

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL  
ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.  
CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA,  
2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

Karla María Ludeña Lozano

**ASESORA:**

M. Cs. Obsta. Juana Flor Quiñones Cruz

Cajamarca - Perú  
2024

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Karla María Ludeña Lozano**  
DNI: **73063401**  
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**
2. Asesor: **M.Cs. JUANA FLOR QUIÑONES CRUZ**  
Facultad/Unidad UNC: **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
3. Grado académico o título profesional al que accede:  
 Bachiller     Título profesional     Segunda especialidad  
 Maestro     Doctor
4. Tipo de Investigación:  
 Tesis     Trabajo de investigación     Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación: **FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024**
6. Fecha de evaluación del Software antiplagio: **10/10/2024**
7. Software antiplagio:  **TURNITIN**     **URKUND (OURIGINAL) (\*)**
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**
9. Código Documento: **oid:3117:390654566**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:  
 **APROBADO**     **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 11 de octubre del 2024



**Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR**  
DIRECTORA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS-UNC  
DNI: 26673990

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**Copyright © 2024 by**  
Karla María Ludeña Lozano  
Derechos Reservados

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ludeña K. 2024. **FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024.** /Karla María Ludeña Lozano/69  
**ASESORA:** M. Cs. Juana Flor Quiñones Cruz  
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2024

### **SE DEDICA ESTE TRABAJO A:**

Dios, por ser nuestro creador y ayudarme a culminar con éxito mi tan anhelada carrera, dotándome de buena salud y fortaleza en todo momento.

Mi querida madre y hermanos, por su infinito amor, cariño, paciencia y apoyo constante para la culminación de esta etapa, además de ser el pilar que rige mi vida y mis logros.

**Karla María**

## **SE AGRADECE A:**

Mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca y toda su plana docente, por acogerme y enseñarme, y así hacer posible mi formación profesional, personal y espiritual.

Mi asesora, M. Cs. Obsta. Juana Flor Quiñones Cruz por su dedicación y paciencia infinita. Su dirección académica, llena de sabiduría y estímulo, ha sido fundamental para dar forma a esta investigación y mi crecimiento como investigadora.

Equipo de trabajo que conforma el centro de salud Baños del Inca, por ayudarme y brindarme las facilidades para el desarrollo de la investigación.

Las gestantes que son pieza clave del estudio y participaron activamente en la investigación.

**Karla María**



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

Facultad de Ciencias de la Salud

Av. Atahualpa 1050

Teléfono/ Fax 36-5845



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 2:30 p.m. del 01 de Octubre del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente C.E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores Personales y Sociales Asociados al Índice de Función Sexual durante el Embarazo. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Karla María Ludeña Lozano

Siendo las 3:30 p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: muy buena, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiróz	
Secretario(a):	M.Cs. Nancy Noemi Vásquez Barchales	
Vocal:	M.Cs. Silvia Alforo Revilla	
Accesitaria:		
Asesor (a):	M.Cs. Juana Flor Quinones Cruz	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)

DESAPROBADO (10 a menos)

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	5
1.4. Justificación de la Investigación	5
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1. Antecedentes	7
2.2 Bases Teóricas	11
2.4. Términos Básicos	26
2.5. Hipótesis	27
2.6. Variables	27
2.6.1. Definición conceptual y operacionalización de las variables	28
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>29</b>
3.1. Diseño y tipo de estudio	29
3.2. Área de estudio y población	30
3.3. Muestra	30
3.3.1. Tamaño de la muestra	30
3.4. Unidad de análisis	31
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	31
3.6. Consideraciones éticas de la investigación	32



	<b>Pág.</b>
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	33
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.9. Procesamiento y análisis de datos	34
3.10. Control de calidad de datos	34
3.10.1. Confiabilidad	35
<b>CAPÍTULO IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>41</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>46</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>53</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Factores personales, sociales y obstétricos de las gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024	36
<b>Tabla 2.</b> Índice de Función Sexual de las gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024	37
<b>Tabla 3.</b> Índice de Función Sexual según dominios en gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024	38
<b>Tabla 4.</b> Relación entre los factores personales y sociales e Índice de Función Sexual en gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024	39

## RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre los factores personales y sociales e Índice de Función Sexual en gestantes atendidas. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024. El estudio tiene enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, relacional y corte transversal; de naturaleza prospectiva. La población estuvo constituida por 137 gestantes en los diferentes trimestres de embarazo, quienes cumplen con los criterios de inclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta sobre Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), con un nivel de confiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,71). **Resultados:** se encontró que el 40,9% de las gestantes en estudio oscilan entre las edades de 26 a 35 años; 69,9% procede de la zona urbana; 62,4% tienen secundaria, 68,8% son católicas y 39,8% tienen entre 13 a 24 semanas de gestación. En cuanto al índice de función sexual femenina el 61,3% padece de disfunción sexual; la cual estuvo presente en todos los dominios, encontrándose el 86% en el deseo; 78,5% en la excitación; 80,6% en la lubricación; 83,9% en el orgasmo; 68,8% en la satisfacción y 61,3% en el dolor. Respecto a los factores personales y sociales asociados a disfunción sexual, se identificó que el 24,7% está entre 36 a 45 años; 37,6% proceden de la zona urbana y 40% oscila entre 25 a 40 semanas de gestación. **Conclusión:** existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la edad ( $p = 0,046$ ), procedencia ( $p = 0,025$ ), grado de instrucción ( $p = 0,037$ ) y semanas de gestación ( $p = 0,036$ ), con el índice de función sexual femenina en las gestantes atendidas en el centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.

**Palabras clave:** factores personales y sociales; función sexual.

## ABSTRACT

The objective of this research was to identify the relationship between personal and social factors and the Sexual Function Index in pregnant women attended at the Baños del Inca Health Center. Baños del Inca Health Center. Cajamarca, 2024. The study is a quantitative approach, non-experimental, relational and cross-sectional design; prospective in nature. The population consisted of 137 pregnant women in different trimesters of pregnancy. The data collection technique was the Female Sexual Function Index (FSFI) survey, with a level of reliability (Cronbach's alpha: 0.71). **Results:** 40.9% of the pregnant women under study were between 26 and 35 years of age, 69.9% were from the urban area, 62.4% had secondary school education, 68.8% belonged to the Catholic religion, and 39.8% were between 13 and 24 weeks of gestation. Regarding the female sexual function index, 61.3% suffers from sexual dysfunction; which was presented in all domains, thus finding that 86% was in desire; 78.5% in arousal; 80.6% in lubrication; 83.9% in orgasm; 68.8% in satisfaction and 61.3% in pain. Regarding the relationship between the personal and social factors of pregnant women and sexual dysfunction, it was identified that 24.7% are between 36 and 45 years old; 37.6% come from urban areas and 40% range between 25 and 40 weeks of gestation. **Conclusion:** there is a significant relationship ( $p < 0.05$ ) between age ( $p = 0.046$ ), origin ( $p=0.025$ ), schooling ( $p = 0.037$ ) and weeks of gestation ( $p = 0.036$ ), with the index of female sexual function in pregnant women attended at the Baños del Inca Health Center. Cajamarca, 2024.

**Keywords:** personal and social factors; sexual function

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera a la sexualidad como consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos, sociales y emocionales altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales; pues bien, centrándonos en la mujer, una de las etapas más importantes de su vida es el embarazo, donde se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad, ya sea por conflictos personales o de pareja, adaptación a esta nueva etapa, cambios físicos y psicológicos propios de la gestación y a su vez los sentimientos y emociones nuevos tras la espera de un nuevo miembro a la familia (1). Por ello, la mayoría de las mujeres y sus parejas, sufren modificaciones en su patrón habitual de comportamiento sexual en la época del embarazo, la evidencia disponible se inclina hacia una disminución de la función sexual, interés sexual, de la frecuencia de coitos, de la capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual de la gestante (1).

A nivel internacional en estudios realizados en Colombia y Polonia, datan que gran parte de las mujeres estudiadas presentan disfunción sexual durante el embarazo, y va aumentando a medida que avanza la gestación, siendo predominante en el tercer trimestre y las características asociadas a este problema son la edad, educación, estado civil y lugar de procedencia.

El Perú no es ajeno a esta realidad, debido a que en Arequipa, Cusco y Lima se encontró que más del 50% de la población presentó disfunción sexual durante el embarazo, y como factores predominantes son la edad, nivel de instrucción, religión y edad gestacional.

De este panorama, surge la elaboración de la presente investigación con el objetivo principal de determinar la relación entre los factores personales y sociales e Índice de función sexual en gestantes, estudio que se realizó con la participación de las gestantes en los tres trimestres de embarazo del centro de salud Baños del Inca.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: incluye el planteamiento, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: se describen los antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables, conceptualización y operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: conformado por el diseño metodológico el cuál describe el diseño y tipo de investigación, área de estudio y población, muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, control de calidad de datos, procesamiento y análisis de la investigación.

CAPÍTULO IV: detalla los resultados obtenidos.

CAPÍTULO V: contiene el análisis y discusión de los resultados, en contraste con los antecedentes y estudios citados en la investigación

Finalmente están las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

**La autora**

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Las personas tienen características y rasgos únicos que son factores personales y sociales los cuales interfieren en la toma de decisiones; por ende, el estudio de estos resulta importante al momento de estudiar la sexualidad, debido a que es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico, social y es un aspecto central de la calidad de vida; la cual compromete procesos orgánicos y psicológicos (3). Esto está relacionado directamente con la respuesta sexual, que es una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan el funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, al de la totalidad del organismo, la cual se describe desde el año 1996, por Masters y Johnson como una secuencia cíclica de etapas o fases características (4).

Pues bien, para calificar la sexualidad se emplea un instrumento que mide el índice de función sexual femenina, donde se detallan una serie de dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; las cuales interactúan y se refuerzan o inhiben recíprocamente. Diversos estudios reportan que son múltiples los factores que influyen en cuanto a la actividad sexual, estableciéndose así un grado de disfunción sexual a medida que progresa el embarazo; dentro de los cuales destacan la edad, religión, grado de instrucción, procedencia, vivencia actual de la sexualidad, el impacto del embarazo en su salud, el trimestre de gestación y, otros factores que dependen de cada pareja y de la relación que tengan establecida, como la comunicación, el vínculo, proyecto a futuro, la vida sexual en pareja, y desde luego de la información que dispongan de la sexualidad (2).

