



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

Trabajo de revisión bibliográfica  
sistemática

**“MODIFICACIONES DE LA SEXUALIDAD DURANTE  
EL EMBARAZO Y PUERPERIO”**

Yolanda Talledo Gallego

**Tutor:** Dr. Ángel Luis Montejo González

Salamanca, mayo 2021

## ***AGRADECIMIENTOS***

*A mi tutor, el Dr. Montejo, por guiarme durante la realización de este trabajo.*

*A mis padres y hermano que me han enseñado a no rendirme nunca, pase lo que pase.*

*A Jorge por compartir juntos el amor por la enfermería.*

*Al resto de mi familia y amigos por acompañarme y apoyarme siempre.*

## ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	1
ABSTRACT AND KEY WORDS.....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	3
1.1. Respuesta sexual humana.....	3
1.2. Disfunciones sexuales .....	4
1.3. Sexualidad en el embarazo y postparto .....	5
3. OBJETIVOS .....	6
3.1. Objetivo principal.....	6
3.2. Objetivos específicos.....	6
4. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS .....	7
4.1. Criterios de inclusión.....	7
4.2. Criterios de exclusión.....	7
5. SINTESIS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	12
5.1. Conocer cómo afectan los cambios en el embarazo y puerperio a las relaciones sexuales. ....	12
5.2. Conocer cómo es la actividad sexual en la gestación y postparto .....	14
5.3. Conocer la relación entre la gestación y posparto con la disfunción sexual	16
6. CONCLUSIONES .....	20
7. BIBLIOGRAFIA .....	21
ANEXO 1. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF) .....	24

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PP:** Posparto

**RS:** Respuesta Sexual

**DS:** Disfunción Sexual

**IFSF:** Índice de Función Sexual Femenina

**RB:** Revisión Bibliográfica

**ET:** Estudio Transversal

**EG:** Edad Gestacional

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La sexualidad es un aspecto central del ser humano. La respuesta sexual se definió en 1979 y cuenta con 5 fases. En el embarazo y posparto (PP) se producen una serie de cambios en dichas fases. Las variaciones son diferentes para cada trimestre. La actividad sexual previa no se recupera hasta pasados unos meses del parto. Este tema está poco estudiado, existe una falta de información que a su vez provoca una carencia de formación en los profesionales sanitarios.

**Objetivo:** la finalidad del trabajo consiste en conocer cómo influyen los cambios en la gestación y PP a la sexualidad, describiendo las diferencias de la sexualidad a lo largo de la gestación, y si existe relación entre dichos periodos y la disfunción sexual (DS). Además, se pretende describir la importancia de la educación sexual por parte de los profesionales.

**Metodología:** revisión sistemática bibliográfica en las principales bases de datos, Brumario de la Universidad de Salamanca y Google Scholar.

**Resultados:** los cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales influyen en la sexualidad. Se producen por lo tanto variaciones en el deseo, excitación, orgasmo y satisfacción. Existe cierta relación entre el embarazo y PP con la DS. La mayoría de las parejas no reciben información sobre la sexualidad en las consultas.

**Conclusiones:** es necesario una mayor educación sexual por parte de los profesionales sanitarios para eliminar mitos, disminuir la disfunción sexual y mejorar las relaciones sexuales de las parejas.

## PALABRAS CLAVE

Embarazo, embarazada, gestación, gestante, posparto, puerperio, relaciones sexuales, sexualidad, disfunción sexual, educación sexual y respuesta sexual.

## ABSTRACT AND KEY WORDS

Sexuality is a main factor in the life of the human being. Sexual response was defined in 1979 and it has 5 phases. During the pregnancy and the postpartum there are a series of changes in set phases. Those variations are different for each quarter. Previous sexual activity does not recover until a few months after delivery. This topic is hardly studied, there is a lack of information that in turn causes a lack of knowledge for health professionals.

**Objetives:** The purpose of this review is to understand how changes in pregnancy and postpartum influence sexuality, describing the differences in sexual intercourse throughout pregnancy, and get to know if there is a relationship between those periods and the sexual dysfunction. Furthermore, it pretends to describe the importance of sexual education by professionals.

**Methods:** There is a systematic literature review in the main databases, Brumario of the University of Salamanca and Google Scholar.

**Results:** Physical, hormonal, psychological and social changes cause variations in sexuality. As a result, there are changes in desire, excitement, orgasm and satisfaction. There is also a link between pregnancy and postpartum with sexual dysfunction. Most couples do not receive information about sexuality in pre-natal check up visits.

**Conclusion:** It is necessary to promote greater sexual education by health professionals, in order to eliminate myths, decrease sexual dysfunction and improve sexual relationships of couples.

## KEY WORDS

Pregnant, pregnancy, postpartum, sexuality, sexual behavior, sexual dysfunction, sexual education and sexual response.

# 1. INTRODUCCIÓN

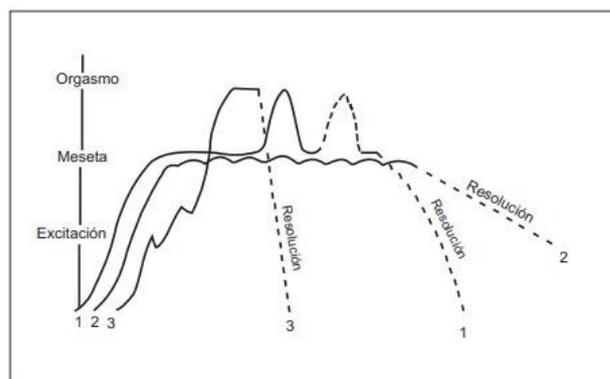
## 1.1. Respuesta sexual humana

El embarazo y el posparto se caracterizan por ser periodos con grandes variaciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (1). Estos cambios hacen que se conviertan en periodos de gran vulnerabilidad para la mujer. La relación sexual se manifiesta de manera diferente en cada una de las etapas de la vida, entre ellas la gestación y el posparto (PP) (2) (3). Se producen una serie de cambios en la función sexual de la embarazada y su pareja.

