual de las mujeres gestantes.⁵

La actividad sexual reducida y los problemas en cuanto a disfunción sexual son muy frecuentes en el período perinatal y se asocian independientemente con varios factores de riesgo. Para el tercer trimestre, entre el 83 y el 100% de las primigestas informan una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y estudios recientes informaron altas tasas de disfunción sexual femenina por encima del 60% con respecto al primer año posparto.⁶

El control prenatal es un momento donde la disfunción sexual se puede abordar; de acuerdo con la revisión de la literatura, es en este momento donde nos podemos dar cuenta si la mujer embarazada se encuentra satisfecha sexualmente. Diversos estudios han encontrado que mujeres embarazadas independiente del trimestre son sexualmente más felices si su pareja está al pendiente de ella y de su control prenatal. En un estudio transversal de 141 mujeres embarazadas por Bartellas et al., el 71% de los encuestados que completaron los cuestionarios informaron una disminución en la frecuencia sexual durante el embarazo en comparación con las actividades previas a la gestación. La fatiga es el principal predictor de la función sexual durante el embarazo. Otros factores que influyen es la disminución de libido, dolor durante el coito y miedo de dañar al feto.⁷

Importante de recalcar en esta época de pandemia, es el virus por COVID-19 como factor de riesgo para disfunción sexual en mujeres y aún más si cursan una gestación, ya que las pacientes pueden presentar ciertos niveles de estrés y miedo a pesar no estar afectadas directamente por el virus. Se realizó un análisis observacional en mujeres embarazadas que no estaban infectadas con COVID-19. Un total de 135 mujeres embarazadas como grupo 1, 45 de las cuales estaban en el primer trimestre, 45 en el segundo trimestre y 45 en el tercer trimestre. Como grupo 2 se incluyeron 45 mujeres sanas que no estaban embarazadas. El IFSF se utilizó para evaluar el estado de disfunción sexual. Un total de 118 (87,4%) participantes embarazadas y 31 (68,9%) participantes no embarazadas fueron diagnosticadas con disfunción sexual según la IFSF. Al comparar los grupos 1 y 2, las puntuaciones IFSF fueron significativamente más bajas en el grupo 1 ($p = 0,002$). También se encontró que las mujeres que tenían ciertas características como títulos universitarios, multíparas o cursar el tercer trimestre, tenían más probabilidades de desarrollar disfunción sexual ($p = 0.030$, $p = 0.029$ y $p = 0.001$, respectivamente). Se encontró que las puntuaciones de IFSF eran significativamente más altas en los embarazos planificados que en los embarazos no planificados ($p = 0,001$). La función sexual de las mujeres embarazadas no infectadas disminuyó durante la pandemia de COVID-19, influenciada negativamente por medidas restrictivas de distanciamiento social.⁸

Otro tema importante que tratar en las mujeres embarazadas con disfunción sexual es la forma de resolución del embarazo por el aumento progresivo de las tasas de cesáreas en muchas partes del mundo, especialmente en países en desarrollo como China. La tasa de cesáreas fue de más del 40% en muchos hospitales en China, mientras que en algunos hospitales chinos fue de hasta el 80%, superando el límite superior del 15% recomendado por las guías de la OMS. Se han informado consecuencias a largo plazo asociadas con las cesáreas en muchos estudios previos, incluidos los trastornos del suelo pélvico, la reducción de la fertilidad, las anomalías placentarias, la angustia mental y la disfunción sexual femenina. La prevalencia de la disfunción sexual entre las mujeres en el posparto fue tan alta como de un 41% hasta el 83% en los primeros 3 meses después del parto, y entre

el 18% y el 30% de las mujeres en el posparto todavía se quejaban de tener problemas sexuales a los 6 meses después. Varios estudios habían revelado la asociación entre la función sexual y el modo de parto. Por el contrario, otros estudios no demostraron asociación entre el modo de parto y la función sexual. Sin embargo, en un último meta análisis realizado a mujeres embarazadas y la vía de resolución del embarazo encontró que no importa la vía de resolución en cuanto a disfunción sexual ya que esta se debe principalmente a miedos maternos y de la pareja.⁹

También se ha evaluado la disfunción sexual durante el embarazo de acuerdo a trimestre en el que la mujer se encuentre, hay varios estudios que demuestran que durante el tercer trimestre las puntuaciones medias para la función sexual general y las relaciones sexuales fueron significativamente más bajas que durante el primer trimestre o el segundo, sin embargo la puntuación media de satisfacción fue significativamente mayor durante el tercer trimestre en comparación con el primer trimestre, esto se debe a diversos factores como lo son: el miedo al aborto espontáneo en el primer trimestre, miedo a sangrados transvaginales en el primer trimestre, problemas con la percepción de la imagen corporal de la madre, entre otros.¹⁰

Se ha observado que durante el segundo trimestre el interés por la sexualidad aumenta en las mujeres embarazadas con disminución de los problemas físicos y psicológicos. El segundo trimestre es el período más apropiado en términos de funciones sexuales. Durante el tercer trimestre, los síntomas físicos asociados con el agrandamiento del útero y la aparición de la ansiedad de provocar inicio de trabajo de parto pueden disminuir la libido y, por lo tanto, el interés por la sexualidad.¹¹

Retomando la descripción del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) este es un instrumento conformado por 19 preguntas. Evalúa 6 dominios: deseo (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3 a 6), lubricación (ítems 7 a 10), orgasmo (ítems 11 a 13), satisfacción (ítems 14 a 16) y dolor durante la relación sexual (ítems 17 a 19). La respuesta se mide según el siguiente puntaje: 0) Sin actividad sexual; 1) Casi nunca; 2) Menos de la mitad de las veces; 3) La mitad de las veces; 4) Más de la mitad de

las veces; 5) Casi siempre. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor que oscila entre 0,3 a 0,6, considerando el dominio evaluado; al final el resultado es la suma aritmética de los dominios; cuanto mayor es el puntaje, mejor es la sexualidad. El rango total de la puntuación del IFSF va desde 2 hasta 36; un puntaje inferior o igual a 26,55 puntos, o cuando la puntuación de algún dominio es menor a 3,6 puntos, se considera como criterio de riesgo de disfunción sexual, este cuestionario se realizará en mujeres embarazadas del segundo trimestre para valorar el grado de disfunción sexual en esta población de riesgo.^{12,13}

Otro método de clasificación de disfunción sexual femenina es el descrito por el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, (quinta edición) (DSM-5) identifica cuatro tipos específicos de disfunción sexual femenina. Trastorno del interés / excitación sexual femenino, trastorno orgásmico femenino, trastorno de penetración / dolor genitopélvico, disfunción sexual inducida por sustancias / medicamentos, otra disfunción sexual especificada y otra disfunción sexual no especificada, sin embargo, esta clasificación no se encuentra validada para mujeres cursando una gestación.¹⁴

En cuanto a la prevalencia de disfunción sexual en Latinoamérica, en uno de los estudios más grandes realizados hasta la fecha se aplicó el IFSF a 7243 mujeres sanas de 40 a 59 años, definiendo como punto de corte un valor total < 26.55. Cartagena de Indias fue la ciudad con menos prevalencia de disfunción sexual con el 21%, mientras que en Santiago de Chile la cifra alcanzó a 36%. La prevalencia fue mayor en zonas con población de más edad, como Buenos Aires y Montevideo y en zonas con predominio de población indígena.¹⁵