Munares y Alvarado (Venezuela, 2021); sostienen que, la sexualidad de las embarazadas se ve afectada por los cambios propios de este periodo incluyendo los

físicos y psicológicos, cursando con modificaciones en su patrón habitual de comportamiento sexual durante el embarazo, evidenciándose disminución del interés sexual, frecuencia de coitos, capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual de la gestante (5). Igualmente en estudios realizados en Colombia, Ecuador y Cuba, se encontró que gran parte de las gestantes presentó disfunción sexual y a medida que progresa el embarazo la función sexual disminuye, siendo más notorio en el tercer trimestre (5).

En investigaciones realizadas en Arequipa, Lima, Cusco y Huacho también se observa que las actitudes y prácticas sexuales van cambiando según el trimestre de gestación, situándose con más predominio en el último trimestre y la mayoría presentó disfunción sexual; por lo que concluye que es una afectación frecuente en las gestantes, disminuyendo la calidad de vida y no teniendo goce pleno de su sexualidad y relación de pareja (6). Entre los factores asociados destacan la cultura, creencias, educación, la situación socioeconómica y cambios fisiológicos durante el embarazo (2).

A nivel regional hay un estudio elaborado por Tingal, donde analizó y determinó las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo, encontrando que hay cambios en la sexualidad que disminuyen progresivamente por trimestres de gestación como es del deseo sexual, frecuencia de relaciones coitales y orgasmo; adicionando los miedos y creencias de generar algún daño al feto (7). Teniendo en cuenta la problemática con respecto al tema en mención, se desarrolló este estudio, que permitió relacionar las características personales y sociales e índice de función sexual. Planteándose la siguiente interrogante.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre los factores personales y sociales e índice de función sexual en gestantes atendidas del centro de salud Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2024?



### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre los factores personales y sociales e índice de función sexual en gestantes atendidas. Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar los factores personales y sociales de las gestantes.
- Estimar el índice de función sexual.
- Establecer el índice de función sexual por dominios.

### **1.4. Justificación de la Investigación**

Los factores personales y sociales son características complejas que diferencian a las personas e influyen en sus acciones. Cajamarca muestra una alta tasa de pobreza, bajo nivel de educación, salud y acceso a los servicios básicos, además de creencias culturales y religiosas muy arraigadas; todo ello repercute en las características de la población en estudio.

Adicionando a lo anterior, el embarazo constituye un periodo crucial en la vida de una mujer y si a esto se aúna la esfera sexual, pues se evidenciará las significativas variaciones que se dan en este periodo; debido a que está expuesta a una serie de cambios que afectan y alteran su conducta sexual, incluyendo modificaciones fisiológicas, psicológicas y biopsicosociales. En la actualidad, el tema de la sexualidad en mujeres embarazadas despierta un creciente interés. La población es cada vez más consciente de que la sexualidad sí importa y que la actividad sexual ha dejado de ser un tema tabú. Además, mientras que en el pasado las mujeres embarazadas solían sentirse poco atractivas, ahora están ansiosas por celebrar el embarazo y se sienten orgullosas de ello.

En la realización de la presente investigación, se buscó abordar los factores sociales y personales relacionados a la función sexual de la gestante y las modificaciones que sufre esta, midiéndola desde los criterios de la escala de Índice de Función Sexual, con el objetivo de conocer la realidad de la población gestante de Baños del Inca y

también establecer la relación entre el embarazo y la actividad sexual, prevenir la disfunción sexual y poder abordarla de una manera integral y oportuna.

Con respecto al valor social y teórico del presente estudio, se basa en que brinda información fiable y sustentada con los resultados obtenidos, abordando los factores personales y sociales y la escala de función sexual, para así generar conocimiento correcto sobre la sexualidad en el embarazo, ayudando que esta etapa sea llevadera. Asimismo, aporta a la investigación en el área de Obstetricia y los resultados servirán de base para futuros trabajos de investigación que evalúen el índice de función sexual en gestantes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**Jaramillo M, Colonia A, Posada G. (Medellín, 2021)**, tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de disfunción sexual durante la gestación y su relación con algunos factores de riesgo y describir el comportamiento sexual de las mujeres embarazadas y postparto. El estudio fue de corte transversal, se aplicó el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), con población de 259 gestantes. En este estudio se encontró prevalencia de disfunción sexual femenina del 60,2%; en cuanto a los factores se halló que el promedio de edad de las pacientes fue de 25 años, con respecto a la edad gestacional la mitad de las pacientes tenían más de 34 semanas, 41% tenían estudios inferiores a superior y más de la mitad de las pacientes convivían en unión libre con su pareja. Concluyen que durante el tercer trimestre de gestación la prevalencia de disfunción sexual es notoria y sucede en más de la mitad de la población estudiada (8).

**Olivares E, Montoya R, Arteaga A. (Colombia, 2021)**, en su investigación tuvo como objetivo describir la prevalencia de la disfunción sexual en un grupo de mujeres gestantes y hacer una exploración de posibles factores asociados en estas mujeres. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, con una población de 98 gestantes; se aplicó el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y se midieron variables sociodemográficas. Como resultado obtuvo que; la edad de toda la población fue entre 21 a 31 años; el 80% tuvo educación secundaria y el 20% educación técnica/universitaria; el promedio de la edad gestacional fue de 28,5 semanas. Tras la aplicación del FSFI el 37,7% de la población tuvo disfunción sexual; de ellas el 62,2% estaban en el tercer trimestre, el 35,1% en el segundo trimestre y el

2,7% en el primer trimestre. Por ende este autor llega a la conclusión que la disfunción sexual se presenta en por lo menos en un tercio de las gestantes, especialmente en el tercer trimestre (9).

**Espitia F. (Colombia, 2020)**, realizó el estudio para determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en gestantes y evaluar su impacto en la sexualidad durante cada trimestre. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y descriptivo, con una población de 1440 gestantes, aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Los resultados obtenidos fueron que la prevalencia de disfunciones sexuales fue 29,47 % en esta escala; 39,79 % en el primer trimestre, 44,37 % en el segundo y 71,87 %, en el tercero. La disfunción sexual presente con más frecuencia, fue el trastorno del deseo (71,94 %), seguido por la alteración del orgasmo (39,79 %) y, en tercer lugar, la presencia de dolor (26,45%); la población estudiada estuvo en el rango de edad entre 18 a 42 años; 57.29% tenían nivel escolar de secundaria; 86,25 % católicas y 78.12% residentes en el área urbana. Vale decir que, en las mujeres de este estudio, se observa un revelador impacto del embarazo en la sexualidad, lo que puede tener efectos negativos sobre el bienestar general y en la relación de pareja, además de una prevalencia de disfunciones sexuales cercana a las  $\frac{3}{4}$  partes de la población estudiada, caracterizadas habitualmente por trastornos del deseo, orgasmo y dolor (10).

**Fuchs A, Checa I, Sikora J, Lorek M, Skrzypulec V, Drosdzol A. (Polonia, 2020)**, tuvieron como finalidad establecer la actividad sexual de las mujeres durante cada trimestre del embarazo, con una población total de 624 gestantes. Fue un estudio de tipo longitudinal y prospectivo. Obtuvieron que 59,1% de las pacientes tenían entre 18 a 30 años, 47,4% tenían título universitario y 86% residían en la zona urbana; en cuanto a las puntuaciones medias para la función sexual general de cada trimestre reveló una disfunción sexual clínicamente relevante en el segundo y tercer trimestre; las mujeres eran más activas sexualmente durante el segundo trimestre, por otro lado, en cuanto a la puntuación total del FSFI el valor más alto correspondió a las mujeres casadas. Por ello concluyen que hay una disminución estadísticamente significativa en el funcionamiento sexual en las mujeres durante el tercer trimestre del embarazo en comparación con el primer y segundo trimestre (11).

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

**Chávez D. (Arequipa, 2023)**, determinó los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del servicio de Obstetricia. Fue un estudio prospectivo y relacional; para el cual se utilizó un cuestionario para factores sociodemográficos, factores obstétricos, creencias y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Se obtuvo que; el 63% tenía instrucción secundaria, 75% edad entre 27 y 40 años y 55.5% grado de instrucción superior. El valor del Índice de la función sexual femenina (IFSF) fue 77% disfuncional. Por ello, concluye que los factores sociodemográficos fueron predisponentes para una disminución del IFSF, mostrando una relación estadísticamente significativa (12).

**Mora S. (Cusco, 2021)**, en su investigación tuvo como objetivo describir la función sexual femenina en el proceso de gestación. El estudio fue descriptivo, no experimental y de corte transversal; con una población de 386 mujeres en proceso de gestación. Los resultados indican que el 79.7% se encuentra en la categoría disfuncional luego de aplicar el índice de Función Sexual Femenina; siendo más notorio en los dominios lubricación y satisfacción. En cuanto a las características personales, con respecto a la edad el 85.7% fueron adolescentes, 77,9% jóvenes y 74,1% mujeres adultas, las que se encuentran en la categoría disfuncional; con respecto al estado civil se presentan disfunción en el 81.7% que eran convivientes, el 66.7% casadas y 77.8% eran casadas y viudas; con respecto al grado de instrucción menciona que no hubo relación significativa con el grado de disfunción sexual. Concluye que la función sexual femenina en el proceso de gestación es disfuncional, siendo notoria en más de la mitad de la población de estudio, predominando en mujeres adolescentes y convivientes (13).

**Chuquimango K. (Lima, 2020)**, determinó el índice de función sexual en gestantes controladas. El estudio fue descriptivo simple, transversal y prospectivo. Se encontró que el 76% estuvieron en el rango de 20 a 34 años, 74% con grado de instrucción de nivel secundario completo y 74% fueron amas de casa. Con respecto a la escala de índice de Función Sexual Femenina se obtuvo que es funcional ya que el 66%, 64%, 64%, 60%, 64% y 50% en los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, respectivamente fueron altos. Por ello concluye que no se hay cambios significativos en cuanto a los dominios del índice de Función Sexual Femenina durante la gestación (14).