Los cambios en el comportamiento sexual comienzan poco después de la fecundación, son diferentes para cada trimestre y algunos de ellos se quedarán para siempre (4). Estos cambios están sujetos a variaciones individuales como pueden ser el desarrollo psicosexual, la personalidad, los antecedentes personales, el impacto del embarazo en la salud y el tipo de relación (4).

La sexualidad según la define la OMS: “*constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual*”. Por su parte define también la salud sexual como “*el bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad o disfunción sexual*”.

La respuesta sexual humana fue descrita por W. Masters y V. Johnson en 1966. Cuenta con 4 fases que son: la excitación, la meseta, el orgasmo y la resolución. En la **excitación** se produce un aumento del aporte sanguíneo que va a provocar la erección del pene y la vasocongestión de la vagina. Además, se produce un aumento de la lubricación vaginal en las mujeres. En la fase de **meseta** los cambios de la fase anterior aumentan. El **orgasmo** se produce estimulando de manera directa o indirecta el clítoris (4) y es la fase de máximo placer (5). La fase de **resolución** es la fase en que se vuelve a los valores iniciales y se acompaña del período refractario (4).



**Figura 1.** Respuesta sexual según W. Masters y V. Johnson (3).

En 1979 Hellen Kaplan añadió una quinta fase, **el deseo**, que precede a todas las anteriores. La respuesta sexual sufre variaciones significativas en el embarazo y PP. Entre el año 2000 y 2002 Basson propone: “*el deseo sexual surge en respuesta a algún estímulo o situación que lo facilita*” (5) (6).

## 1.2. Disfunciones sexuales

El período gestacional y la etapa PP se relacionan con la disfunción sexual (DS) en la mujer. La disfunción sexual fue incluida en el DSM-IV en 1994 y se define como: “*la alteración de cualquier fase de la respuesta sexual e impide el disfrute satisfactorio de la sexualidad*”. El DSM-IV se basa en los modelos tradicionales de Masters y Johnson o Kaplan, mientras que el DSM-5 se basa en el modelo de Basson. Este último, incluye únicamente 3 tipos de disfunción sexual de la mujer y hace una diferenciación entre las DS femeninas y masculinas (6). Los 3 tipos de DS según el DSM-5 (5):

- Trastornos del interés o excitación femenina
- Trastorno orgásmico femenino
- Trastorno del dolor genito-pélvico o penetración

La DS también se puede clasificar según el periodo en que aparece (tabla 1)

TIPO DE DISFUNCIÓN	DEFINICIÓN
<b>Primaria</b>	Se presenta a lo largo de toda la vida
<b>Adquirida</b>	Se presenta después de un periodo de actividad sexual normal
<b>Generalizada</b>	Se presenta con cualquier pareja y en cualquier situación
<b>Situacional</b>	Se presenta con una pareja determinada y en una situación determinada

**Tabla 1.** Tipos de disfunción sexual

Para medir el grado de disfunción en la mujer se utiliza el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) **anexo 1**, incluye 19 preguntas que se agrupan en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta está asociada a una puntuación que va desde 0 a 5. La puntuación que se obtiene de cada

dominio se multiplica por un factor y finalmente se hace la suma de la puntuación obtenida en cada dominio. Una puntuación menor a 26,55 indica disfunción sexual.

### **1.3. Sexualidad en el embarazo y postparto**

El embarazo y posparto son períodos en los que la sexualidad se expresa de forma diferente en cada gestante. Además de los ya mencionados, influyen una serie de factores como son: los cambios en la imagen corporal, la disminución de energía, la adaptación a las nuevas funciones sociales o los cambios de humor (5).

Los cambios que se producen en la sexualidad se pueden clasificar según los periodos de la gestación. Masters y Johnson afirmaron que en el primer trimestre se produce una disminución del deseo y de la satisfacción sexual. Mientras que en el segundo trimestre se produce un aumento. Finalmente, en el último trimestre se produce una disminución de la frecuencia de actividad sexual y el erotismo. Por otro lado, Solberg y Perkins concluyeron que el deseo, la frecuencia coital y el orgasmo disminuyen a lo largo de todo el embarazo (4).

Actualmente la evidencia científica se inclina más por un descenso del interés sexual, de la frecuencia de coitos, de la capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual durante todo el proceso. (2)

El embarazo y posparto se toman como períodos asexuales y centrados en el cuidado del hijo/a. A menudo los profesionales de la salud no ofrecen una educación sexual efectiva a las mujeres embarazadas y a sus parejas que, además, no suelen saber dónde obtener información. En muchas ocasiones la obtienen de familiares o amigos. Además, la sexualidad sigue teniendo múltiples tabúes y mitos. Estas falsas creencias hacen que tanto la mujer como la pareja tengan miedos y temores. Se genera miedo a provocar abortos, complicaciones o incluso a desencadenar el parto (7).

## **2. Justificación del estudio**

Teniendo en cuenta las afirmaciones anteriores, los profesionales de la salud podrían ser muy útiles para dar un enfoque diferente a la sexualidad en las visitas y controles. Las matronas tienen un trato muy cercano con las gestantes por lo que se podría aprovechar para dar consejos sobre la sexualidad. Muchas veces sólo se habla de los riesgos y/o daños (8). Es cierto que en algunas ocasiones el coito está contraindicado, pero esto no significa que no puedan mantenerse otro tipo de

relaciones. Sería muy adecuado mencionar los cambios fisiológicos que se producen a lo largo de cada trimestre y explicar cómo pueden afectar a su sexualidad. Una buena educación sexual y comunicación por parte del profesional influiría de manera muy positiva.