En las mujeres adultas las disfunciones sexuales de mayor frecuencia fueron el deseo sexual inhibido y la anorgasmia, las variables ingestión de fármacos, ausencia de salud física, poco deseo sexual, comunicación deficiente de pareja y no recibir educación sexual son factores de riesgo que están fuertemente asociados

con la aparición de disfunciones sexuales en estas mujeres y los factores ambientales no se asocian con la aparición de estas disfunciones.¹⁶

En un estudio prospectivo y descriptivo realizado en el año 2018 se evaluó la prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, se aplicaron 171 cuestionarios de IFSF a mujeres de 10 a 60 años; el promedio de edad de las participantes fue de 34.6 años; y el IMC de 27.7 kg. Solo 45 (35%) mujeres presentaron disfunción sexual. La prevalencia aumentó de acuerdo con la edad: en menores de 30 años fue de 17% y en mayores de 40 de 66%. Los principales trastornos asociados con la disfunción sexual fueron: deseo sexual disminuido (28%), incapacidad para la excitación (17%), para alcanzar el orgasmo (17%), para conseguir la lubricación suficiente (11%) y dispareunia (11%).¹⁷

En un estudio realizado en México por Sánchez y colaboradores en el año 2005, la prevalencia de disfunción sexual femenina fue del 52%. La media en mujeres fue de 2,52 disfunciones por paciente.¹⁸

La disfunción sexual femenina (DSF) son una serie de desórdenes frecuentes que se presentan en una de cada tres mujeres y a pesar de ello el conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones continúa siendo restringido.^{19,20}

La disminución del deseo es el tipo de disfunción sexual más frecuente representando un 64%, seguido por las alteraciones en la excitación con el 31% y posteriormente desórdenes sexuales dolorosos con un 26%.²¹

La gestación ejerce diferentes acciones sobre las funciones y sensaciones sexuales, las cuales no son similares; pues para algunas mujeres el embarazo es un periodo de mayor conciencia y goce sexual; en cambio para otras no notan cambios o experimentan disminución de su deseo sexual.¹²

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de Enfermedades CIE-10 en 1994 definió disfunción sexual como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea.²² El DSM IV como representante de la Asociación Americana de Psiquiatría definió en 1994 las

“Disfunciones Sexuales como las alteraciones en el deseo sexual así como cambios en la psicología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”.²³

Las dos descripciones anteriores “tienen como fundamento el ciclo de respuesta sexual descrito por Masters y Johnson y complementado por Helen Singer Kaplan, pues este modelo enfatiza una secuencia y coordinación de las fases: deseo, excitación y orgasmo, a las que se agregaría la satisfacción”.^{24,25}

Luego de lo antes expuesto surge la siguiente interrogante: ¿Qué ocurre en el cuerpo de la mujer embarazada con respecto a la estimulación erótica que puede producirse en esta etapa? Por lo tanto, se decide realizar este estudio con el objetivo de identificar cuál es la percepción que tienen las mujeres de su respuesta sexual durante la gestación.²¹

México no cuenta con reportes epidemiológicos acerca de este padecimiento; sin embargo, algunos estudios muestran una prevalencia de 38 a 63%, lo que provoca un efecto social importante.²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción sexual tiene una alta prevalencia a nivel mundial, se presenta en una de cada tres mujeres y a pesar de ello continúa siendo un tema restringido debido a la falta de información y conocimiento sobre esta patología, que se asocia a mitos o tabúes por la misma sociedad, por lo que muchas de las mujeres se sienten incómodas al expresar sus necesidades y preferencias sexuales con su pareja. Además, ha sido relacionada con el deterioro en la calidad de vida, generando un impacto en la esfera social y siendo en la mayoría de los casos subdiagnosticada debido también a que los problemas relacionados con la respuesta sexual femenina son difícilmente abordados por los profesionales de salud. Se sabe poco sobre la disfunción sexual femenina, no se encuentran estudios actuales sobre esta en mujeres embarazadas, la mayoría de las mujeres no son diagnosticadas a tiempo por miedos, mitos e inseguridades que no son explicados a la mujer embarazada. A pesar de que ya se encuentran diversos estudios sobre prevalencia de disfunción sexual en mujeres embarazadas a nivel mundial, en México es un tema poco estudiado, sin mencionar que en La UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”, no cuenta con un estudio sobre la prevalencia de disfunción sexual en su población más importante, la mujer embarazada, por lo que considero de gran relevancia para el hospital la realización de este estudio ya que esto puede traer problemas futuros si no se diagnostica a tiempo y mucho menos se trata, puesto que como se mencionó previamente, el tema de disfunción sexual en muchas ocasiones se le resta importancia. Este es un gran problema por cuanto puede causar grandes problemas psicosociales, depresivos, hasta divorcios si no se trata a tiempo.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual femenina en embarazadas del segundo trimestre en la unidad médica de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente La UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza” a pesar de ser un hospital en el cual la mayoría de la población es paciente obstétrica no cuenta con ningún estudio que hable sobre disfunción sexual y embarazo. Conociendo la prevalencia de casos con disfunción sexual y los factores que influyen en la misma, se podrán beneficiar las pacientes con una mejor atención diagnóstica terapéutica para afrontar este problema, así como también la labor preventiva es una alternativa que no debe ser descartada, y cuyo impacto tendría una mayor magnitud a un menor costo. Además de esto, posteriormente se podría hacer un estudio prospectivo para dar manejo a estas disfunciones en mujeres embarazadas. A ello apunta la presente investigación, buscando la apertura de nuevos horizontes en pro de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Como se mencionó previamente este no es un problema que termine en el embarazo ya que en el puerperio muchas mujeres presentan o continúan con la disfunción sexual, con este estudio además de conocer la prevalencia de disfunción sexual, podríamos prevenirla si se detecta de manera oportuna o evitar que esta empeore dando un seguimiento adecuado.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre en la unidad médica de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Describir la frecuencia de los factores de riesgo sociodemográficos para disfunción sexual femenina descritos en la literatura en pacientes embarazadas del segundo trimestre en la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”.

HIPÓTESIS

La prevalencia de la disfunción sexual femenina en embarazos del segundo trimestre es superior al 35%.

MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, en pacientes embarazadas del segundo trimestre que acudan a consulta externa de perinatología en la unidad médica de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”.

LUGAR O SITIO DEL ESTUDIO.

Consulta externa de perinatología de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se incluyeron a todas las pacientes con embarazos del segundo trimestre que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, en la consulta externa de perinatología de la unidad médica de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”, que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo comprendido desde la aprobación del protocolo hasta completar el tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

1. Edad de 20 a 45 años.
2. Sexualmente activas.
3. Estado civil: Casada, soltera, unión libre.
4. Cursando embarazos del segundo trimestre con o sin enfermedades crónico-degenerativas

Criterios de exclusión

1. Menores de 20 años
2. Mayores de 45 años
3. Mujeres con lesión de médula espinal.
4. Mujeres con neoplasia maligna
5. Mujeres que no aceptaron participar en el estudio
6. Diagnóstico de alguna anomalía en la inserción placentaria

Criterios de eliminación

1. Pacientes que decidieron no responder el cuestionario IFSF.

FORMA DE SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES

Las pacientes se seleccionaron una vez que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron entrar en el protocolo de estudio firmando el consentimiento informado. Esta selección se realizó por medio de aleatorización simple con una forma de intervención fija a través del cuestionario correspondiente de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Posterior a la aprobación por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud y por el Comité Local de Investigación en Salud, se acudió a la consulta externa de Perinatología de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”. Por su parte la Doctora Teresa Flores realizó la invitación a participar al estudio a las pacientes que reunían los criterios de inclusión y se les explicó ampliamente en qué consistía el estudio y en caso de aceptar participar, se les solicitó la firma de la carta de consentimiento informado (Anexo 1); en caso de no aceptar participar, se les informó que ello no afectaría el tipo de atención que reciban en la unidad hospitalaria. Posterior a esto realizó un análisis estadístico para realizar publicación de resultados.