**Díaz C, Samalvides F. (Chiclayo, 2019)**, se plantearon identificar los factores asociados a la disfunción sexual en las mujeres gestantes. Fue un estudio de casos y controles, tuvo una población de 342 mujeres siendo 114 casos y 228 controles y se utilizó el Índice de Función Sexual Femenina. Como resultados obtuvieron que la edad promedio fue de 40 años. Además, se encontró que 62,3% presenta disfunción sexual dentro de las cuáles; 45,9% eran casadas y 56,1% con educación secundaria. Los autores concluyen que la disfunción sexual femenina está presente en el embarazo y se asocia con estado civil casada/conviviente y grado de instrucción (15).

**Macedo M. (Arequipa, 2019)**, en su investigación tuvo como objetivo conocer los factores sociodemográficos, biológicos, creencias y conocer las características de la función sexual en gestantes. Fue un estudio de tipo prospectivo y relacional; como instrumento se utilizó una encuesta para factores sociodemográficos, biológicos y el Índice de Función Sexual Femenino. Encontró que 44.4% están entre 26-36 años, 33.3% fueron convivientes, 89.6% tienen grado de instrucción de secundaria completa, 80.6% de religión católica, 52.8% estaban en el tercer trimestre de gestación y el 78.5% de procedencia urbana. El porcentaje de pacientes evaluadas por la escala de IFSF fue que el 75% fue funcional y el 25% disfuncional. Se concluye que las características sociodemográficas que muestran significancia en relación al Índice de Función Sexual en las gestantes son el estado civil y grado de instrucción; por otro lado, más de la mitad de la población de estudio no presentó disfunción sexual durante la gestación (16).

**Palomino F. (Huacho, 2019)**, tuvo como finalidad determinar la frecuencia de disfunción sexual por medio de la aplicación del índice de función sexual en gestantes, fue un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal; constituido por una población de 110 gestantes. El puntaje obtenido del IFSF fue que 98,2% de la población presentaron disfunción sexual y el 1,8% no tuvo alteración; en cuanto a las características personales y sociales de la población; la edad estuvo comprendida entre 18 a 35 años, indiferentemente del grado de instrucción y estado civil. Este autor llega a la conclusión que la mayoría de las gestantes estudiadas presentó una elevada tasa de disfunción sexual por lo cual es una afectación frecuente en las gestantes, disminuyendo su calidad de vida (17).

### **2.1.3 Antecedentes Locales**

**Tingal F. (Cajamarca, 2018)**, determinó y analizó las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo. El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo y transversal. Los resultados que obtuvo fueron que las modificaciones de la actividad sexual coital son, deseo sexual: 95,8%, frecuencia de relaciones coitales: 98,1%; orgasmo: 96,7%. Además, con respecto a las características sociodemográficas en cuanto a la edad el 42,5% estuvo entre 20 a 30 años, 34,6% tenían nivel de educación secundaria ya sea completa e incompleta, 8,9% tenían educación superior universitaria, 57,5% no eran católicas y el 42,5% eran católicas. Se concluye que las características personales de las pacientes en su mayoría son jóvenes con educación secundaria, de estado civil conviviente, de religión no católica y con respecto a la actividad sexual se hallaron cambios en el deseo, frecuencia y orgasmo que fueron disminuyendo a medida que avanzó la gestación (18).

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1. Factores personales y sociales**

Hacen referencia a las características y rasgos únicos de un individuo que influyen en su toma de decisiones. Estos factores incluyen datos demográficos como edad, procedencia, grado de instrucción, religión y edad gestacional (22). Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de una sociedad y puede obtenerse mediante encuestas, censos o cifras registradas de distintas maneras por organismos estatales (22).

- Edad: lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia, es un factor condicionante del comportamiento porque las necesidades y características físicas por grupos etarios con el paso de los años van cambiando (24). Es claro que las necesidades de un adolescente no serán iguales a las de una persona adulta; por eso, las mujeres y sus parejas cambian su comportamiento y vinculación sexual con el transcurrir del tiempo (24).
- Procedencia: es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, esta suele generar creencias o mitos propios del entorno, tanto positivos como negativos, acerca de sus habilidades, o bien relacionados con ciertas conductas sociales (23).
- Grado de instrucción: el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, elemento clave en la comprensión de las actividades, información, nivel de conocimiento que tiene un individuo y puede repercutir sobre sus

- características intrínseca y extrínsecas, manera de actuar y decisiones, generando posibilidades de control y resolución de situaciones o conflictos (25).
- Religión: relación de los seres humanos con lo que ellos consideran como santo, sagrado, espiritual o divino; asociado con la sexualidad implica una moral sexual, que implica restricciones al comportamiento sexual humano; varía enormemente en el tiempo, civilizaciones o normas sociales. Los estándares de conducta de las sociedades en cuanto a la sexualidad, suelen ligarse a creencias religiosas de una u otra religión y depende de estas el efecto que genera en la función sexual (27).
  - Edad gestacional: período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento, durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre (26). En todo el estado gravídico de la mujer se desarrollan cambios a nivel físico, social y emocional, que repercute en la actividad sexual, deseo, satisfacción y la frecuencia coital y orgásmica (29).

### **2.2.2. Índice de Función sexual**

El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) es una herramienta desarrollada por Rosen que se ajusta a la clasificación de la Conferencia Internacional de Desarrollo del Consenso sobre Disfunción Sexual Femenina (6). Es autoadministrado, sencillo y fiable, y puede evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edades. El IFSF ha demostrado confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina. La herramienta consta de 19 preguntas divididas en 6 áreas: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor, donde cada pregunta tiene 5 o 6 opciones que les otorgan una puntuación de 0 a 5. La puntuación en esta área se multiplica por un factor (consultar cuadro "Puntuaciones del índice de función sexual femenina") y el resultado final es la suma aritmética de campos. Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será la función sexual (6).

La función sexual se considera anormal si la puntuación es 26,55 o menos, o si la puntuación es inferior a 3,6 en cualquier dominio. En el estudio de Rosen, la consistencia interna clasificó este instrumento como muy bueno, con un alfa de Cronbach de 0,71 para el dominio deseo (preguntas 1 y 2), 0,87 para el dominio excitación (preguntas 3 a 6) y 0,85 para el dominio Lubricación (preguntas 7 a 10), 0,74 para el dominio orgasmo (preguntas del 11 al 13), 0,88 para el dominio satisfacción (preguntas del 14 al 16), 0,85 para el dominio dolor (preguntas del 17 al 19) y 0,82 para los seis dominios (6).



<b>PUNTAJE DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</b>					
<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>Deseo</b>	1-2	1-5	0.6	1.2	6
<b>Excitación</b>	3-6	0-5	0.3	0	6
<b>Lubricación</b>	7-10	0-5	0.3	0	6
<b>Orgasmo</b>	11-13	0-5	0.4	0	6
<b>Satisfacción</b>	14-16	0-5	0.4	0.8	6
<b>Dolor</b>	17-19	0-5	0.4	0	6
<b>Rango Total</b>				2	36

### **2.2.3. Embarazo**

Tiempo entre la fertilización del óvulo y el nacimiento, cuando se forman y desarrollan nuevos organismos en el útero. Contando desde el primer día del último período, dura unos 280 días, 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y 10 días en el calendario solar. Provoca cambios anatómicos y físicos en casi todos los órganos, unidades y sistemas de la mujer embarazada (19).

El primer signo de embarazo es la ausencia de la menstruación, seguido de diversas sensaciones diferentes para cada mujer. Se divide en tres trimestres: el primero, segundo y tercer trimestre y finaliza con el nacimiento (19).

### **2.2.4. Cambios fisiológicos del aparato reproductivo durante la gestación**

Mantener al feto en el útero requiere una serie de cambios adaptativos en el cuerpo de la madre para asegurar un ambiente favorable para su desarrollo, una nutrición adecuada y un suministro de oxígeno. Estos cambios fisiológicos son secundarios a eventos mecánicos y hormonales (altos niveles de progesterona y estrógeno derivados de la placenta) (20).

### **Útero**

El crecimiento se produce debido a la hipertrofia y proliferación de fibras musculares. Durante el embarazo, la pared uterina se divide en tres capas: la capa interna, la capa intermedia o capa plexiforme y la capa externa. Este último forma una densa red de fibras musculares perforadas en todas dimensiones por vasos sanguíneos, de modo que cuando estas fibras se contraen después del nacimiento comprimen los vasos sanguíneos y actúan como ligaduras vivas de Pinard. Durante las primeras semanas

de embarazo, el útero tiene forma de pera invertida y, desde la semana 7 a la 16, el útero se vuelve asimétrico. Asimismo, el cuello uterino presenta mayor vascularización, edema tisular e hiperplasia, así como hipertrofia de las glándulas cervicales. El útero se eleva desde la pelvis y gira hacia la derecha (dextro rotación), por el colon sigmoide. En el primer trimestre del embarazo, las mujeres suelen quejarse de dolores similares a los cólicos menstruales provocados por el crecimiento del útero, además suelen referir dolor localizado en las fosas ilíacas o región inguinal, el cual probablemente se origina en los ligamentos redondos (20).

### **Vagina**

La piel, la mucosa y los músculos del perineo y la vulva se vuelven cada vez más vascularizados e hiperémicos. La cianosis vaginal, conocida como signo de Chadwick, es secundaria a la congestión local. Debido al crecimiento del útero, el fondo de saco lateral está parcialmente empujado hacia atrás y curvado, lo que se denomina signo Noble-Budín. Durante el embarazo la leucorrea es del tipo progesterona, por lo que es más blanca y espesa. Si la paciente refiere que el flujo es de mal olor o produce prurito, debe ser examinada pues estos síntomas son sugestivos de una infección (20).

### **Ovarios**

Durante el embarazo se da el cese de ovulación. El cuerpo lúteo es el principal productor de progesterona y se encarga de la mantención del embarazo durante las primeras 12 semanas, hasta que la placenta comienza a producir hormonas (20).