El tema de la sexualidad durante la gestación y el posparto aún está poco estudiado. Es evidente que se producen una serie de cambios sexuales, aun así, la información que existe es limitada. Muchos artículos se basan en la relación que existe con la disfunción sexual y pocos muestran una visión sobre como las parejas pueden adaptar su vida sexual a los cambios producidos.

Las relaciones sexuales juegan un papel fundamental en la calidad vida de las mujeres, por lo que es importante estudiarlas. Son varios los estudios que muestran la importancia de la educación sexual, por lo que sería muy importante investigar más sobre las variaciones que se producen para poder prestar información a las parejas.

El presente trabajo se basa en el estudio del comportamiento sexual de las gestantes y puérperas, dado que existe una falta de seguimiento en la práctica clínica. El papel de la matrona, que es profesional de enfermería, es fundamental. Es por todo esto que me ha parecido relevante a la vez que interesante realizar una revisión de los artículos existentes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo principal**

- Describir las características de la sexualidad y sus modificaciones en las mujeres durante el embarazo y puerperio.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Conocer cómo afectan los cambios producidos en el embarazo y posparto a las relaciones sexuales.
- Conocer las diferencias en la actividad sexual a lo largo de los tres trimestres.
- Describir la posible relación entre el embarazo y el posparto con la disfunción sexual.
- Describir la importancia de la educación sexual impartida por el personal sanitario durante el embarazo y puerperio.

## **4. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS**

La búsqueda se ha basado en una revisión sistemática bibliográfica de las características de las relaciones sexuales durante el embarazo y el posparto, incluyendo la relación de la disfunción sexual y estos periodos, así como la importancia de la educación sexual.

Los artículos se han seleccionado de las principales bases de datos como PubMed, Scielo, Google académico y SCOPUS (Elsevier), así como en el Brumario de la Universidad de Salamanca.

Palabras para búsqueda: sexual function, sexual behaviour, sexuality, pregnancy, pregnant, postpartum and sexual education

Palabras para la búsqueda en español: relaciones sexuales, embarazo, posparto, puerperio y educación sexual.

### **4.1. Criterios de inclusión**

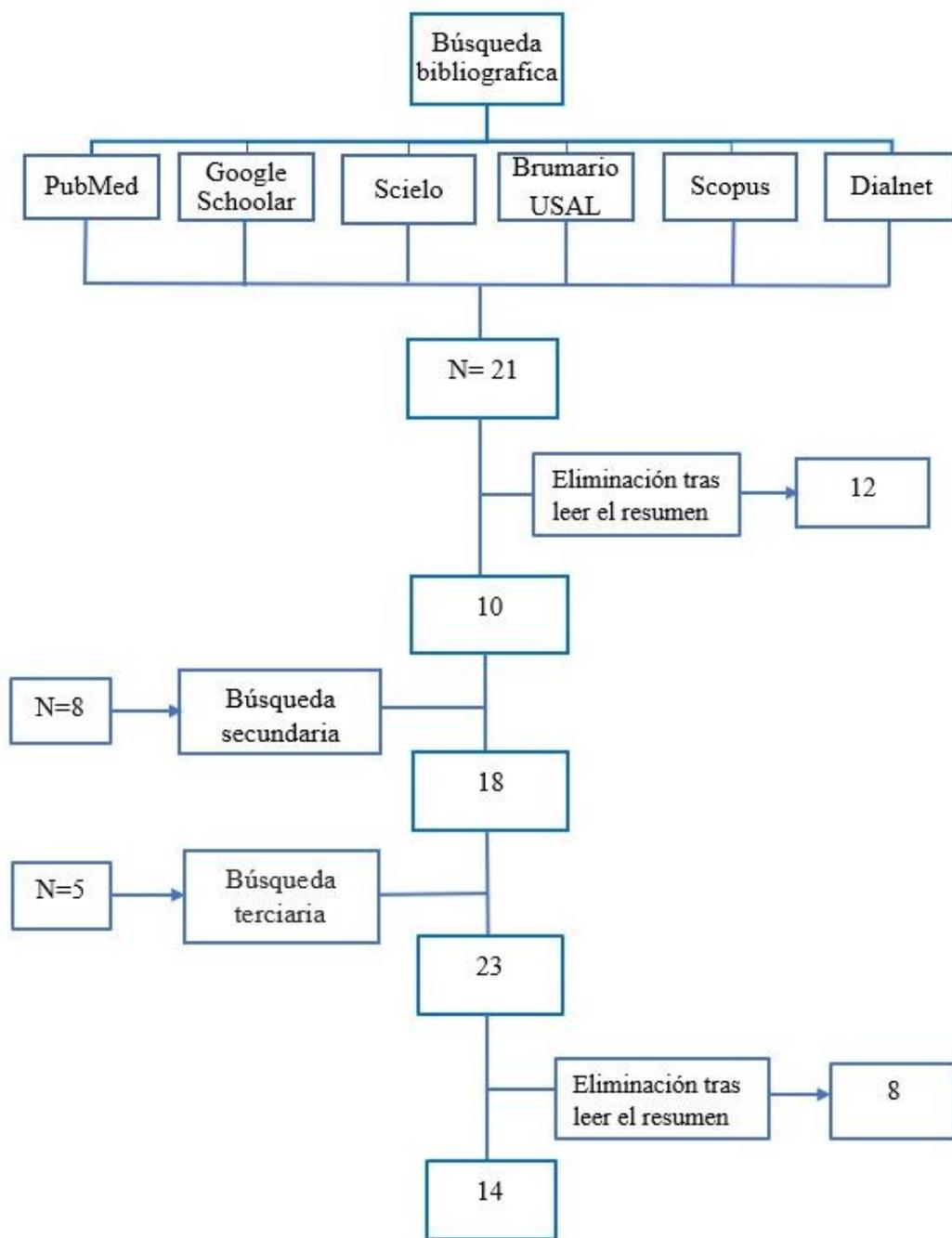
- Artículos en inglés o español.
- Artículos gratuitos.
- Artículos que incluían resumen.
- Artículos publicados a partir de 2001.