No obstante, el Dr. Felipe de Jesús Compean Báez ayudó a la Dra. Flores en la recopilación de datos y a la evaluación de los cuestionarios realizados por la doctora Flores, y con esto poder concluir la prevalencia de disfunción sexual en embarazadas del segundo trimestre.

Cabe mencionar que el consentimiento informado fue aplicado por el asistente médico del módulo correspondiente, previó a captar a las pacientes, para no interferir en su decisión de participar en el estudio.

Por parte del doctor Saúl Vital Reyes participó en el análisis estadístico del protocolo con el programa IBM SPSS Statistics 22.

El doctor Edgar Mendoza Reyes, por parte del servicio de perinatología contribuyó con nosotros en la recolección de pacientes que contaban con los criterios de inclusión previamente mencionados y en las conclusiones obtenidas.

Al cumplir con los criterios de inclusión y aceptar el ingreso al estudio, se recolectó la información mediante el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), desarrollado por Rosen y validado al español (Cronbach >70%).

El estudio además integró la recolección de algunos datos secundarios sociodemográficos y clínicos. Todos los datos anteriores se anotaron en la hoja de recolección de datos (Anexo 2).

ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Procesamiento de datos.

Se realizó un análisis descriptivo: las variables cualitativas se utilizaron, en frecuencias y proporciones y para las cuantitativas medias con desviación estándar e intervalos según su distribución. Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 20.0

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas para las variables cuantitativas dicotómicas. Las variables cuantitativas continuas se describió media \pm desviación estándar en las variables con dispersión normal y medianas, mínimos- máximos en las variables con dispersión no normal. La base de datos se elaboró en Software Microsoft Excel. Se realizó una recolección de datos de forma de continua no aleatoria de todos los registros previos y de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, en el periodo establecido.

Tamaño de muestra

Fórmula para estimar proporción conociendo la población total

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de la población en este caso 3332 pacientes en total vistos en consulta externa

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ Si la seguridad es del 95%

p= proporción esperada (esperaría 35% 0.35)

q = 1- p (1- 0.35 = 0.65)

d = precisión en este caso deseamos que sea 0.035 %

Por lo tanto:

$$n = 3332 \times 1.96^2 \times 0.35 \times 0.65 / 0.035^2 \times (3332-1) + 1.96^2 \times 0.35 \times .65$$

$$n = 3332 \times 3.846 \times 0.35 \times .65 / 0.001225 \times (3331) + 3.846 \times 0.35 \times .65$$

$$n = 2915.3 / 4.08 + .8736$$

$$n = 2915.3 / 4.9536$$

$$n = 588$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra necesario fue de 588 mujeres en edad reproductiva embarazadas del segundo trimestre para una prevalencia esperada de 35%, con un IC de 95%.

VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Unidades de medición o posibles valores
Disfunción sexual femenina	Trastorno que se produce cuando hay un cambio significativo en el comportamiento sexual habitual de la mujer, y que abarca una o más de las siguientes áreas: deseo, excitación, orgasmo y dolor. 18,19	Se midió por el IFSF en donde un resultado >26 es indicativo de disfunción sexual femenina.	Cualitativa ordinal	IFSF \leq 26 IFSF > 26
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. ²⁰	Número de años, cumplidos al momento de la medición al contestar el IFSF.	Cuantitativa Discreta	Años

Procedencia	Lugar donde nació. ²¹	Lugar geográfico	Cualitativa Nominal	Urbano Rural
Estado civil	Posición que ocupa un individuo dentro de la sociedad con relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles. ²³	Se obtuvo del interrogatorio al llenar la hoja de recolección de datos.	Cualitativa nominal	Casada Soltera con vida sexual activa Unión libre
Gestas	Todos los embarazos diagnosticados anteriormente. ²⁴	Se obtuvo del interrogatorio al llenar la hoja de recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	Numérico

Parto	Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. ²⁵	Se obtuvo del interrogatorio al llenar la hoja de recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	Numérico
Cesárea	Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal. ²⁶	Se obtuvo del interrogatorio al llenar la hoja de recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	Numérico

ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo de estudio se realizó en pacientes que acudan a la consulta externa de Perinatología sin afectar su integridad, ya que englobó a población vulnerable.

El estudio se presentó ante el Comité Local de Investigación en Salud 3504 y al Comité de Ética en Investigación en Salud 35048 para su aprobación. Se apegó a los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial establecidos en la Declaración de Helsinki, Finlandia en 1964, ratificadas en Tokio en 1975 (en donde se incluyó la investigación médica) y ratificados en Fortaleza en 2013, también éste proyecto se apegó al Reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la cual establece en su artículos 2 y 115, ambos en su apartado II, que de acuerdo a la naturaleza del estudio se clasifico como investigación con población-vulnerable.

Los aspectos éticos de la presente investigación se llevaron a cabo también conforme a los principios generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, establecidos en el titulo segundo; aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 13.- Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16.- Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Las pacientes recibieron una explicación clara y completa del procedimiento, de tal forma que puedan comprenderla en los aspectos que estipula el artículo 21 del

reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, además se formuló por escrito y conto con los requisitos establecidos por el artículo 22 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Todas las mujeres fueron informadas de forma verbal y escrita sobre el contenido y características del mismo independientemente de su participación en éste; siendo necesario que firmaran el consentimiento informado diseñado expresamente para el estudio. El consentimiento informado se solicitó el mismo día en que se realizó el índice de función sexual femenina, fue aplicado por el asistente médico del módulo correspondiente, previó a captar a las pacientes, para no influir en su decisión de participar en el estudio.

Las contribuciones del estudio conocer la prevalencia de la disfunción sexual femenina en pacientes en edad fértil y embarazadas y con esto se podrá dar un manejo a la población estudiada, debido a que es un estudio descriptivo no hubo ninguna intervención médica o clínica sobre la paciente lo cual no implicó ningún riesgo para ella o su integridad, de encontrar en el estudio alguna alteración se pudo valorar algún tratamiento o consejería para las mismas.

La confidencialidad de la paciente se cuidó al no poner nombre ni número de afiliación en las hojas de recolección de datos ni en las bases de datos, se identificó con número de folio. Los datos personales que se obtuvo son confidenciales, se les explicó que toda su información será manejada de manera confidencial sin hacer mal uso de la misma, teniendo la opción de retirarse del estudio en el momento que la paciente así decidiera sin interferir en su atención.

Las participantes del estudio se seleccionaron por aleatorización simple una vez que se cumplió con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Todas las participantes tuvieron el beneficio de recibir la atención adecuada si presentaran la enfermedad.

Beneficios y riesgos para las participantes:

En este estudio uno de los principales beneficios que buscamos para las participantes es manejar su problema de disfunción sexual en caso de tenerlo, esto de forma conjunta una vez realizado el estudio se pudo llevar a cabo un manejo multidisciplinario a través de los médicos ginecólogos de esta institución o del equipo de psicología de la misma una vez identificados los principales factores asociados con la disfunción sexual en mujeres embarazadas.