### **Mamas**

Desde el inicio del embarazo, las glándulas mamarias se preparan para la lactancia. Además de la secreción de leche y la pigmentación de la areola y los pezones, también se puede observar enrojecimiento de los senos y un aumento del volumen de los senos. Con frecuencia las gestantes se quejan de galactorrea, congestión mamaria y prurito en pezones; síntomas fisiológicos en el embarazo (20).

#### **2.2.5. Cambios psicológicos**

El embarazo es un cambio importante en la vida de la mujer, y se deben utilizar todos los recursos posibles para sobrellevar los cambios del embarazo y el parto, así como estrategias para convertirlo en un momento de placer y satisfacción. Uno de los factores que puede surgir al inicio de la gestación es el miedo al dolor durante el

embarazo y el parto. Diversos estudios enfatizan la importancia de estrategias de afrontamiento que sean más efectivas para sujetos caracterizados como "no catastróficos". Cuando se reanuden las relaciones sexuales, este miedo continuará junto con el miedo a un nuevo embarazo, lo que puede provocar ansiedad no sólo en la mujer, sino también en la pareja (21).

Las gestantes a menudo se sienten inseguras acerca de las responsabilidades de la maternidad y siente la necesidad de compartir esta responsabilidad con su pareja. Los pensamientos se centran en el bienestar del bebé, lo que afecta directamente la relación sexual y emocional de la pareja. En algunos casos, es necesario incrementar la expresión emocional para garantizar su seguridad. Todos estos cambios, especialmente los físicos, pueden provocar una baja autoestima y hacer que las mujeres se sientan poco atractivas e incómodas (21).

El estado mental de una mujer embarazada suele afectar su comportamiento sexual independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente maduras, más equilibradas y emocionalmente estables son más capaces de adaptarse a la nueva situación fisiológica y pueden mantener la misma calidad y frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo, siempre que las relaciones sexuales se realicen según sus deseos y no es agresivo ni inapropiado. Las mujeres que reaccionan negativamente a los encuentros sexuales durante este período pueden responder a cambios en la imagen corporal y al malestar generado(21).

#### **2.2.6. Respuesta sexual femenina**

La respuesta sexual humana es una función compleja que resulta de la interacción de múltiples factores, entre ellos, factores personales, psicológicos, afectivos, culturales y biológicos; en este aspecto los factores biológicos actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular, produciéndose cambios en los tejidos y órganos genitales, manifestando cambios más específicos en el sistema genital con efecto sobre la contractilidad y perfusión vascular, siendo más evidentes a nivel de las mamas, genitales externos e internos (3). Tradicionalmente, según Masters y Johnson (1966), esta fase del ciclo sexual humano se ha dividido en cuatro fases.

- Fase de excitación, hay cambios a nivel genital y extragenital que indican excitación física.
- Fase de meseta, estos cambios se enfatizan e intensifican.

- Fase de orgasmo, estado de máximo placer sexual caracterizado por la contracción muscular.
- Fase de resolución, culminación de todos los cambios anteriores.

En 1979, Kaplan añadió una quinta etapa, el deseo, que precede a todas las etapas descritas por Masters y Johnson, que en circunstancias normales se promueven, refuerzan o inhiben mutuamente. Basson (2001) argumentó que la secuencia de estas etapas no siempre se realiza plenamente en las mujeres, ya que también pueden estar motivadas a participar en actividades sexuales no necesariamente debido al deseo, sino por otras razones, como el deseo de intimidad emocional, seguido de un bucle de fases superpuestas, invirtiendo el orden anterior. Ahora se reconoce que no existe un patrón único de respuesta sexual femenina, sino diferentes patrones de respuesta (39).

### **2.2.7. Respuesta sexual durante el embarazo**

La respuesta sexual humana es una función compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, sociales, personales y emocionales. Sin embargo, los efectos de la respuesta sexual sobre la contractilidad uterina, la perfusión vascular y la dilatación cervical son importantes, pero otros cambios que ocurren durante la respuesta sexual son menos conocidos, pero también se consideran debido a sus efectos sobre el desarrollo y el bienestar del embarazo. Masters y Johnson (1972) nos brindaron el conocimiento más actualizado sobre la respuesta sexual de las mujeres, que dividieron en cuatro fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de ellas se caracteriza por cambios específicos en las mamas, los genitales externos, los genitales internos y la vagina (22).

**Fase de deseo:** la cantidad de deseo que siente una persona es difícil de determinar porque es subjetiva, se puede reflejar mediante el contacto sexual consciente, la presencia de pensamientos, fantasías sexuales, manchado, etc. Para las mujeres el interés sexual puede verse afectado de diferentes formas, dependiendo del tipo de relaciones sexuales, cambios físicos y psicológicos, falta de información, estado hormonal, etc. (22).

**Fase de excitación:** los senos aumentan debido a la hinchazón y los vasos sanguíneos, la erección del seno, el crecimiento del clítoris y la apertura de los labios menores y los labios menores comienzan a lubricarse, aumentar y expandirse sobre el útero y el cuello uterino, que es necesario para el espacio del pene; por lo tanto, la lubricación depende de la dilatación de las paredes vaginales y de la fuga de líquido

de las venas congestionadas. Muchos investigadores han estudiado esta etapa en mujeres antes y durante el embarazo y han descubierto que la congestión venosa específica del embarazo (quizás debido a cambios hormonales) puede causar irritación y dolor en los senos, especialmente en el primer trimestre. por primera vez y en el primer trimestre. Lo mismo ocurre con la lubricación vaginal, que también resulta molesta al principio, pero aumenta durante el embarazo (22).

**Fase de meseta:** los cambios físicos en esta fase son una continuación e intensificación de la fase de excitación. Existe un agrandamiento mamario y congestión importante de en el tercio externo de la vagina, lo que produce una disminución de su diámetro, formando lo que el autor llama una "plataforma orgásmica", retracción del clítoris, tensión muscular en todo el cuerpo, dilatación de la pupila; creando una sensación de vacío cuando se acerca un orgasmo. La principal diferencia en las mujeres embarazadas en esta etapa es que la vaso congestión de los vasos sanguíneos de la vagina es significativamente más pronunciada durante el embarazo, por lo que a medida que avanza el embarazo, la contracción de la abertura vaginal se vuelve más marcada, hasta el punto de que las parejas experimentan imposibilidad para la penetración por "falta de espacio" o por estar demasiado "cerrada" durante el coito (22).

**Fase orgásmica:** se logra por estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y más concurrida de la vagina se contrae intensamente a intervalos regulares de 0,8 segundos; el número de contracciones en la meseta del orgasmo varía según la mujer y la experiencia de cada persona. El útero también se contrae regularmente con un aumento de la retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Suele durar de 10 a 15 segundos, y no es raro que las mujeres embarazadas orinen durante este período, así como las mujeres que están amamantando después de dar a luz.

Masters y Johnson observaron diferencias muy significativas en los orgasmos de las mujeres embarazadas en el último trimestre y especialmente en las últimas cuatro semanas de embarazo. En lugar de contracciones orgásmicas normales, los músculos uterinos se contraen sin relajarse. Estas contracciones duran 1 minuto y pueden observarse hasta 30 minutos después del orgasmo, pero no hubo signos de dolor. Estas contracciones uterinas post orgásmicas o poscoitales suelen provocar miedo en mujeres que han tenido un parto prematuro o rotura de membranas, hasta el punto de que la sensación suele ser el motivo de tener relaciones sexuales menos frecuentes.

Durante esta fase, la presión arterial sistólica aumenta de 30 a 80 mmHg y la presión arterial diastólica de 20 a 40 mmHg (22).

**Fase de resolución:** después del orgasmo hay un período de tranquila relajación y esta fase puede resultar incómoda para la mujer embarazada ya que la congestión pélvica se alivia muy lentamente. Para algunas mujeres, la congestión y la vascularización son tan pronunciadas que no pueden alcanzar el orgasmo y aumentan la tensión y la frustración sexual. Los niveles altos de hormonas sintetizadas por la placenta pueden aumentar la secreción y lubricación vaginal, y estos cambios pueden aumentar el deseo sexual de la pareja, pero la congestión pélvica puede causar dolor y falta de comodidad durante las relaciones sexuales y es la principal causa de la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales (22).

En esta etapa, cuando la hinchazón de la areola disminuye, el pezón vuelve a una erección aparentemente completa. Durante la estimulación sexual activa se observan los llamados "sofocos sexuales" o erupciones maculopapulares, cuya intensidad y distribución varía de persona a persona. Enrojecimiento de la piel debido al aumento del flujo sanguíneo local, que ocurre primero en el epigastrio o en el epigastrio durante el despertar tardío y luego se extiende al pecho, el cuello, la cara y la frente (22).

En los órganos cercanos a los genitales, se producen reacciones musculares, por ejemplo, en la uretra, durante el orgasmo se produce una expansión de la abertura externa y se producen contracciones irregulares involuntarias del esfínter anal, acompañadas de contracciones de meseta orgásmica. En cuanto a la función respiratoria, la frecuencia aumenta y alcanza las 40 respiraciones por minuto en la fase pico. En cuanto al pulso, también se produce una aceleración, que se registra a un ritmo de 110 a 180 latidos por minuto (22).

Aproximadamente un tercio de las mujeres experimentan este síntoma después del orgasmo, que es el primer signo de regresión, es decir, sudoración generalizada. La intensidad del sudor es directamente proporcional a la intensidad del orgasmo. Algunos aspectos negativos incluyen el desarrollo de síntomas simpáticos del embarazo, como rechazo de ciertos alimentos u olores, náuseas, vómitos, aumento de la salivación, dolor de cabeza, debilidad, letargo y letargo. En otras ocasiones se menciona que, debido al mayor tamaño del útero, las embarazadas no podían moverse completamente durante el coito y por lo tanto carecían de comodidad, provocando cambios en la función sexual (22).

### **2.2.8. Modificaciones en la actividad sexual por trimestres de gestación**

Define como la sexualidad, la Organización Mundial de la Salud: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida; abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales". Por ende, todos estos factores pueden afectar de manera positiva o negativa la sexualidad, y más aún durante el embarazo (23). A medida que la gestación avanza, van surgiendo distintas manifestaciones que influyen en la sexualidad de la embarazada (14).