### **4.2. Criterios de exclusión**

- Artículos que no incluyen información sobre el tema tratado.
- Artículos en idiomas diferentes a los mencionados.
- Artículos de pago.
- Artículos publicados antes de 2001.

Se han seleccionado un total de 14 artículos; 2 de Pubmed, 2 de Scielo, 7 de Google académico, 1 de SCOPUS (Elservier), 1 del brumario de la Universidad de Salamanca y 1 de Dialnet.

Se han utilizado 8 revisiones bibliográficas, 2 estudios transversales y 4 ensayos clínicos.



*Figura 2. Diagrama de flujo de selección de estudios*

<b>AUTOR AÑO/PAÍS</b>	<b>ESTUDIO/ REVISTA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
<b>A.O. Yaniel &amp; E.Petri 2013</b>	Revisión bibliográfica (RB) <i>Revista Internacional de Urogynecology</i>	La función sexual disminuye a lo largo del embarazo. El 90% no retoma las relaciones hasta pasados los 6 meses del parto.	El embarazo y el parto influyen en las relaciones sexuales. Es necesario realizar más estudios con cuestionarios validados y con grandes muestras.
<b>S. Martín de María 2001/ ESPAÑA</b>	RB <i>Federación de Matronas</i>	En la sexualidad durante el puerperio influyen aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La mayoría de las parejas tardan en reanudar el coito entre 5-7 semanas.	Se debe dar una visión tridimensional a la sexualidad. La mayoría de las parejas tienen problemas sexuales tras el parto. La matrona cumple un papel fundamental en la educación sexual.
<b>Zeelha Abdool, Ranee Thakar y Abdul H.Sultan 2009/IRLANDA</b>	RB <i>Revista Europea de Obstetricia y Ginecología y Biología Reproductiva</i>	El dolor perineal y la dispareunia, relacionados al trauma perineal, afectan a la actividad sexual. El parto asistido aumenta la probabilidad de DS. El deseo sexual está disminuido en el PP. La lactancia materna lo disminuye.	Existe poca investigación sobre la sexualidad en el PP. Se debe tener en cuenta la etiología y patogenia de la disfunción PP, así como las variaciones individuales. A los 6 meses suelen retomarse las relaciones.
<b>Ángeles maría Márquez Carrasco. Marina rico Nieto 2016/ESPAÑA</b>	RB <i>Revista Enfermería Docente 2016; agosto- diciembre</i>	Las relaciones sexuales durante el PP dependen de los sentimientos de la mujer, los cambios hormonales y la propia imagen. Otros aspectos son el temor a la dispareunia o nuevo embarazo y los conflictos de la pareja.	En la sexualidad PP influyen los aspectos psicosociales y físicos. Existe falta de información para las parejas. El papel de la matrona es fundamental.

<p><b>Benito Maiellano</b> 2020/ ESPAÑA</p>	<p>RB <i>Journal of negative &amp; no positive results</i></p>	<p>La RS en la gestación está afectada por cambios físicos y hormonales. Algunas parejas van reduciendo las relaciones a medida que avanza la gestación y otras desde el principio. La satisfacción sexual también disminuye.</p>	<p>La mayoría de los autores coinciden en la disminución gradual de la satisfacción, actividad sexual, frecuencia coital y el deseo. Influye la sexualidad pregestacional. Es fundamental la educación sexual por parte de profesionales</p>
<p><b>María García Mazón.</b> 2016. España</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo, longitudinal y prospectivo. <i>Matronas profesión</i></p>	<p>La satisfacción sexual, la erótica y la capacidad sexual disminuyen en el tercer trimestre. El deseo aumenta en el segundo trimestre y disminuye en el tercero.</p>	<p>El deseo y la erótica disminuyen a lo largo de la gestación, pero no influye en la satisfacción y convivencia de la pareja. La matrona debe ofrecer la información necesaria.</p>
<p><b>Marta Rodríguez León y Enrique Ramón Arbués.</b> 2013. España</p>	<p>Estudio transversal (ET) <i>Enfermería global.</i></p>	<p>Las relaciones sexuales disminuyen a lo largo de todo el embarazo, pero las mujeres se encuentran satisfechas con su vida sexual. La información la obtienen de internet y amistades.</p>	<p>Es necesario prestar una buena educación sexual por parte de los profesionales sanitarios.</p>
<p><b>Raquel Escudero Rivas.</b> 2015. España</p>	<p>Estudio observacional prospectivo. <i>Universidad de Granada.</i></p>	<p>Existe una disminución en la frecuencia de las relaciones, del orgasmo y de la satisfacción durante toda la gestación que se recupera en el PP. El dolor aumenta en la semana 38 y mejora en el PP.</p>	<p>Muchas variables influyen en el comportamiento sexual. Hay que indagar en las variaciones que se producen a lo largo de los trimestres para dar una buena educación sexual y evitar la disfunción.</p>
<p><b>Sofía Piñero Navero.</b> 2010. España</p>	<p>ET <i>Nure Investigación</i></p>	<p>Las relaciones sexuales disminuyen a lo largo del</p>	<p>Se debe incidir en la importancia de la</p>