Sin embargo, como se tienen beneficios también tuvimos riesgos, ya que este grupo de mujeres por el simple hecho de estar embarazadas son pacientes más vulnerables, por lo que nuestra conducta al practicar el cuestionario fue cuidadosa para que no sintieran como ofensa esto, también otro riesgo importante fue que la paciente pudo darse cuenta de que tiene una disfunción sexual, y con esto causar problemas interpersonales con su pareja.

A pesar de todo esto consideramos que el beneficio del estudio supera el riesgo, ya que esta población ha sido poco estudiada en lo que conlleva a disfunción sexual, creemos que muchas pacientes la padecen sin darse cuenta.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

RECURSOS HUMANOS

Pacientes derechohabientes, médico residente del tercer año de ginecología y obstetricia, asesor médico de biología de la reproducción con 8 años de experiencia clínica, 2 tesis dirigidas, 2 publicaciones científicas, y asesor metodológico con experiencia en investigación, 2 investigadores asociados.

Experiencia:

Dr. Víctor Saúl Vital Reyes.

Médico Cirujano

Universidad Nacional Autónoma de México

Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

IMSS-UNAM.

Maestría en Biología de la Reproducción.

Universidad Nacional Autónoma de México

Doctor en Ciencias Médicas

Universidad Nacional Autónoma de México

Posdoctoral Fellow.

University of Alabama at Birmingham. USA.

Ex Jefe del Departamento de Biología de la Reproducción

Unidad Médica de Alta Especialidad. HGO 3. Centro Médico Nacional "La Raza".

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Investigador Asociado C

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Profesor Titular Biología de la Reproducción. UMAE. HGO 3.

IMSS-UNAM.

Tutor Maestría en Ciencias Médicas.

Universidad Nacional Autónoma de México

Profesor Examinador. Comité Biología de la Reproducción.

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. A,C

Presidente 2015-2016.

Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción.

Cuenta con múltiples tesis dirigidas de especialidad y subespecialidad, así como publicaciones de artículos en revistas indizadas y con factor de impacto, Miembro de la Academia Mexicana de Medicina.

Dr. Edgar Mendoza Reyes

Médico Cirujano

Universidad Nacional Autónoma de México

Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

IMSS-UNAM.

Diplomado en administración de instituciones para el personal directivo.

Universidad Nacional Autónoma de México

Jefe del Departamento de Perinatología

Unidad Médica de Alta Especialidad. HGO 3. Centro Médico Nacional “La Raza”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Investigador Asociado C

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Profesor Titular de hemorragia obstétrica. UMAE. HGO 3.

IMSS-UNAM.

Profesor Diplomado Actualización integral de Conocimientos en Medicina

UNAM

Universidad Nacional Autónoma de México

Profesor Examinador. Médicos Residentes del Centro Médico Nacional la Raza para obtener el grado de Especialización.

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. A,C

El Dr. Felipe Compean Báez cuenta con 7 años de experiencia clínica ginecológica y 4 años en Biología de la Reproducción Humana”. Tutor de tesis de especialidad en Ginecología y Obstetricia.

RECURSOS FISICOS

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza”. Ciudad de México, área de consulta externa de Perinatología.

RECURSOS MATERIALES

Hojas de recolección de datos, consentimiento informado y equipo de oficina.

FINANCIAMIENTO

No se necesitó de recursos financieros extras (recursos propios de la Institución), no representó un costo adicional, tanto el investigador como el asesor se hicieron cargo de todos los gastos.

FACTIBILIDAD

Este estudio se consideró viable a partir de los siguientes elementos:

- 1) En el servicio de perinatología anualmente se otorgan alrededor de consultas 2868 subsecuentes y 464 consultas de primera vez en pacientes embarazadas.
- 2) Se contó con los recursos humanos suficientes en relación con el área de conocimiento, los métodos de investigación y el instrumento de medición, así como para el análisis estadístico profundo de los resultados que arrojará el estudio.
- 3) Se tuvo acceso a diferentes bases de datos las cuales permitirán el estudio teórico profundo de las variables que conformarán los constructos.
- 4) Existe cierta experiencia en el tema y se tiene identificado el instrumento base que servirá para la recolección de datos.

5) Se contó con el acceso a la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza”. Ciudad de México, área de consulta externa de perinatología, en el cual se realizará el estudio.

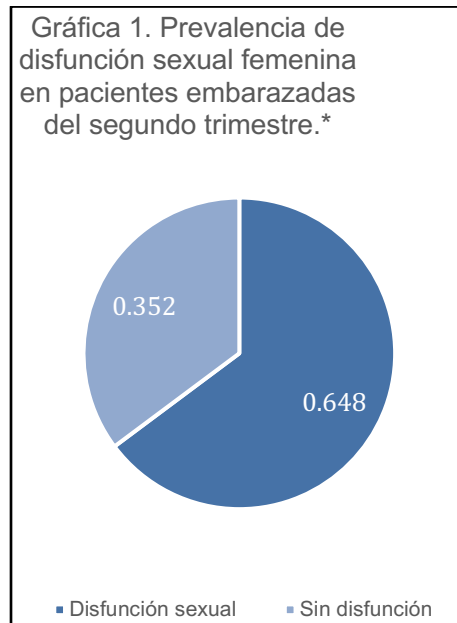
CRONOGRAMA

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ” DEL CMN “LA RAZA”

ACTIVIDAD	FECHAS PROGRAMADO	FECHAS REALIZADO
Elaboración protocolo:	Mayo – Septiembre 2021	Mayo 2021- septiembre 2021
Registro protocolo:	septiembre 2021	Octubre 2021
Selección de los pacientes:	Octubre – noviembre 2021	Octubre 2021- diciembre 2022
Colección Información:	Octubre 2021 – Abril 2022	Noviembre 2021 – mayo 2022
Análisis de datos e Interpretación de resultados:	Mayo 2022	Junio – Julio 2022
Formulación reporte:	Febrero 2023	Agosto- Septiembre 2022

RESULTADOS

De las 588 mujeres que participaron en el estudio, la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre fue del 64.8% determinado por el IFSF <26.55 (n=381), 35.2% de las mujeres no mostraron alteración. [Gráfica 1]



*La prevalencia se presenta como porcentaje.

Frecuencia de los dominios de disfunción sexual mediante IFSF

La alteración más frecuente de los dominios en mujeres con disfunción sexual fue el deseo alterado en 351 mujeres (59.1%), seguido del orgasmo (54.6%, n=321), satisfacción (51.4%, n=302), excitación (46.4%, n=273) y la menos frecuente fue la lubricación (42.9%, n= 252). [Gráfica 2]



*La variable se presenta como frecuencia y porcentaje.