#### **Primer trimestre**

El primer trimestre del embarazo marca el inicio de la fase de adaptación que se lleva a cabo durante todo el embarazo y la asunción del nuevo rol parental. Los cambios hormonales rápidos e intensos pueden provocar inestabilidad emocional, por lo que necesitan más atención y expresiones de amor por parte de sus parejas. Debido a las náuseas, los vómitos, el cansancio y otras molestias, muchas mujeres tienen que hacer mayores esfuerzos para mantener un ritmo sexual normal (23).

En términos de deseo sexual, se ha encontrado que aproximadamente el 40% de las mujeres embarazadas reportan una disminución en el deseo sexual, el 50% indica que el deseo sexual es el mismo que antes y el 15% reporta un aumento en el deseo sexual. Los síntomas típicos incluyen sensibilidad en los senos con areolas y pezones agrandados e hinchados, lo que a menudo hace que la estimulación que antes era placentera ahora sea desagradable (24).

La excitación sexual se manifiesta como un aumento de la lubricación vaginal, pero en el 70% de las mujeres no cambia. En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, fue menos frecuente de lo habitual debido a preocupaciones sobre la inducción del aborto, malestar físico y falta de libido. Para la mayoría de las mujeres, la frecuencia del orgasmo sigue siendo aproximadamente la misma durante esta fase, pero alrededor del 20% de las mujeres dicen tener orgasmos más fácilmente (24). Con respecto al orgasmo, en gran parte de las gestantes la frecuencia y la intensidad

se mantienen sin grandes cambios (25). La frecuencia y la intensidad de los orgasmos siguen siendo las mismas para la mayoría de las mujeres embarazadas. También hay una mayor obstrucción de los vasos sanguíneos a nivel del suelo pélvico, lo que puede provocar una mayor sensibilidad, lo que resulta en orgasmos más intensos para algunas mujeres, mientras que para otras puede ocurrir lo contrario, lo que potencialmente resulta en dolor en lugar de placer (7).

Los cambios en la imagen y los contornos corporales, combinados con las principales manifestaciones físicas del embarazo, afectan el comportamiento sexual. Náuseas, vómitos, cansancio, somnolencia y opresión en el pecho; disminución de la libido en mujeres embarazadas (23).

### **Segundo Trimestre**

Durante esta etapa, el deseo de tener relaciones sexuales no cambia en comparación con el primer trimestre del embarazo, pero varias mujeres reportan un aumento en este deseo. Para entonces, la mayor parte del malestar físico inicial ha desaparecido, sienten una mayor sensación de bienestar y tienen menos miedo a perder al feto. Sin embargo, el hecho de sentir los primeros movimientos del bebé provoca nuevos miedos y fobias en algunas parejas. Dependiendo de la frecuencia de las relaciones sexuales, la tensión y la intensidad de las sensaciones orgásmicas pueden disminuir gradualmente durante el embarazo (24).

La lubricación pélvica y la congestión vascular no ocurren simplemente en respuesta a la estimulación sensorial, sino que son continuas. Las sensaciones son agradables hasta el segundo trimestre, pero al final de este período la vulva, la vagina y el clítoris están muy congestionados, provocando una disminución en la intensidad de las sensaciones. Además, algunas mujeres se preocupan por su atractivo físico y, por tanto, por su capacidad para despertar el interés sexual de un hombre, porque sus dimensiones corporales han aumentado significativamente (24).

Durante la fase de resolución, cuando se reduce toda la tensión post-orgasmo y la congestión vascular, se producen cambios que comienzan en el segundo trimestre. Debido a que la congestión vascular es permanente, el alivio y la sensación de bienestar post-orgásmico suelen ser muy lentos e incompletos; esta fase tarda entre 10 a 15 minutos en producirse en primíparas y entre 30 y 45 minutos en las múltiparas, mientras que en las mujeres no embarazadas es inmediata. Las sensaciones vividas



durante este tiempo pueden provocar una tensión sexual desagradable en algunas mujeres (24).

El deseo sexual y las respuestas físicas suelen aumentar durante este periodo, ya que la reducción o desaparición del malestar físico da una mayor sensación de bienestar, la pareja se ha adaptado al embarazo y muchos de los miedos iniciales han desaparecido. Cabe señalar que en este trimestre algunas mujeres anteriormente anorgásmicas lograron alcanzar el orgasmo por primera vez (25).

Aunque la frecuencia y la intensidad de los orgasmos disminuyen durante el embarazo, un mayor número de órganos pélvicos y genitales durante este tiempo puede facilitar el orgasmo y así mejorar la calidad de la experiencia orgásmica durante el embarazo (7).

### **Tercer Trimestre**

Durante este tiempo, la actividad sexual suele disminuir debido a factores físicos y psicológicos. Un útero agrandado puede causar molestias y, en última instancia, reducir el interés sexual. Entre los factores físicos destacan los inevitables cambios en la imagen de la mujer embarazada, se siente "gorda", poco atractiva, sufre acidez de estómago, contracciones uterinas y dificultades para encontrar la postura adecuada (23).

La mayoría de las mujeres experimentan una disminución en el deseo sexual: solo el 5 % informa un aumento en el deseo sexual, aproximadamente el 40 % informa el mismo deseo sexual de siempre y más del 50 % informa una disminución o pérdida del deseo sexual. En cuanto a la excitación, se observaron menores sensaciones durante la estimulación, frecuencia e intensidad del orgasmo, y una fase de descenso aún más lenta. A medida que los cambios corporales alcanzan su punto máximo, la disminución del placer se asocia con la sobrecarga de la vagina, la vulva y el clítoris debido al aumento del tamaño del feto y a posiciones inadecuadas para el parto (25).

La fuerte necesidad de cuidado y atención de las mujeres va más allá del deseo sexual; cuando esta necesidad se expresa, los hombres suelen interpretar dicho contacto físico y ambas partes pueden sentirse incómodas. Además, ambos miembros de la pareja pueden experimentar apatía sexual debido tanto a la pérdida de atracción como a las dificultades que en ocasiones surgen al intentar combinar el rol paterno con el rol sexual. Es bien conocido el cambio de posición necesario para las relaciones sexuales al final del embarazo, sustituyéndose uno por otro por una

penalización lateral, como la llamada posición de cuchara o ponerse a cuatro patas o cualquier posición que evite la presión sobre el abdomen, lo que le da a la mujer cierta libertad de movimiento. En general, las parejas tendrán precaución durante esta fase y evitarán ir demasiado profundo y demasiado rápido durante el coito (25).

La frecuencia e intensidad del orgasmo también se afectan teniendo una disminución, debido a la máxima congestión pelviana, durante el estímulo sexual o el orgasmo puede aparecer contracciones uterinas que provocan en la pareja un estado de ansiedad por temor a un parto pretérmino o a una rotura prematura de membranas (7).

En cuanto a los factores psicológicos en esta fase prevalecen la ansiedad por el nacimiento y la preocupación por la proximidad del parto; al mismo tiempo es común que aparezca el miedo a dañar al bebé (23).

#### **2.2.9. Recomendaciones sobre la actividad sexual durante el embarazo**

Una de las razones por las que muchas parejas dejan de tener relaciones en esta etapa, tiene que ver con la autoestima y la sensación de la futura mamá. En estos casos, es responsabilidad de la pareja hacer un esfuerzo extra para que se sienta querida y deseada, para así convertir el encuentro sexual en un momento de cuidado; por ejemplo, los masajes son una forma ideal de ayudar a que la futura madre se sienta más relajada, de tal forma que se estimula el contacto físico y el deseo. Aunque el embarazo no impide las relaciones sexuales, si las complica un poco (26). Por ello, deben optar por cambios posturales en el embarazo.

- Misionero: esta postura sexual en el embarazo solo es recomendable en las primeras etapas. Una vez el embarazo avance, se hará más complicado. Además, se corre el riesgo de cargar demasiado peso sobre el vientre de la persona embarazada. Es seguro hasta más o menos el final del primer trimestre de embarazo (26).
- Variante de misionero: para evitar la excesiva presión en el abdomen, una opción es que la persona embarazada se tumbé bocarriba cerca del borde de la cama y que la pareja se ponga de pie al borde de la cama, frente a ella (26).
- Amazona: en este caso, la persona embarazada se sienta sobre la pelvis de su pareja. Es una de las mejores posturas sexuales para embarazadas para todo el segundo trimestre de embarazo; evita un exceso de peso o presión sobre el abdomen de la persona embarazada y le da todo el control sobre el ritmo y la

intensidad del encuentro sexual, además que facilita muchas opciones de estimulación del clítoris (26).

- Reverse Cowgirl o Amazona al revés: es similar a la anterior, pero en lugar de darle la cara a la pareja, la persona embarazada le da la espalda. Es importante que la pareja flexione las rodillas para que pueda apoyarse en sus piernas y así aliviar el peso del abdomen (26).
- La Cucharita: una de las posturas más recomendables en cualquier trimestre del embarazo, ya que evita que se ejerza presión sobre él la zona abdominal y los pechos de la futura madre (26).
- El perrito: Con la persona embarazada apoyada a cuatro patas y su pareja detrás, de rodillas o de pie, no existirá ninguna presión, quedando el vientre a salvo y restándole el peso que de otra manera puede resultar incómodo; esta es una buena posición para el tercer trimestre de embarazo. Con esta posición, no obstante, hay que tener mucho cuidado, porque la penetración es más profunda y puede resultar molesta (26).

#### **2.2.10. Regulación Hormonal de la Función Sexual.**

Varias hormonas intervienen en la función sexual femenina, pero las más básicas son: los estrógenos y la testosterona. Se cree que los cambios en la función sexual de la mujer están estrechamente relacionados con los cambios hormonales (24).

La asociación entre las hormonas y la sexualidad es multidimensional, ya que estas son importantes en la regulación de la conducta sexual (24).

**Estrógenos:** afecta significativamente la función sexual femenina. Tiene efectos vasopresores y vasodilatadores, aumentando el flujo sanguíneo al clítoris y la vagina. Durante el embarazo, la secreción de estrógenos no sigue el patrón normal, por lo que puede ser responsable de algunas manifestaciones diferentes de la función sexual, tales como: pérdida de la libido, reducción de la frecuencia de las actividades sexuales, relaciones sexuales dolorosas, reducción de la respuesta sexual y dificultades para alcanzar el orgasmo por reducir la sensibilidad de los genitales (24).