		embarazo, pero las mujeres se encuentran satisfechas.	educación sexual por personal cualificado.
<b>Ola Gutzeit, Gali Levy &amp; Lior Lowenstein. 2019</b>	RB <i>Sexual Medicine</i>	El traumatismo perineal severo y la lactancia influyen negativamente. El modo de parto no tiene efecto significativo. La episiotomía no se considera factor de riesgo en la DS.	Una mayor información para las mujeres y el ginecólogo sobre este tema llevaría a una mejor comprensión.
<b>Lizeth Alicia Gonzales Ysla. 2015. Perú</b>	Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. <i>U. Nacional Mayor de San Marcos.</i>	De las 306 gestantes el 82% tuvieron DS. Influyen factores socioculturales, biológicos y asociados a las creencias.	Los principales factores son: la paridad, la EG, no recibir información, pensar que pueden causar daño al bebe, las complicaciones en el embarazo o parto y la obligación de satisfacer a la pareja.
<b>Mariangela Carta Peña &amp; Mireya González Blanco. Venezuela. 2016</b>	Estudio prospectivo descriptivo, comparativo, trasversal. <i>Rev Obstet Ginecol Venez vol.76.</i>	De las 345 gestantes 63,5% tuvieron DS. La fase más afectada fue el deseo y el coito la actividad predominante. La dificultad en las posiciones y el miedo al aborto limitaron la actividad sexual.	Existe una elevada prevalencia de disfunción sexual y hay una gran desinformación por parte de las mujeres.
<b>Beatriz Fernández &amp; Encarnación Suerio Domínguez. 2017</b>	RB <i>REIPE</i>	Tanto en el embarazo como en el PP influyen una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales.	
<b>Ángeles María Márquez Carrasco, Marina Rico Neto, María de los Reyes Leo Rodríguez 2015</b>	RB <i>Paraninfo digital. Monográficos de investigación en salud.</i>	En el PP se producen una serie de cambios que influyen en las relaciones sexuales. La matrona debe prestar información a la pareja, sin que ellos la demanden.	Se debe dar información que ayude a acabar con los miedos y mitos. Además, se deben explicar los cambios que se producen e intentar que la pareja se apoye mutuamente.

**Tabla 2. Análisis de los estudios seleccionados.**

## 5. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados principales obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados.

### 5.1. Conocer cómo afectan los cambios en el embarazo y puerperio a las relaciones sexuales.

Durante el embarazo y PP se producen una serie de cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales (3) (5) (9) que van a influir directamente en las relaciones sexuales de la gestante y su pareja. Son pocos los artículos que estudian cómo afectan los cambios, que se producen en el cuerpo de la mujer, al embarazo y PP.

Dentro de los **cambios físicos**: la presencia de náuseas, vómitos o sensibilidad mamaria, que se producen sobre todo en el primer trimestre, pueden estar relacionados con la disminución de la frecuencia coital (3). El aumento de flujo sanguíneo va a llevar a que aumente la sensibilidad genital y mamaria (5) (9).

Cuando la gestación se va acercando al final se produce un aumento del volumen del útero que va a dificultar algunas posturas sexuales (3) (9). También influye el aumento de la curvatura lumbar, la aparición de hemorroides y la incontinencia urinaria (3). Existe un aumento de la lubricación (5) (9) que en algunas mujeres va a aumentar la satisfacción y en otras la va a disminuir.

Cambios físicos	
Náuseas, vómitos y sensibilidad mamaria	↓ Frecuencia coital
↑ Flujo sanguíneo	↑ Sensibilidad genital y mamaria
↑ Volumen del útero	Dificulta las posturas sexuales
↑ Lubricación	↑ Satisfacción o ↓ Satisfacción

*Tabla 3. Repercusiones sexuales de los cambios físicos*

Los **cambios psicológicos** van asociados a la propia imagen de la mujer, que se siente menos atractiva a lo largo de la gestación (2) (9), sobre todo a partir del segundo trimestre (2). Algunos estudios afirman que las parejas tienen miedo a hacer daño al bebé, mientras que otros demuestran que este temor no existe (2).

La visión de la gestante como un ser asexual, hace que haya una menor aceptación social a la hora de mantener relaciones sexuales (9). Pensar que el acto sexual es sólo el coito también influye negativamente (9).

En el periodo puerperal hay una **disminución de estrógenos** que influyen en la tristeza puerperal, el adelgazamiento de las paredes de la vagina y la disminución de la lubricación (10) (9) (11) (12).

El **aumento de prolactina**, responsable de la lactancia, se asocia a la disminución de testosterona, que es responsable del deseo sexual (11) (12) (13). El **aumento de oxitocina** durante la lactancia puede producir excitación sexual (10) (11) (12). La lactancia se relaciona con niveles bajos de estrógenos, andrógenos y progesterona, lo que disminuye la lubricación vaginal, aumenta la sensibilidad de los senos y disminuye el deseo sexual (1).

Lactancia materna y función sexual	
↑ prolactina y ↓ testosterona	↓ deseo sexual
↑ oxitocina	↑ excitación sexual
↓ estrógenos, andrógenos y progesterona	↓ lubricación vaginal y deseo sexual ↑ sensibilidad mamaria

*Tabla 4. Repercusión de la lactancia materna en la función sexual*

La lactancia puede hacer que las madres no sean capaces de ver el pecho como fuente de alimento para su bebé y como un elemento erótico al mismo tiempo (11) (12) (10). Sí es cierto que algunas mujeres pueden sentirse más atractivas porque se produce un aumento del tamaño mamario (12) (13).

En el PP la mujer puede seguir teniendo la percepción de ser menos atractiva para su pareja (10) (11) (12). Pueden tener una baja autoestima que se relaciona con la disminución de la libido.

Tras un parto en el que haya habido un trauma perineal muchas mujeres pueden tener dispareunia (10) (13) (14). Este síntoma puede provocar que retomen las relaciones más tarde. Muchas mujeres pueden desencadenar temor a sufrir dolor durante la penetración (12). A su vez, las mujeres temen a no excitarse igual tras el parto (10), ya que en ocasiones pueden pensar que sus genitales han cambiado.