La prevalencia de los dominios de disfunción sexual mediante Test alfa de Cronbach en mujeres en edad reproductiva, mostraron medias y distribuciones estándar similares entre los dominios, siendo la más prevalente la lubricación, excitación y deseo sexual (3.43 ± 1.65 , 3.37 ± 1.83 y 3.33 ± 1.57 , respectivamente). El dolor fue el dominio menos prevalente con 3.17 ± 1.69 con rango entre 0 a 7 pts. [Tabla 1]

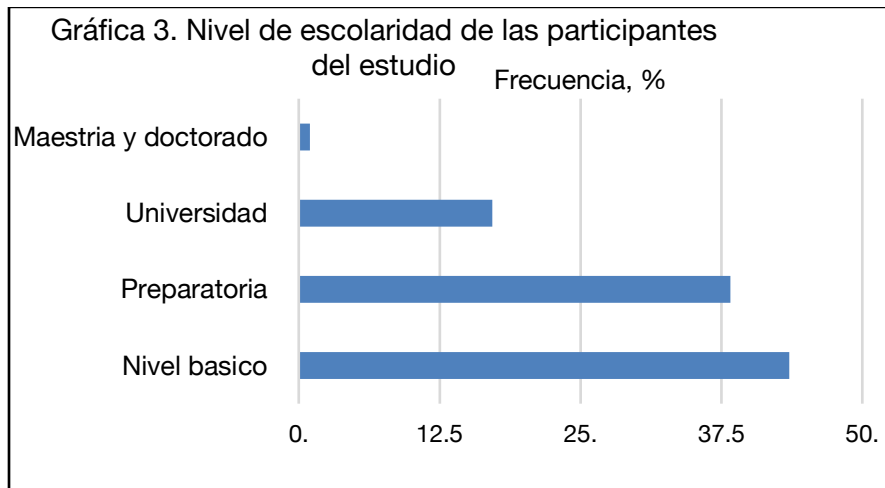
Tabla 1. Prevalencia de los dominios de disfunción sexual mediante Test alfa de Cronbach en mujeres en edad reproductiva. *

Dominio	Media \pm DE	Rango
Deseo sexual	3.33 ± 1.57	0.6 – 6
Excitación	3.37 ± 1.83	0.0 – 7.3
Lubricación	3.43 ± 1.65	0.0 – 6.0
Orgasmo	3.15 ± 1.58	0.0 – 8.4
Satisfacción	3.19 ± 1.65	0.0 – 6.0
Dolor	3.17 ± 1.69	0.0 – 7.1

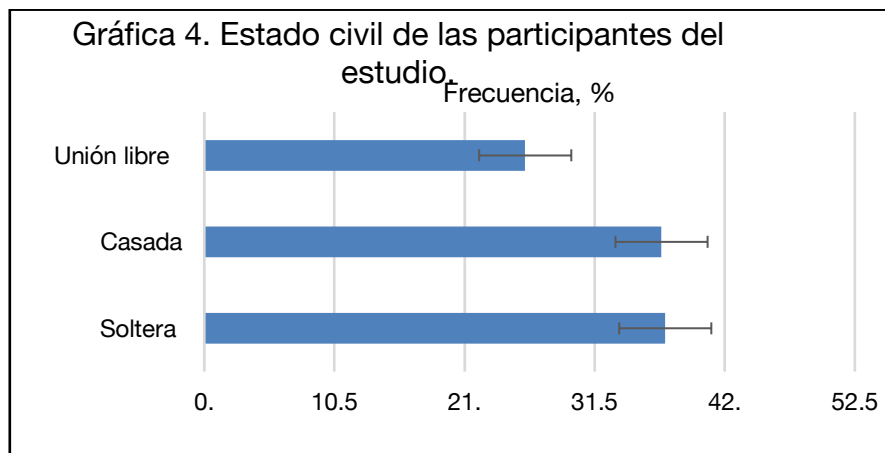
*Las variables se describen como media \pm desviación estándar. El rango como máximo – mínimo.

Frecuencia de los factores de riesgo sociodemográficos para disfunción sexual femenina.

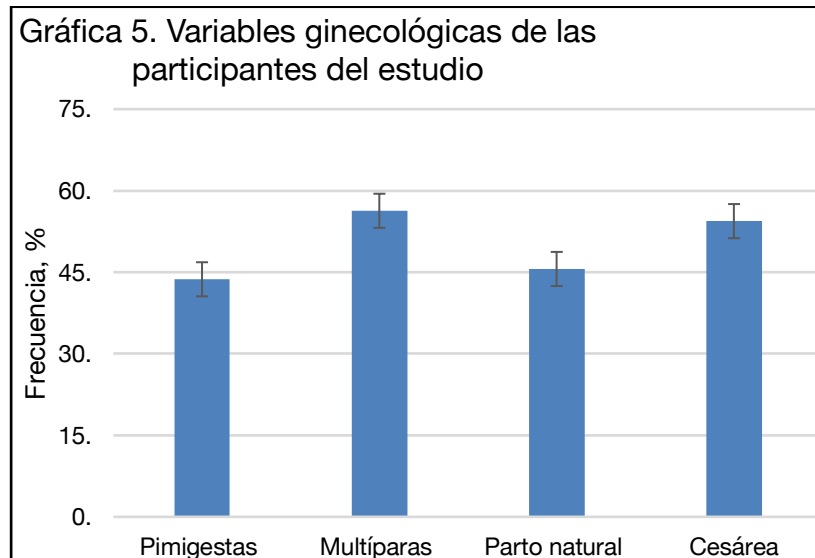
La frecuencia de los factores de riesgo sociodemográficos para disfunción sexual femenina descritos en la literatura en pacientes embarazadas del segundo trimestre del embarazo se plantearon como objetivo secundario. Con relación a las características generales de las participantes, la media de edad de las embarazadas fue de 28 ± 6 años. El nivel de escolaridad básico fue el más frecuente (43.5%), seguido de preparatoria (38.3%), universidad (17.2%) y posgrados de maestría y doctorado como el menos frecuente (1%) (Gráfica 3).



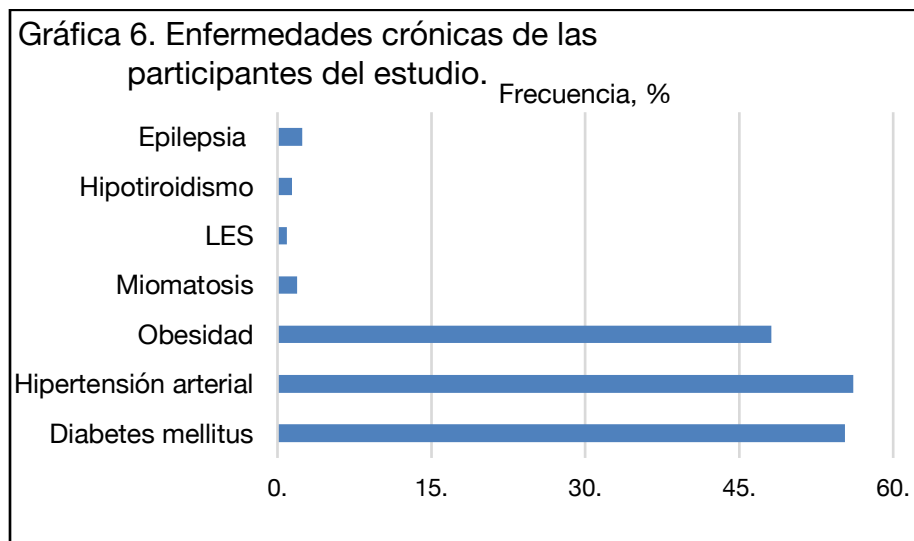
En cuanto a su estado civil, el 37.2% de las participantes eran solteras con vida sexual activa, 36.9% refirieron ser casadas y el 25.9% vivía en unión libre (Gráfica 4).



En lo que respecta a las variables clínicas ginecológicas, 257 eran primigestas (43.7%) y 331 multíparas (56.3%) siendo 2 la media de partos (mínimo 1 y máximo 7 partos). La resolución del parto, el 54.4% fueron cesárea y 45.6% fueron partos naturales (Gráfica 5).