**Testosterona:** cuando los niveles de testosterona disminuyen (testosterona total inferior a 20 pg/dl o testosterona libre inferior a 0,9 pg/dl), se observa disminución de la excitación sexual, la sensibilidad genital, la libido y el orgasmo. Además, los niveles bajos de testosterona se asocian con la caída del vello púbico, el adelgazamiento de la mucosa vaginal y una disminución general del bienestar (24).

### 2.2.11. Disfunción Sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la disfunción sexual en 1992 como "la dificultad o incapacidad de un individuo para mantener relaciones sexuales como desea" (27). Los tipos son:

**Trastorno del interés o de la excitación sexual femenina:** interés o excitación sexual ausente o marcadamente reducido, manifestado por una de las tres condiciones siguientes (27):

- Falta de interés o actividad sexual reducida.
- Ausencia o reducción de pensamientos o fantasías sexuales o eróticas.
- Ausencia o reducción de pensamientos o fantasías eróticas, así como falta de percepción de la pareja hacia los intentos iniciales.
- Pérdida o disminución de la excitación sexual o anhedonia durante la actividad sexual (75-100%).
- Interés o excitación sexual ausente o reducido en respuesta a señales sexuales o eróticas internas o externas (escritas, verbales o visuales).
- Sensación genital o no genital ausente o reducida durante la actividad sexual en casi todos o todos (75-100%) los encuentros sexuales.

**Trastorno orgásmico femenino:** presencia de retraso marcado, marcada infrecuencia o ausencia de orgasmo (27).

**Trastorno de dolor genitopélvico o de la penetración:** dificultades persistentes o recurrentes con uno o más de lo siguiente (27):

- Penetración en la vagina durante el coito.
- Dolor vulvovaginal o pélvico pronunciado durante el coito o intento de penetración.
- Miedo o ansiedad al dolor vulvovaginal o pélvico antes o durante el coito.
- Los músculos del suelo pélvico están notablemente tensos o comprimidos durante la penetración vaginal.

Todos los trastornos de disfunción sexual necesitan como mínimo 6 meses de desarrollo para ser definidos como tal. Con ello, se consigue distinguir entre dificultades sexuales transitorias y disfunción sexual persistente (27).

### **2.2.12. Derechos Sexuales y Reproductivos**

Buscan garantizar que las personas puedan expresarse de acuerdo con sus experiencias internas (relacionadas con el cuerpo, la mente, la espiritualidad, las emociones y la salud) y experiencias externas (relacionadas con el contexto social, histórico, político y cultural).

Los derechos sexuales se refieren a la libertad de las personas de tener un comportamiento sexual de manera saludable, libre de cualquier forma de abuso, coerción, violencia o discriminación (22). Los derechos reproductivos, aluden a la libertad de conformación de familias, disponibilidad de información y planificación, métodos anticonceptivos, así como servicios adecuados de concepción, atención prenatal y puerperio (22). Estos son:

- Disfrutar del mayor nivel posible de salud física, mental y social para el disfrute de la sexualidad.
- Tomar decisiones sobre el número y espaciamiento de sus hijos de forma libre y responsable, y obtener la información, educación y recursos para hacerlo.
- Recibir educación sexual en pareja a través de consejería en establecimientos de salud y durante visitas domiciliarias.
- Acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, en igualdad de condiciones y sin discriminación por edad, orientación sexual, estado civil, religión, creencias, etc.
- Elegir libre e informadamente el método anticonceptivo elegido. En ningún caso se adoptará ningún método, provisional o definitivo, sin su consentimiento libre e informado.
- Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.
- Los centros de salud garantizan que estos principios se sigan en todas las etapas de la consulta.
- Ser atendidos en el servicio sin ningún tipo de coacción.
- No ofrecer o entregar algún bien o servicio mediante persuasión o presión.

## 2.4. Términos Básicos

**Factores Personales y sociales:** características y rasgos únicos de un individuo que influyen en su toma de decisiones (22).

**Gestante:** mujer en estado de gravidez o embarazo, se considera desde la fecundación hasta el parto (28).

**Función sexual:** conjunto de actividades propias o características del sexo en la que interactúa un estímulo, una respuesta y un tiempo de funcionamiento (30).

**Respuesta sexual:** función compleja que resulta de la interacción de múltiples factores, entre ellos, factores psicológicos, afectivos, socio culturales y biológicos (3).

**Disfunción sexual:** dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea (27).

**Deseo:** fase que consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el interés de llevarlas a cabo (31).

**Excitación:** fase en la que predomina la sensación subjetiva de placer sexual, originada por la estimulación física o psicológica, que va acompañada de cambios fisiológicos como la vaso congestión generalizada de la pelvis, la lubricación, expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos (31).

**Orgasmo:** se refiere al punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del periné y de los órganos reproductores (31).

**Lubricación:** fenómeno en el que hay un incremento de la producción del líquido vaginal (32).

**Satisfacción:** grado de bienestar y plenitud, o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual (33).

## **2.5. Hipótesis**

**Hi:** existe relación significativa entre los factores personales y sociales e Índice de función sexual, en gestantes atendidas en el centro de salud de Baños del Inca. Cajamarca, 2024

**Ho:** no existe relación significativa entre los factores personales y sociales e Índice de función sexual, en gestantes atendidas en el centro de salud de Baños del Inca. Cajamarca, 2024

## **2.6. Variables**

### **Variable 1**

Factores personales y sociales

### **Variable 2**

Función Sexual

### 2.6.1. Definición conceptual y operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1. FACTORES PERSONALES Y SOCIALES	Los factores personales y sociales hacen referencia a las características, entorno en el que se desarrolla una persona y a los grupos a los que pertenece; éstos delimitan la toma de decisiones y se recogen para obtener una visión más profunda del grupo en estudio (34).	Son las características personales y sociales que presenta la gestante y modifican la función sexual en el embarazo de mujeres que asisten al centro de salud durante el año 2024.	Edad	18 – 25	Nominal
				26 – 35	
				36 – 45	
			Grado de instrucción	Sin instrucción	
				Primaria	
				Secundaria	
				Superior o Técnico	
			Religión	Católica	
				Evangélica	
				Otros	
			Procedencia	Urbana	
				Rural	
Semanas de gestación	Entre 1 - 12 semanas				
	Entre 13 - 24 semanas				
	Entre 25 - 40 semanas				
VARIABLE 2. FUNCION SEXUAL	La función sexual es el conjunto de interacciones sexuales; que implica la participación de la mente y cuerpo, incluyendo diversos sistemas para producir una respuesta sexual; esquematizado por seis dominios: deseo, excitación, orgasmo, lubricación, satisfacción y dolor sexual (13).	La función sexual es un componente de la sexualidad, condicionado por deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, en el proceso de la gestación.	Deseo	1 y 2	Ordinal
			Excitación	3, 4, 5 y 6	
			Lubricación	7, 8, 9 y 10	
			Orgasmo	11, 12 y 13	
			Satisfacción	14, 15 y 16	
			Dolor	17, 18 y 19	



## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, relacional y corte transversal; de naturaleza prospectiva.

**Cuantitativo:** se trabajó de forma secuencial utilizando recolección de datos para medir las variables y probar la hipótesis, teniendo en cuenta investigaciones previas (35).

**No experimental:** porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de la variable y solo se observó el fenómeno en su ambiente natural para realizarlo (35).

**Relacional:** porque se relacionaron los factores personales y sociales e índice de función sexual mediante un patrón para el grupo de gestantes (35).

**Corte transversal:** porque se recogieron los datos en un solo momento, en un tiempo único (35).

**Prospectivo:** porque es un estudio cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que van sucediendo (36).

### 3.2. Área de estudio y población

La investigación se realizó en el centro de salud Baños del Inca, que pertenece a la Red Integrada de salud Cajamarca y a la zona sanitaria II-Baños del Inca; en el área de consultorios externos de Obstetricia. Este centro de salud cuenta con camas de internamiento y pertenece a la categoría I-4, se ubica en Jr. Pachacútec N° 489, en el distrito de Baños del Inca, en la provincia y departamento de Cajamarca.

La población estuvo constituida por 137 gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del centro de salud Baños del Inca, registradas en el sistema de vigilancia para gestantes y puérperas-SIVIGIP 2024, que cumplen con los criterios de inclusión.

### 3.3. Muestra

#### 3.3.1. Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra requerida para la investigación, se empleó el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales, con una confiabilidad del 95% y un nivel de precisión del 5%. Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ_{\alpha-1}^2 PQ}{E^2(N-1) + Z_{\alpha-1}^2 PQ}$$

**Donde:**

n= Tamaño de la muestra

N= 137 gestantes

$Z_{\alpha-1} = 1,96$  (Coeficiente de confiabilidad al 95%)

P= 0,25 (Proporción estimada de IFSF disfuncional: 25%). Macedo M. (16).

Q= 0,75 (Complemento de P).

E= 0,05 (Tolerancia de error en las mediciones).

$$n = \frac{137 (1,96)^2 (0,25)(0,75)}{(0,05)^2(137 - 1) + (1,96)^2(0,25)(0,75)}$$

n= 93 gestantes.

En la presente investigación la muestra estuvo conformada por 93 gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del centro de salud Baños del Inca.

## **Muestreo**

Probabilístico aleatorio simple porque se contó con el marco muestral proporcionado por el sistema de vigilancia para gestantes y puérperas-SIVIGIP del centro de salud Baños del Inca.

### **3.4. Unidad de análisis**

Estuvo conformada por cada una de las gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del centro de salud Baños del Inca y que cumplían con los criterios de inclusión, en los meses de enero a mayo del 2024.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

Se considera:

- Gestantes con edad mayor o igual a 18 años y menor o igual a 45 años
- Gestantes que deseen participar en el estudio.
- Gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud de Baños del Inca.
- Gestantes sin complicaciones.
- Gestantes que tengan una pareja estable.