## 5.2. Conocer cómo es la actividad sexual en la gestación y postparto

Generalmente, la función sexual disminuye a lo largo de toda la gestación, empeorando a medida que transcurre (5) (14). Según el estudio de Raquel Escudero Rivas: “*Modificaciones de las relaciones sexuales durante el embarazo y puerperio*”: comparando las relaciones sexuales en la etapa previa a la gestación y durante esta, existe una disminución progresiva de la frecuencia, recuperándose de manera parcial en el PP (3). También es cierto que en algunos casos las gestantes no sufren modificaciones en su actividad sexual.

A veces, la actividad sexual de la pareja puede estar influenciada por la actividad que mantenían antes de la gestación. Las parejas que están satisfechas con sus relaciones sexuales se mantienen así durante la gestación y PP (3) (14). Por otro lado, las parejas con una actividad sexual más pobre tienden a empeorar de manera más rápida (2). La actividad sexual durante el primer trimestre es fundamental para el resto de embarazo y PP (3).

**La satisfacción sexual disminuye** a medida que el embarazo avanza (2) (3). Algunos estudios afirman que la satisfacción sexual disminuye a lo largo de toda la gestación, siendo en el tercer trimestre cuando alcanza el mínimo valor (2) (3) (5). Mientras que otros estudios afirman que la satisfacción sexual alcanza un valor más bajo en el primer trimestre en comparación con el segundo y tercero (15). Esto coincide con los estudios tradicionales realizados por Prado y Col, y de Hanafy y Col. Los artículos coinciden en que **la mayoría de las mujeres se sienten satisfechas** con su actividad sexual (5) (6) (14) (15). La disminución progresiva de la sexualidad sufre una recuperación en el PP, que sin embargo no alcanza los valores previos a la gestación (3).

Según algunos de los estudios, **el deseo disminuye en el primer trimestre, para aumentar en el segundo** y volver a disminuir en el tercero (2) (5) (14). Esto coincide con los estudios tradicionales. Por otro lado, existen gestantes en las que su deseo sexual **aumenta debido a la nueva forma que adopta su cuerpo** (5). En el PP los problemas de pérdida de deseo sexual aumentan a los 3 meses y disminuyen a los 6 meses (1) (14). El estudio de Beatriz Rodríguez Fernández y Encarnación Suerio Domínguez: “*Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación*

*afectivo-sexual*” describe que en el período PP la disminución del deseo sexual continúa incluso después del primer trimestre desde el nacimiento (9). En el estudio de Ángeles María Márquez Carrasco, Marina Rico neto y María de los reyes Leo Rodríguez: “*Competencias profesionales: el papel de la matrona en el reanudar de la relaciones sexuales tras dar a luz*”, afirman que el deseo sexual de la mujer tras dar a luz comienza a normalizarse desde la semana 7 a la 13 (10).

**La excitación** según el estudio de *María García de matronas profesión*: “*El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación*”: **disminuye** a lo largo de la gestación. En este artículo se afirma que estos datos coinciden con otros estudios (2). En el embarazo se encuentra afectada por el aumento de la vasocongestión, que en algunas mujeres va a producir dolor o irritación (3) (5) (12). En el posparto la excitación está influenciada por las episiotomías (14) y por la lactancia materna como se ha mencionado anteriormente.

Las gestantes encuentran **difícil** alcanzar **el orgasmo** a partir del segundo trimestre (6) (16). El orgasmo **disminuye aún más en el tercer trimestre** (3) (15) y sobre todo a partir de la semana 38 (3). Esto puede deberse a que se producen espasmos que obstaculizan el orgasmo, debido al aumento de la vasocongestión y a las contracciones de los músculos del útero y de la pelvis (3) En el periodo PP también encuentran dificultad para alcanzarlo. A partir del 6º mes mejora la frecuencia en el orgasmo (3) (14). De media se tarda 3 meses en alcanzar el orgasmo de nuevo (10).

En cuanto al tipo de relación, sabemos que nuestra sociedad se centra sobre todo en el coito. El **número de coitos disminuye** a lo largo de la gestación (2) (3) (5) sobre todo en el segundo y tercer trimestre (2).

En el estudio de Sofía Piñero Navero “*Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo*” se evalúa la función sexual de 103 gestantes. En el estudio el 45,1% de las mujeres tiene **el interés sexual disminuido**, pero el 42,2% dicen que es el mismo que previo al embarazo. En cuanto a la **frecuencia de los coitos** un 54,2% **disminuye** a 1 coito por semana, pero 35,4% mantiene los mismo que en la etapa previa. **Las relaciones orogenitales disminuyen**, sobre todo en la mujer. **La autoestimulación sexual** no se practicaba en un 58,8% y las que la practican a lo largo del embarazo **dejan de hacerlo**. En este estudio el 90,9% de las gestantes encuentran

su vida sexual **satisfactoria**. Las mujeres dan bastante importancia a las relaciones sexuales (16).