La frecuencia de las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron las enfermedades más frecuentes (56.1 y 55.3 %, respectivamente), la obesidad la presentaron el 48.1% de las mujeres. Así mismo, la miomatosis, lupus, hipotiroidismo y epilepsia fueron las enfermedades menos frecuentes en las participantes (Gráfica 6)



Para saber la frecuencia de los factores de riesgo sociodemográficos para disfunción sexual femenina, se estratifico a las mujeres con y sin disfunción sexual

mediante el resultado de IFSF. La media de edad fue la misma en ambos grupos (28 ± 6 años). En cuanto al nivel de escolaridad, el nivel básico fue el más frecuente en ambos grupos (43 y 43.8% con y sin disfunción, respectivamente), mostrándose menor conforme el grado de estudios incrementaba. En cuanto al estado civil, en el grupo de disfunción sexual, las mujeres solteras eran más frecuente seguido de aquellas que estaban casadas o viviendo en unión libre (41.1%, 35.7% y 23.2%, respectivamente). En el grupo de mujeres sin disfunción sexual, el estado civil más frecuente fue de las mujeres casadas, solteras y en unión libre (37.6%, 35.2% y 27.3%). En lo que respecta a las características ginecológicas, en ambos grupos frecuencia de mujeres multíparas fue más alta respecto a las primigestas. La media de partos fue de 2 (mínimo 1 y máximo 7 partos), en ambos grupos. (Tabla 2)

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas estratificadas por disfunción sexual de las pacientes embarazadas del segundo trimestre.

Variable	Disfunción sexual	Sin disfunción sexual
n	207	381
Edad, años	28 ± 6	28 ± 6
Características sociodemográficas		
Escolaridad		
Nivel básico	89 (43)	167 (43.8)
Preparatoria	82 (39.9)	143 (37.5)
Universidad	34 (16.4)	67 (17.6)
Maestría y doctorado	2 (1.0)	4 (1.0)
Estado civil		
Casada	74 (35.7)	143 (37.5)
Soltera	85 (41.1)	134 (35.2)
Unión libre	48 (23.2)	104 (27.3)
Variables clínicas ginecológicas		
Gestas		
Primigesta	93 (44.9)	164 (43.0)

Múltiparas	114 (55.1)	217 (57.0)
Partos	2 (1, 7)	2 (1, 7)
Natural	110 (53.1)	179 (47.0)
Cesárea	97 (46.9)	202 (53.0)

*Las variables continuas se describen como media \pm desviación estándar, las dicotómicas como frecuencia (porcentajes) y únicamente la variable de parto como media (m

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre en la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza”. La disfunción sexual durante el embarazo está determinada por los cambios físicos, hormonales y psicológicos. La prevalencia de disfunción sexual femenina es muy variable durante esta etapa. Es un trastorno en donde existe cambio en el comportamiento sexual habitual de la mujer embarazada; en el cual disminuyen o incluso desaparecen los pensamientos y fantasías sexuales, posponen o evitan las relaciones sexuales y existe incapacidad para disfrutar el acto sexual y se presenta entre el 22% a 43% de la población en general. Charlotte Cassis y colaboradores²⁷ estudiaron la prevalencia de disfunción sexual en 85 mujeres primíparas con embarazos únicos a las cuales se les pidió completar el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) en cada trimestre, se utilizó como punto de corte para el diagnóstico de 26.55 en la puntuación global del cuestionario. La prevalencia de disfunción sexual en mujeres primíparas fue del 86.1% en el segundo trimestre del embarazo. Hubo una disminución general en los puntajes totales de la FSFI en los tres trimestres, de un puntaje de escala completa de 27.5 en el primer trimestre (30 mujeres con disfunción sexual), a 24.7 en el segundo (n=50) y 21.4 en el tercer trimestre (n=68, p=0.004). Hubo una disminución muy significativa en las puntuaciones de los seis dominios (deseo, lubricación, excitación, orgasmo, satisfacción y dolor), desde el primer trimestre hasta el tercer trimestre con cada resultado (p=0.001). En nuestros resultados la prevalencia de disfunción sexual fue del 64.8% en 588 mujeres en el segundo trimestre de embarazo mayor que la reportada en la literatura. La alteración más frecuente de los dominios fue el deseo alterado en 351 mujeres (59.1%), seguido del orgasmo (54.6%, n=321), satisfacción (51.4%, n=302), excitación (46.4%, n=273) y la menos frecuente fue la lubricación (42.9%, n= 252). Nuestros resultados fueron similares a lo reportado en el estudio de Cassis en cuanto a los dominios reportados por los cuestionarios de IFSF.

Se ha evaluado la disfunción sexual durante el embarazo de acuerdo a trimestre en el que la mujer se encuentre, hay varios estudios que demuestran que durante el tercer trimestre las puntuaciones medias para la función sexual general y las relaciones sexuales fueron significativamente más bajas que durante el primer trimestre o el segundo, sin embargo, la puntuación media de satisfacción fue significativamente mayor durante el tercer trimestre en comparación con el primer trimestre, ya que en el tercer trimestre se encuentra un mayor índice de masa corporal, mayor peso, aumento en el fondo uterino, entre otros aspectos médicos¹⁰. Tal es el caso del estudio realizado en Egipto por Magdy R. Ahmed y colaboradores [28], evaluaron la prevalencia de disfunción sexual femenina (FSD) durante el embarazo en 451 mujeres que acudían a su atención prenatal de rutina, mediante un estudio de cohorte con un año de duración. La FSD se evaluó mediante el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), evaluándolas cada trimestre. La prevalencia de FSD durante el embarazo se estimó en 68.8%. según el FSFI, las puntuaciones de los dominios y la puntuación total se redujeron significativamente durante todo el periodo del embarazo (promedio de 22.5 ± 3.7) en comparación con la evaluación previo a la concepción (30.5 ± 5.6) durante el segundo trimestre, hubo un incremento significativo en todos los dominios y la puntuación total en comparación con el primer trimestre.

En el estudio de meta análisis sistemático realizado por Shiva Alizadeh y colaboradores²⁹, determinaron la prevalencia de disfunción sexual en mujeres embarazadas en los países de la oficina del mediterráneo oriental encontrando lo siguiente. En nuestro estudio la disfunción sexual de las mujeres embarazadas fue del 65% (IC95%=54-75%) la media de disfunción sexual total de las mujeres fue de 22.71 (IC95%= 18.52-28.51%) y para el segundo trimestre se obtuvo 23.80 (IC95%=23.78-23.82).

Importante de recalcar en esta época de pandemia, es el virus por COVID-19 como factor de riesgo para disfunción sexual en mujeres y aún más si cursan una gestación, ya que las pacientes pueden presentar ciertos niveles de estrés y miedo a pesar no estar afectadas directamente por el virus. Latife A. Karakas con su grupo de investigadores en Turquía³⁰, evaluaron la función sexual durante la pandemia

de Covid-19 en mujeres embarazadas seguidas en la facultad de medicina de la Universidad de Baskent, utilizando como herramienta diagnóstica el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). Mediante un estudio observacional y con un total de 135 mujeres embarazadas (grupo 1), de las cuales estratificaron por trimestres de embarazo (45 en cada grupo) y en un grupo 2 con mujeres sanas que no estaban embarazadas. Un total de 118 (87.4%) de las mujeres embarazadas y 31 (68.9%) de las participantes no embarazadas fueron diagnosticadas por disfunción sexual según la FSFI. Al comparar el grupo 1 y 2, las puntuaciones de FSFI fueron significativamente más bajas en el grupo 1 ($p=0.002$) se encontró que las puntuaciones de FSFI fueron significativamente más altas en embarazos planificados que en embarazos no planificados ($p=0.001$).