#### **Criterios de exclusión**

Se considera:

- Gestantes con retardo mental o alguna incapacidad física.
- Gestantes con más de 40 semanas de gestación.
- Gestantes referidas de otros establecimientos de salud.

### 3.6. Consideraciones éticas de la investigación

La presente investigación se fundamenta en los criterios éticos dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, los que son:

**Autonomía:** la gestante entrevistada tendrá la libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora (7).

**No maleficencia:** se tendrá en cuenta a no realizar acciones que perjudiquen a las mujeres gestantes durante la investigación (36).

**Beneficencia:** los datos recolectados serán utilizados solo para efectos de la presente investigación y no con otros fines (7).

**Confidencialidad:** la información brindada por las mujeres gestantes se mantendrá bajo estricta discreción siendo utilizadas solo para la investigación. Además, se respetará el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final (7).

**Cuidado de la vida, medio ambiente y respeto a la biodiversidad:** se respetará a la paciente, producto de la concepción, así como del medio ambiente y biodiversidad en los recursos que se empleen en la investigación (36).

**Difusión del conocimiento:** los resultados de la investigación contribuirán a la comunidad científica a ampliar el conocimiento que se tenga en el área de la línea de investigación (36).

**Honestidad:** los resultados que se obtengan en la investigación serán tratados con transparencia sin la alteración de los mismos, para garantizar la veracidad de la investigación (7).

**Justicia:** se dará a cada persona que participe del estudio el mismo trato y prioridad, mediante consentimiento informado, valoración de riesgos y beneficios, selección adecuada de los sujetos de la muestra (7).

**Libertad de investigación:** se realiza la investigación sin conflictos de interés, libertad en el tema de investigación, teniendo el acceso a los recursos que se necesitan para la misma (36).

**Transparencia:** la investigación se basa en los principios éticos, garantizando la transparencia en su proceso (36).

**Consentimiento informado:** la mujer gestante es informada de manera concisa acerca del objetivo de la investigación donde su firma expresará voluntariamente su intención de participar en la investigación (7).

### **3.7. Procedimiento para la recolección de datos**

Para el desarrollo de la presente investigación se realizaron los siguientes pasos:

En una primera fase se solicitó el permiso al jefe del centro de salud de Baños del Inca, para obtener el campo para la investigación y así se proporcionen los datos de gestantes atendidas en este centro de salud. Luego se procedió a seleccionar a las usuarias que cumplían con los criterios de inclusión, siendo un total de 93 gestantes en los tres trimestres de embarazo. Posteriormente, se conversó con cada una de las gestantes, se les explicó el objetivo de la investigación y se les hizo firmar el consentimiento informado. Finalmente, se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) en gestantes que acuden a sus controles prenatales en consultorio obstétrico.

### **3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos se empleó:

- Una ficha de recolección de datos, en la cual se registró información personal de la paciente: edad, procedencia, grado de instrucción, religión y semanas de gestación.
- El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) desarrollado y validado inicialmente por Rosen y cols., y revalidado posteriormente por Blümel y cols., en el año 2004. El cual comprendió 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; se desarrolló en 19 ítems con puntuación entre 9,5 siendo la puntuación total entre 2 a 36. La función sexual se considera anormal si la puntuación es 26,55 o

menos, o si la puntuación es inferior a 3,6 en cualquier dominio. Estos estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

- Deseo (compuesta por los ítems 1 y 2)
- Excitación (compuesta por los ítems 3 al 6)
- Lubricación (compuesta por los ítems 7 al 10)
- Orgasmo (compuesta por los ítems 11 al 13)
- Satisfacción (compuesta por los ítems 14 al 16)
- Dolor (compuesta por los ítems 17 al 19)

### **3.9. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos recopilados mediante la aplicación de la encuesta y lista de recojo de información, fueron registrados en una base de datos Microsoft Excel y procesados en el software estadístico SPSS v.27 después de su obtención, y fueron presentados en tablas estadísticas simples de frecuencias y proporciones.

Para el análisis inferencial de datos, se realizó la prueba estadística de hipótesis del Chi-cuadrado con nivel de confiabilidad del 95%; con la finalidad de encontrar la relación significativa entre los factores personales y sociales con el índice de función sexual femenina, realizando la interpretación y el análisis en base a la literatura consultada y comparando con las investigaciones previas.

### **3.10. Control de calidad de datos**

La medición del nivel de función sexual fue mediante la aplicación del cuestionario oral del índice de Función Sexual a mujeres gestantes de los tres trimestres de embarazo. El recojo de la información se realizó al finalizar la atención prenatal, mediante una lista de recojo de información que fue llenado con los datos que proporcionó la gestante. Para evitar los datos perdidos, el cuestionario fue llenado por la investigadora, mediante la lectura del IFSF a la paciente. Inmediatamente después se realizó el ingreso de la información en la base de datos.

### **3.10.1. Confiabilidad**

La confiabilidad se realizó mediante la consistencia interna del instrumento elaborado por Rosen y clasificado por International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, siendo categorizado como muy bueno con un Alfa de Cronbach de 0,82 en una escala general y por dominios con 0.71 en el deseo; 0,87 para excitación; 0,85 para lubricación; 0,74 para orgasmo; 0,88 para satisfacción y 0,85 dominio dolor (6).

## CAPÍTULO IV

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Factores personales y sociales de las gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.**

<b>Factores personales y sociales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
Entre 18 - 25 años	25	26,9
Entre 26 - 35 años	38	40,9
Entre 36 - 45 años	30	32,3
<b>Procedencia</b>		
Urbana	65	69,9
Rural	28	30,1
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin instrucción	1	1,1
Primaria	17	18,3
Secundaria	58	62,4
Superior/Técnico	17	18,3
<b>Religión</b>		
Católica	64	68,8
Evangélica	29	31,2
<b>Semanas de gestación</b>		
Entre 1 - 12 semanas	26	28,0
Entre 13 - 24 semanas	37	39,8
Entre 25 - 40 semanas	30	32,3

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la tabla, se observa que, atendiendo a los factores sociales y personales, se destaca que el 40,9% de las gestantes del estudio tienen entre 26 a 35 años, 69,9% procede de la zona urbana, 62,4% tienen secundaria, 68,8% pertenecen a la religión católica, y 39,8% tienen entre 13 a 24 semanas de gestación.



**Tabla 2. Índice de Función Sexual de las gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.**

<b>Índice de Función Sexual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Disfunción sexual: $\leq 26,55$	57	61,3
Normal: $> 26,55$	36	38,7
Total	93	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la tabla, se observa que, 61,3% de las gestantes en estudio, padecen de disfunción sexual (IFS  $\leq 26,55$ ), y 38,7% ( $> 26,55$ ) no padecen de disfunción sexual o están en un nivel normal.

**Tabla 3. Índice de Función Sexual según dominios en gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.**

<b>Índice de Función Sexual por dominio</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Deseo</b>		
Disfunción sexual: < 3,6	80	86,0
Normal: ≥ 3,6	13	14,0
<b>Excitación</b>		
Disfunción sexual: < 3,6	73	78,5
Normal: ≥ 3,6	20	21,5
<b>Lubricación</b>		
Disfunción sexual: < 3,6	75	80,6
Normal: ≥ 3,6	18	19,4
<b>Orgasmo</b>		
Disfunción sexual: < 3,6	78	83,9
Normal: ≥ 3,6	15	16,1
<b>Satisfacción</b>		
Disfunción sexual: < 3,6	64	68,8
Normal: ≥ 3,6	29	31,2
<b>Dolor</b>		
Disfunción sexual: < 3,6	57	61,3
Normal: ≥ 3,6	36	38,7

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la tabla, se observa que, hay disfunción sexual en todos los dominios del índice de función sexual femenina, encontrándose el 86% del dominio deseo; 78,5% en el dominio excitación; 80,6% en el dominio lubricación; 83,9% en orgasmo; 68,8% en satisfacción y 61,3% en el dominio dolor.

**Tabla 4. Relación entre los factores personales y sociales e Índice de Función Sexual en gestantes del centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.**

Factores personales y sociales	Índice de Función Sexual Femenina				Chi-Cuadrado	
	Disfunción sexual ( $\leq 26,55$ )		Normal ( $>26,55$ )			
	N°	%	N°	%	X <sup>2</sup>	p-valor
<b>Edad</b>					61,71	0,046*
Entre 18 - 25 años	16	17,2	9	9,7		
Entre 26 - 35 años	18	19,4	20	21,5		
Entre 36 - 45 años	23	24,7	7	7,5		
<b>Procedencia</b>					50,43	0,025*
Urbana	35	37,6	30	32,3		
Rural	22	23,7	6	6,5		
<b>Grado de instrucción</b>					85,14	0,037*
Sin instrucción	0	0,0	1	1,1		
Primaria	13	14,0	4	4,3		
Secundaria	38	40,9	20	21,5		
Superior/Técnico	6	6,5	11	11,8		
<b>Religión</b>					3,77	0,052
Católica	35	37,6	29	31,2		
Evangelista	22	23,7	7	7,5		
<b>Semana de gestación</b>					66,93	0,036*
Entre 1- 12 semanas	13	21,7	13	21,7		
Entre 13-24 semanas	20	33,3	17	28,3		
Entre 25-40 semanas	24	40,0	6	10,0		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

\*p< 0,05

En la tabla, se observa que, respecto a los factores personales y sociales, el 24,7% de las gestantes que presentan disfunción sexual ( $\leq 26,55$ ) fluctúan entre las edades de 36 a 45 años; 37,6% de las gestantes proceden de la zona urbana; 40,9% tienen grado de instrucción secundaria; 23,7% son católicas; 40,0% tienen entre 25 - 40 semanas de gestación; por otro lado, el 21,5% que no padecen de disfunción sexual ( $> 26,55$ ) están entre 26 a 35 años y el 28,3% tienen entre 13 a 24 semanas de gestación.