Según en el estudio de Marta Rodríguez León y Enrique Ramón Arbúes: “*Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada*”. Utilizando una muestra de 74 gestantes atendidas. El **interés sexual** se encuentra **disminuido** de manera significativa en cada uno de los trimestres de la gestación. **La frecuencia de coitos** se encuentra **disminuida** también. **La autoestimulación** **aumentó en el segundo trimestre** para un 44,59%, pero **en el primer y tercer trimestre disminuyó**, para un 58,10% y un 75,67% de manera respectiva. El embarazo provocó una disminución significativa de la satisfacción sexual, pero la mayoría seguían encontrando su vida sexual **satisfactoria**. (7)

	Interés sexual	Frecuencia coital	Autoestimulación	Satisfacción
Estudio de <b>Sofía Piñero Navero</b>	↓ 45,1% = el 42,2 %	↓54,2% = 35,1%	Dejan de realizarla durante la gestación	90,9% están satisfechas
Estudio de <b>Marta Rodríguez León y Enrique Ramón Arbúes</b>	↓	↓	↑ segundo trimestre ↓ primero y tercero	Satisfechas

*Tabla 5. Tabla resumen de resultados*

### 5.3. Conocer la relación entre la gestación y el posparto con la disfunción sexual

Muchos estudios se centran en analizar si el embarazo o los cambios que se producen durante este período producen disfunción sexual. Para analizar la DS la mayoría de los estudios utilizan el IFSF ([anexo 1](#)), que ha sido explicado en apartados anteriores. Según este índice una puntuación igual o menor a 16,5 se considera disfunción sexual.

Orostegui en 2019 realizó un estudio en que se reportó que **la prevalencia de la disfunción sexual** pasaba de un **23% previo al embarazo a un 67% durante la gestación** (5).

En el artículo de Lizeth Alicia Gonzales Ysla “*Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el hospital de Lurigancho en los meses de julio-septiembre de 2015*” se estudia una muestra de 306 gestantes. De estas mujeres **el 82% (n=251) presenta disfunción sexual** y el 18% (n=55) no presenta disfunción sexual (17). En este estudio se encuentran como principales causas:

- Nuliparidad
- No planificar el embarazo
- No recibir información
- El sobrepeso
- Creer que las relaciones pueden provocar complicaciones en la gestación o daños en el bebé

En el artículo de Mariangela Carta Peña y Mireya González blanco “*Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo*” se estudia una muestra de 345 gestantes, de ellas **219 (63,5%) tenían disfunción sexual**, cursando la mayoría (75%) en el tercer trimestre de embarazo (15). Entre las razones más comunes se encuentra:

- Dificultad en las posturas
- Miedo a hacer daño al bebé
- Miedo al aborto

Otros estudios señalan como causas de disfunción sexual: la menor estimulación, la menor satisfacción durante las relaciones y los mitos y creencias. La disfunción sexual podría estar también relacionada con una mala autoimagen, depresión y edad materna (14)(9).

El dolor y la dispareunia después del parto están relacionados con la disfunción sexual (14) (13) . Según la conferencia Internacional del desarrollo el trastorno del dolor se divide en dispareunia y vaginismo (13)(14). La dispareunia está relacionada con la episiotomía, el modo de parto y el trauma perineal (3) (14) (13).

El modo de parto es uno de los factores que se estudia como causa de la disfunción sexual en el periodo puerperal. Existe cierta controversia acerca de qué tipo de parto provoca una mayor disfunción sexual, diferenciando entre:

- Vaginal
- Vaginal instrumentado
- Cesárea

**En el parto vaginal y vaginal instrumental** se producen daños en el periné (1). El traumatismo perineal se asocia con una función sexual disminuida, ya que provoca una mayor probabilidad de dispareunia (1) (13). Por lo tanto, el parto vaginal instrumentado o vaginal con episiotomía podrían ser factores de riesgo de DS. En un estudio realizado a 626 mujeres primíparas se encontró que las que tenían traumatismo perineal tenían más probabilidades de sufrir dispareunia frente a las que tenían el periné íntegro (13). En contraposición a esto Andrews et al hallaron que entre las mujeres sexualmente activas a las 7 semanas PP, no existía diferencia en el grado de trauma perineal (13).

En cuanto a la **cesárea electiva**, no existe evidencia clara de que proteja del deterioro de la función sexual (14). En un estudio realizado a 55 primíparas que dieron a luz por vía vaginal y 44 mediante cesárea electiva, se concluyó que las primeras tenían más dispareunia a los 3 meses PP (1). Barrett et Col analizaron a 484 gestantes y concluyeron que tenían más dispareunia a los 3 meses las que habían dado a luz mediante partos vaginales asistidos. A pesar de los datos obtenidos, los artículos consideran que la relación no es significativa. Es por esto, que se necesitan realizar más estudios para comprobar cierta relación.

En el posparto las principales **causas de disfunción sexual** son: la edad, la lactancia, la depresión, el cansancio, la inactividad sexual, la imagen corporal y las preocupaciones sobre quedar embarazada (14).

Las relaciones suelen comenzar a retomarse en la sexta semana (5). A los **6 meses** la mayoría de las parejas ya han reanudado las relaciones sexuales (1) (14) (13).

#### **5.4. Describir la importancia de la educación sexual impartida por el personal sanitario durante el embarazo y puerperio**

La gran mayoría de las mujeres gestantes están de acuerdo en que quieren que en las clases de preparación al parto se les aconseje sobre las relaciones sexuales durante la gestación. Casi todas las gestantes consideran fundamental la actividad sexual durante la gestación.

En el estudio de María García Mazón: “*El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación*”: las gestantes mostraron interés por su vida sexual a lo largo de los 3 trimestres, llegando a un **86% en el segundo trimestre de gestación**. (4) En el estudio de Sofía Piñero podemos ver que **sólo un 21% de las gestantes recibieron información** y que sin embargo a un **95% les gustaría recibirla**. En el estudio de Mariangela Carta Peña y Mireya González Blanco: “*Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo*” podemos ver que 110 mujeres (31,9%) recibieron información por parte del médico, pero **104 mujeres (30,1%) no recibieron información sobre la sexualidad** (15).

La maternidad/paternidad suponen una situación de vulnerabilidad en la que es necesario el bagaje personal y sexual para que el afrontamiento sea adaptativo. Un componente destacado es la educación afectivo-sexual (9).

La falta de información produce una inhibición de las relaciones sexuales por el miedo a provocar: complicaciones, el parto o un parto prematuro (5).