Se ha observado que durante el segundo trimestre el interés por la sexualidad aumenta en las mujeres embarazadas con disminución de los problemas físicos y psicológicos. El segundo trimestre es el período más apropiado en términos de funciones sexuales. Durante el tercer trimestre, los síntomas físicos asociados con el agrandamiento del útero y la aparición de la ansiedad de provocar inicio de trabajo de parto pueden disminuir la libido y, por lo tanto, el interés por la sexualidad.¹¹

Los factores de riesgo sociodemográficos para la disfunción sexual femenina en el embarazo han sido estudiados en los últimos años, siendo See Ling Loy y colaboradores³¹ los que en 2021 asocian la FSFI en 513 mujeres asiáticas con su estilo de vida y factores de comportamiento. De las participantes, 58.9% tenía FSFI. La edad, nivel de escolaridad, IMC, actividad física y ansiedad se asociaron de forma independiente con las mujeres con disfunción sexual. El hallazgo actual destaca la importancia de abordar la FSFI en el servicio de atención previa para mujeres en general.

Ali Dogukan Angin et al³² compararon la disfunción sexual femenina y la función sexual de sus parejas entre un grupo de mujeres embarazadas y no embarazadas, incluyeron 321 mujeres, 252 embarazadas y 69 no embarazadas sanas. Evaluaron el FSFI y el puntaje ARIZONA de sus parejas en relación con algunas características

sociodemográficas y los trimestres de embarazo. Como resultado obtuvieron que la diferencia de medias ajustadas por edad, gravidez, paridad y tasa de tabaquismo fueron significativas entre los grupos ($p=0.001$). El embarazo fue factor de riesgo para la puntuación ARIZONA alta (OR: 4.1 IC95%=2.2, 7.6, $p=0.001$). La tasa de FSFI más baja fue significativamente mayor en el grupo de embarazadas (26.4% vs 69.4%, $p=0.001$).

En cuanto a la sexualidad y factores de riesgo asociados en mujeres embarazadas, Lessa Soares y colaboradores ³³ evaluaron la función sexual en gestantes y la influencia de factores sociodemográficos, obstétricos y conductuales en la disfunción sexual en 141 mujeres. La disfunción sexual estuvo presente en el 32.1% y las variables edad y tipo de servicio de salud influyeron en la disfunción sexual, la prevalencia de edad fue de 30 años y aquellas usuarias de la red de sistema público en salud mostró ser significativo en el grupo de disfunción en mujeres con bajos recursos económicos ($p=0.001$).

Con relación a las características generales de las participantes en nuestro estudio, la media de edad de las embarazadas fue de 28 ± 6 años. El nivel de escolaridad básico fue el más frecuente (43.5%), seguido de preparatoria (38.3%), universidad (17.2%) y posgrados de maestría y doctorado como el menos frecuente (1%).

La tasa de prevalencia de disfunción sexual es alta en las mujeres atendidas en nuestro hospital. La alta tasa de disfunción sexual puede deberse a la diferencia en la puntuación del rendimiento sexual utilizando cuestionario de disfunción sexual femenina y, por lo tanto, las mujeres embarazadas pueden deberse a creencias incorrectas sobre la actividad sexual, restricciones y tabúes culturales, religiosos y sociales, que han estado influenciando su función sexual correctamente. En cuanto al nivel de escolaridad, el nivel básico fue el más frecuente en ambos grupos (43 y 43.8% con y sin disfunción, respectivamente), mostrándose menor conforme el grado de estudios incrementaba. En el grupo de disfunción sexual, las mujeres solteras con pareja sexual eran más frecuente seguido de aquellas que estaban casadas o viviendo en unión libre (41.1%, 35.7% y 23.2%, respectivamente). En el grupo de mujeres sin disfunción sexual, el estado civil más frecuente fue de las mujeres casadas, solteras y en unión libre (37.6%, 35.2% y 27.3%). En lo que

respecta a las características ginecológicas, en ambos grupos frecuencia de mujeres multíparas fue más alta respecto a las primigestas. La media de partos fue de 2 (mínimo 1 y máximo 7 partos), en ambos grupos.

La importancia de la función sexual en la calidad de vida en general es bien conocida, por lo que es importante que los cambios experimentados por las mujeres y sus parejas sean discutidos por los médicos con sus pacientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas del segundo trimestre en la unidad médica de la UMAE hospital de Gineco Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” del CMN “La Raza” es del 64.8% mayor a la reportada en la literatura que puede estar incrementada por ser en pacientes que tienen una patología agregada. La alteración más frecuente de los dominios en mujeres con disfunción sexual fue el deseo alterado en 351 mujeres (59.1%), seguido del orgasmo (54.6%, n=321), satisfacción (51.4%, n=302), excitación (46.4%, n=273) y la menos frecuente fue la lubricación (42.9%, n= 252). Los factores de riesgo sociodemográficos más frecuentes para disfunción sexual femenina fue el nivel de escolaridad básico y en cuanto al estado civil, ser mujeres solteras. En lo que respecta a las características ginecológicas, en ambos grupos la frecuencia de mujeres multíparas fue más alta respecto a las primigestas. La media de partos fue de 2 (mínimo 1 y máximo 7 partos), en ambos grupos. Con este estudio además de conocer la prevalencia de disfunción sexual, abre una ventana de oportunidad para prevenir la disfunción sexual si se detecta de manera oportuna o evitar que ésta empeore dando un seguimiento adecuado con el apoyo de un equipo multidisciplinario con especialistas en sexualidad, psicólogos y el medico ginecólogo tratante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in united states women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [citado 15 may 2021];112(5):970–978. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *J Am Med Assoc*. 1999;281(6):537–544. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>.
3. Sánchez-Bravo C, Carreño-Melendez J, Martínez-Ramírez S, Gomez ME. Disfunciones Sexuales Femeninas y Masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Ment*. 2005;28(4):74–80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam054h.pdf>.
4. Chedraui P, Pérez-López FR. Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas*. 2015;82(3):299–303. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.005>.
5. Secretaria de Salud CENETEC. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. *Cenetec*. 2019;1:59. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-052-19/ER.pdf>.
6. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(4):873–883. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>
7. Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: Implications for practice. *J Midwifery Women's Health*. 2010;55(5):438–446. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.12.006>
8. Karakas LA, Azemi A, Simsek SY, Akilli H, Esin S. Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;152(2):226–230. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13462>
9. Fan D, Li S, Wang W, Tian G, Liu L, Wu S, et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-

analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):408. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1583-2>

10. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med*. 2011;8(10):2859–2867. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x>

11. Özgan-Çelikel Ö, Bulut S. Evaluation of the relationship between sexual functions and depressive symptoms among pregnant patients during the second trimester. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(6):1813–1819. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05367-7>

12. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *J Sex Med*. 2012;9(7):1897–1903. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x>

13. Rocha-Pauleta J, Monteiro-Pereira N, Mendes-Graça L. Sexuality During Pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7(1):136–142. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>

14. American Psychiatric Association. *Sexual Dysfunctions*. *Diagnostic Stat. Man. Ment. Disord. DSM-5*. 5th ed., Michigan, USA: American Psychiatric Publishing; 2013, p. 991.