Las fuentes de información son muy diversas, las más habituales son las amistades, los familiares o internet (2) (5) (6) los profesionales de la salud son la fuente menos habitual (6). Entre los profesionales de la salud, la matrona es la que más información aporta sobre este tema. El médico de atención primaria y ginecólogo no aporta apenas información (2).

La matrona debe explicar que no sólo se trata de relaciones coitales, además debe explicarles cual es el método anticonceptivo más adecuado. Los profesionales deben tomar la iniciativa a la hora de prestar información (10).

La desinformación está relacionada con la disfunción sexual (17). Se ha demostrado que una educación sexual con mejor nivel disminuye significativamente el riesgo de padecer disfunción sexual (6) Una buena educación puede desmitificar algunos de los temores y miedos (6) (12) (16) (17).

## 6. CONCLUSIONES

En la gestación y PP se producen una serie de cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales en la mujer. Dichos cambios influyen de manera directa en las relaciones sexuales de los futuros padres. La mayoría de estas variaciones van a provocar que se produzca una **disminución de la actividad sexual**. En el PP se deben tener en cuenta las alteraciones hormonales que provoca la lactancia materna.

**El deseo** generalmente disminuye a lo largo de la gestación, aunque en algunos estudios se observa que en el segundo trimestre muchas mujeres sufren un aumento. **La excitación y el orgasmo** se ven afectados por estos periodos. Es más difícil alcanzar el orgasmo a partir del segundo trimestre. **La satisfacción sexual** disminuye también a lo largo de la gestación, pero las mujeres encuentran satisfactoria su vida sexual.

**Existe relación entre el embarazo y la disfunción sexual**. Las causas son múltiples y varían en cada gestante. Entre las más comunes encontramos el miedo a provocar complicaciones o hacer daño al bebe. En el PP también encontramos que existe cierta disfunción sexual. El modo de parto es una de las causas que podría estar relacionada, pero se necesitan más estudios para corroborarlo. Las relaciones sexuales vuelven **al estado previo alrededor de los 6 meses PP**.

Existe una **falta de educación sexual** a las mujeres y sus parejas durante el embarazo y el puerperio. La mayoría de las mujeres afirman que les gustaría recibir información por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, son pocas las parejas que afirman haber recibido educación sexual durante estos periodos. Una buena educación sexual a las mujeres podría disminuir la presencia de disfunción sexual y eliminar los múltiples mitos que a día se conservan.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Ola Gutzeit GLLL. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*. [Internet].; 2019 [citado 22 Febrero 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31837965/>.
2. Mazón MG. El deseo sexual a lo largo de la gestación. *Matronas profesión..* [Internet].; 2016 [citado 12 Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-deseo-sexual-en-el-embarazo.pdf>.
3. Escudero Rivas R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante la gestación. Universidad de Granada. [Internet].; 2015 [citado 23 Febrero 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/41975/25634252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. García Romero M. Universidad de Cádiz. [Internet].; 2013/2014 [citado 4 Marzo 2021]. Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. Maiellano B. Identificación de los cambios en el comportamiento sexual. *Journal of negative*. [Internet].; 2020 [citado 12 Marzo 2021]. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3673>.
6. Moyano N, Sierra JC. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica..* [Internet].; 2015 [citado 18 Febrero 2021].  
Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988009.pdf>.
7. Rodríguez León M, Ramón Arbués E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer. *Enfermería Global*. [Internet].; 2013 [citado 12 de Marzo 2021]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/enfermeria1.pdf>.

8. Rodríguez FM. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. AEEM.. [On].; 2016 [citado 12 de Marzo 2021]. Disponible en: <https://aeem.es/informam/103.pdf>.
9. Rodríguez Fernández B, Sueiro Domínguez E. Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. Revista de estudios e investigación en psicología y educación. [Online].; 2017 [cited 2021 Marzo 12]. Disponible en: <https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.3034>.
10. Carrasco M, Ángeles María RN, marina DlrLRM. Competencias profesionales: el papel de la matrona en el reanudar de las relaciones sexuales tras dar a luz. Paraninfo digital. [Internet].; 2015 [citado 30 Marzo 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/508.pdf>.
11. María Md, S. Sexualidad en el puerperio. Matronas profesión. [Internet].; 2001 [citado 12 Marzo 2021] Disponible en : [https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/11/SMartindeMaria\\_Sexualidad-en-el-puterperio.pdf](https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/11/SMartindeMaria_Sexualidad-en-el-puterperio.pdf).
12. Carrasco ÁMM, Neto MR. Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad postparto. Enfermería Docente. [Internet].; 2016 [citado 12 Marzo 2021] . Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/107pdf/10726.pdf>.
13. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. [Internet].; 2009 [citado 12 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211509002589>.
14. Yeniel A, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. International Urogynecology Journal. [Internet].; 2014 [citado 12 Marzo 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-013-2118-7>.
15. Carta Peña M, González Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.. [Internet].; 2016 [citado 11 Marzo 2021]. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es).

16. Piñero Navero Sea. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. Nure investigación. [Internet].; 2010 [citado 12 Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/518/507>.
17. Gonzales Ysla LA. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio–setiembre 2015. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. [Internet].; 2015 [citado 12 Marzo 2021] .  
Disponible en : <https://core.ac.uk/download/pdf/323348517.pdf>.
18. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. REV CHIL OBSTET GINECOL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA. [Internet].; 2004 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v69n2/art06.pdf>.

# ANEXO 1. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

## 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 discomfort 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 discomfort 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 discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
  - Muy alto
  - Alto
  - Moderado
  - Bajo
  - Muy bajo o nada

**Figura 3. Índice de Funcion Sexual Femenina** Extraída del artículo de Juan Enrique Blümel, Lorena Binfa, Paulina Cataldo, Alejandra Carrasco, Humberto Izaguirrey Salvador Sarrá: “Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer”(18)