15. Blümel JE. Sexual Dysfunction in Chilean women. *Medwave* [Internet]. 2009 [Citado 15 may 2021];9(10): e4211. Disponible en: <https://doi:10.5867/medwave.2009.10.4211>

16. Sanchez-Bravo C, Corres-Ayala NP, Carreño-Meléndez J, Henales-Almaraz C. Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: Trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz. *Salud Ment*. 2010;33(3):237–242. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam103d.pdf>

17. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, Gómez-Sánchez J, Herrera-Muñoz JA, Preciado-Estrella DA, et al. Prevalence of female

sexual dysfunction at a tertiary care hospital in Mexico City. *Rev Mex Urol*. 2018;78(3):169–175. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur183b.pdf>.

18. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carreño-Meléndez J, Martínez-Ramírez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol y Reprod humana* 2005;19(3-4):152–160. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2005/ip053d.pdf>.

19. Oelrich-Olivares PA. Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva [Internet]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2006 [citado 15 may 2021]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmo.28e/sources/fmo.28e.pdf>.

20. Davila GW. Introduction to the 2008 IUGA sexual dysfunction in women roundtable. *Int Urogynecol J*. 2009;20(3-4). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0835-8>.

21. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(2):267–284. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.004>.

22. Cooper JE, World Health Organization. Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1991. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41020>.

23. Farré-Martí JM, Lasheras-Pérez MG. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. Trastornos femeninos. En: Palomo T, Jimenez-Arriero MA, editores. *Tratado Psiquiatría*. 1era ed. Madrid: Grupo ENE Life España; 2012. p. 529–41.

24. Manzo C, Yulis C. Actualizaciones en terapia sexual. *Ter Psicológica* [Internet]. 2004;22(2):193-203. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522211>.

25. Kaplan HS. La nueva terapia sexual: tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Vol 2. 3a ed. Madrid: Alianza Editorial España; 2014. p. 45-46.

26. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB, Cisneros-Castolo M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología.

Rev Mex Urol 2008;68(2):98-102. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur082d.pdf>.

27. Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis I. What happens to female sexual function during pregnancy? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 258:265-268. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/>

28. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014 40(4):1023-9. Disponible: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-012-2677-8>

29. Alizadeh S, Riazi H, Alavi-Majd H, Ozgoli G. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy in Eastern Mediterranean Regional Office Countries (EMRO): a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;32(1):1-9. Disponible:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2021.1919074>

30. Karakas LA, Azemi A, Simsek SY, Akilli H, Esin S. Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 152(2):226-230. Disponible:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13462>

31. Loy SL, Ku CW, Cheung YB, et al. Fecundability in reproductive aged women at risk of sexual dysfunction and associated risk factors: a prospective preconception cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Jun 25;21:444.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34172036/>

32. Anđın AD, Özkaya E, Çetin M, et al. Comparison of female sexual function and sexual function of their partners between groups of pregnant and non-pregnant women. *Ginekol Pol.* 2020;91(5):235-239.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32495927>

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Ciudad de México a _____

NOMBRE DEL ESTUDIO: PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ” DEL CMN “LA RAZA”

NÚMERO DE REGISTRO DEL PROYECTO ANTE CLIS: _____

Por medio de la presente, se está invitando a que participe en un estudio de investigación clínica que se realiza en esta Unidad Médica.

Primero que nada es de suma importancia aclarar dos conceptos básicos necesarios que usted conozca para poder participar en este estudio:

- **Disfunción sexual:** problema que **dificulta o impide el mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias**. Esto se produce durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución).
- **Prevalencia:** número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

Este estudio tiene como propósito de encontrar la prevalencia de alteraciones en las relaciones sexuales en pacientes embarazadas del segundo trimestre. Usted ha sido invitada a participar en este estudio debido a que cuenta con las características necesarias para poder realizar el cuestionario. Al igual que usted, todas las pacientes atendidas en el servicio de perinatología que cumplan estas características serán invitadas a participar en este estudio. Con esto nosotros tenemos como propósito dar una solución a este tipo de disfunciones en la mujer embarazada realizando un diagnóstico oportuno y con esto poder dar un tratamiento y un seguimiento a este problema.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Procedimientos específicos de esta investigación: una vez que se cumplan con las características adecuadas, se le solicitará que lea y firme el consentimiento informado, posteriormente se pedirá que conteste el índice de función sexual femenino, esta información será totalmente confidencial, esto es, será conservada de forma tal que usted no pueda ser identificada.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Usted no recibirá ninguna recompensa económica por participar en este estudio, y su participación no implicará ningún gasto extra para usted. Obtendrá el beneficio de poderle diagnosticar alteraciones en las relaciones sexuales y contar con la atención necesaria, ya sea una vez realizando el diagnóstico. Si usted lo tuviera se le dará cita de seguimiento para ver el tratamiento necesario, ya sea con medicamentos o terapia en el servicio de psicología. Los resultados del presente estudio nos ayudaran a conocer la prevalencia de la disfunción sexual femenina en pacientes embarazadas en nuestra unidad.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS.

El investigador principal está comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

En caso de no contar con el tiempo necesario, presentar molestia o incomodidad para la participante o la pareja al responder el índice de función sexual femenina usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su decisión de participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS a la que tiene derecho, se le ofrecerán los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica del IMSS. Es decir, si no desea participar en el estudio, su decisión no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que derechohabiente recibe del IMSS. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que usted quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.

La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla (como su nombre y afiliación) será guardada de manera confidencial y por separado, para garantizar su privacidad. Nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, por ejemplo, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

PERSONAL DE CONTACTO PARA DUDAS Y ACLARACIONES SOBRE EL ESTUDIO.

En caso de dudas o aclaraciones sobre el estudio podrá dirigirse con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse las 24 horas todos los días de la semana:

Nombre:	Dra. María Teresa Flores Molina
Área de adscripción:	Dirección de Educación e Investigación en Salud de la UMAE
Domicilio:	Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.
Teléfono:	5580371485
Correo electrónico:	terefm11@gmail.com
Matrícula IMSS	97163012

PERSONAL DE CONTACTO PARA DUDAS SOBRE SUS DERECHOS COMO PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación: Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990. Teléfono (55) 5724 5900 extensión 23768 (de 08:00 a 13:30 horas), Correo electrónico: efreen.montano@imss.gob.mx

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

Se me ha explicado el estudio de investigación y me han contestado todas mis preguntas. Considero que comprendí la información descrita en este documento y libremente doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación.

Nombre del paciente

Firma

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA DEL ENCARGADO DE SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

*Nombre, firma y matrícula del encargado de obtener el
Consentimiento Informado*

Firma

FIRMA DEL TESTIGO

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Testigo 1	Firma
Nombre, dirección, relación	

FIRMA DEL TESTIGO.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Testigo 2	Firma
Nombre, dirección, relación	

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____ Folio: _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO.3 “DR.
VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”
DEL CMN “LA RAZA”**



**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN
MUJERES EMBARAZADAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN
LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 “DR.
VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”
DEL CMN “LA RAZA”**

VARIABLE	
Disfunción sexual femenina (IFSF >26 puntos)	
Edad (años)	
Estado civil (Casada, soltera, unión libre)	
Procedencia (rural, urbano)	
Número de gestas	
Vía de resolución de embarazo	

Recopiló, nombre y firma: _____

ANEXO 3.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones: Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones:

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

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

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

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

- 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

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

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

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

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil

- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

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

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

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

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre

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

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

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

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

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