Pues bien, entre los factores personales y sociales que guardan relación significativa con disfunción sexual se tiene la edad ( $p = 0,046$ ), procedencia ( $p = 0,025$ ), grado de instrucción ( $p = 0,037$ ) y semanas de gestación ( $p = 0,036$ ), con estos resultados se cumple con la hipótesis de la presente investigación: existe relación significativa entre los factores personales y sociales e índice de función sexual, en gestantes atendidas en el centro de salud Baños del Inca. Cajamarca, 2024.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación se encontró que dentro de los factores personales y sociales destacó la edad, donde el 24,7% estuvo entre 36 a 45 años; hallazgos similares datan Díaz C y Samalvides F. (15), que sostienen que los casos de disfunción sexual femenina se identifican con más frecuencia en el estado perimenopáusico debido a que el 40% reportan la pérdida de placer sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo, además de otros problemas frecuentes como lubricación y dolor durante el coito (15). Por el contrario, Tingal F. (19) y Palomino F. (16), encontraron que tenían menos de 36 años, refiriendo que las mujeres más jóvenes mantienen un nivel más alto de actividad sexual en comparación con el grupo de mayor edad, explicando que las mujeres mayores de 30 años tienen mayor carga de trabajo dentro y fuera del hogar, menor lubricación y menores condiciones físicas por la edad (19).

Estos hallazgos permiten inferir que la edad es un factor determinante de la sexualidad del individuo (40). Dado que, está condicionado por los cambios hormonales que ocurren con el envejecimiento; a partir de los 35 años hay disminución de los niveles de estrógenos, por lo cual los tejidos de la vagina se vuelven más delgados, secos y rígidos, generando atrofia vulvovaginal o vaginitis atrófica, lo que puede ocasionar dispareunia; además conduce a una reducción del flujo sanguíneo hacia la región pélvica, lo que puede generar menos sensibilidad genital y también la necesidad de más tiempo para la excitación y orgasmo; el deseo sexual también disminuye con la disminución de los niveles hormonales, afectando así la función sexual (41).

Respecto al factor de procedencia se obtuvo que predominó en la muestra estudiada con el 37,6% de mujeres que viven en la zona urbana, resultado que concuerda con Espitia F. (10) y Macedo M. (18) donde mencionan que el residir en el área urbana estuvo asociado a disfunción sexual. Según la Organización Panamericana de la Salud más de la mitad de la población mundial vive en áreas urbanas y va en aumento,

las tendencias de urbanización presentan tanto oportunidades para mejores resultados en salud como riesgos para esta (42). Si bien las poblaciones urbanas generalmente tienen mejor acceso a servicios de salud, mayores tasas de alfabetización, mayores expectativas de vida; también las deficiencias en el planeamiento urbano estratégico pueden resultar en pobreza urbana; viviendo en espacios pequeños sean propios o alquilados, compartiendo habitaciones con los miembros de la familia, generando que el lugar no sea lo suficientemente erótico, privado o seguro para una libre expresión sexual y desarrollo pleno de la intimidad marital (18).

Asimismo, estos resultados son avalados por un estudio realizado en España, donde argumenta que la urbanización genera condiciones que afectan la salud mental como es el estrés, generando un impacto negativo en las relaciones sexuales, debido a que bajo los efectos del estrés son poco o nada satisfactorias, ya que puede producir ausencia de secreción vaginal e incluso anorgasmia, por un descenso de estrógenos, falta de concentración y poca atención en la actividad sexual coital (43).

En relación al grado de instrucción la mayoría de la muestra (40.9%) tenía secundaria ya sea completa o incompleta, resultados congruentes con la investigación de Díaz C. (15) quien halló que el 53,5% de su población tuvo educación secundaria, del mismo modo Macedo M. (18) encontró que el 86.1% de su muestra tuvo grado de instrucción secundaria. Se puede afirmar que, el nivel de educación influye en la función sexual debido a que se puede presentar dificultad en la comprensión de las preguntas y la información previa respecto a la sexualidad (8). Fuchs A. et al. mencionan que el factor más significativo que aumenta la posibilidad de disfunciones sexuales es un bajo nivel educativo, muchos de ellos tienen su base en una educación sexual limitada, carecen de conocimientos confiables y adecuados sobre el sexo durante el embarazo, falsas creencias y mitos, cuyos efectos adversos redundan de forma negativa en la relación de pareja; datándose en sus hallazgos que la disfunción sexual era menor en mujeres con un nivel educativo más alto (11), siendo congruente con el estudio realizado por Chávez D. que encontró que las gestantes con un grado de instrucción secundaria tuvieron 2.5 veces más riesgo de disfunción sexual en comparación con las gestantes que tuvieron un grado de instrucción superior (12).

Pues bien, en Cajamarca; según estadística del INEI (2022) el 36,3% de las mujeres tiene educación secundaria, seguida de 35,3% para educación primaria y 10.8 % superior universitaria (38), lo que nos indicaría que ha mejorado la situación de educación de las mujeres de nuestro entorno. Sin embargo, el nivel de educación es

fundamental en los temas relacionados con la sexualidad, esto puede llevar a pensar que la mujer con nivel de estudio medio y superior se encuentran más empoderadas para mejorar su vida, y el ámbito sexual no sería la excepción, puesto que una mujer con mayor educación tiene mejores conocimientos sobre temas de sexualidad y probablemente entiendan mejor los términos y definiciones que involucra la respuesta sexual, tales como deseo, orgasmo, satisfacción, excitación, etc. y mayor facilidad de adquirir conocimientos y saber expresar mejor sus problemas y vivencias de su sexualidad durante el embarazo (1); a diferencia de las mujeres con pocos estudios quienes podrían ser más vulnerables, impidiendo así el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que frecuentemente pueden deterioran la autoimagen y su autoestima (18).

Referente a la religión, 31,2% fueron católicas y 23,7% evangélicas; sin embargo, no se encontró relación significativa con esta variable. Estos hallazgos difieren con Tingal F. (19), encontró que la mayoría de las pacientes no eran católicas, es decir profesaban otras religiones tales como: evangélica, adventista, testigos de Jehová, israelitas, entre otras. La mayoría de religiones existentes en el mundo no prohíben o condenan el acto sexual en sí, siempre y cuando se rijan a sus doctrinas y leyes; sin embargo, muchas veces la religión impide la libertad y la diversidad sexual reprimiendo los deseos y la satisfacción sexual tanto del hombre como de la mujer pudiéndose alterar el vínculo entre la pareja, fortaleciendo conceptos restrictivos sobre la moral sexual además de tachar algunos actos como pecaminosos obstaculizando así el aprendizaje y la aplicación de los derechos sexuales de cada uno (19).

En cuanto al Índice de Función Sexual Femenina durante la gestación se ha encontrado un porcentaje alto, siendo el 61,3% que padecen de disfunción sexual; resultados similares con Jaramillo M. Colonia A. Posada G. (8), Chávez D. (12), Mora S. (14), Palomino F. (16) y Díaz C. Samalvides F. (15), quienes encontraron que la mayoría de la población en estudio presentaba disfunción sexual, estos resultados nos muestran que el impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes es relevante.

El embarazo puede alterar varios aspectos de la vida reproductiva de las mujeres, incluyendo la función sexual, tal como se evidencia en los resultados de esta investigación, a menudo se asocia con una reducción o cese de la actividad sexual, esto puede ser el resultado de la disminución del deseo sexual que a menudo informan las mujeres embarazadas, o puede ser causado por los miedos y mitos asociados con

la salud tanto de la madre como del niño (11), la aparición o empeoramiento de problemas sexuales preexistentes, los cuales pueden afectar negativamente la relación de pareja (10). Estudios recientes demuestran que este impacto negativo en la actividad sexual puede estar relacionado a la congestión venosa y cambios hormonales propios de la gestación provocando irritación y dolor en las mamas, vaso congestión de la porción externa de la vagina lo que genera una reducción de la abertura vaginal, mayor dificultad para llegar al orgasmo; lo que genera mayor tensión sexual y sentido de frustración (39).

Con respecto a la edad gestacional de las pacientes se encontró que, el 40% con disfunción sexual estaban entre 25 a 40 semanas de gestación (III trimestre), seguido de 33.3% entre 13 a 24 semanas (II trimestre), y finalmente 21.7% entre 1 a 12 semanas (I trimestre). Resultado que coincide con Espitia F. (10) donde obtuvo que la prevalencia de disfunciones sexuales fue; 39,79 % en el primer trimestre, 44,37 % en el segundo y 71,87 %, en el tercero. Por lo que, se aprecia que la presencia de disfunciones sexuales es progresiva, siendo mayor en el tercer trimestre. En el primer trimestre la mayoría de mujeres requieren mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual debido a las manifestaciones somáticas del embarazo como náuseas, vómitos, cansancio, somnolencia, tensión mamaria y las alteraciones de la silueta e imagen corporal, resultando así en una menor apetencia sexual (24). En el segundo trimestre la presencia de disfunción sexual puede estar asociada a la congestión fuerte y permanente presente en vulva, vagina y clítoris, lo que provoca que la intensidad de las sensaciones percibidas sea menor, además el evidente aumento del volumen corporal en algunas mujeres genera preocupación por su atractivo físico y que no generen interés sexual de su pareja (25). También en este periodo se produce la percepción de los primeros movimientos fetales los cuales generan temor y rechazo a la actividad sexual(15). En el tercer trimestre los cambios anatómicos han llegado a su punto máximo, es por ello que, a raíz del aumento del tamaño del feto y la posición de encaje para el parto se requiere cambios posturales para el coito en donde la mujer esté cómoda y evite la presión sobre el abdomen, esto en algunas ocasiones genera incomodidad en la pareja. Aunando que es el periodo más difícil para la mujer por razones psicológicas por ser futura madre, generando ansiedad y estrés relacionados con el parto, la salud del feto y la maternidad; por lo que se afecta negativamente la función sexual (11). Por lo mencionado, la pareja debe buscar formas alternativas en toda la gestación de mantener el contacto sexual, intimidad y deseo; considerando dentro de ellas posiciones sexuales que permitan a la gestante y pareja sentirse cómodos, como son misionero, amazona, cucharita y perrito (26).



En la investigación se encontró que los seis dominios de la escala del Índice de la Función Sexual Femenina se vieron alterados, teniendo más predominancia con un 86% del dominio Deseo, 83.9% dominio orgasmo y 80,6% dominio lubricación. Resultados similares con Espitia F. (10) y Mora S. (14), los que hallaron que el trastorno del deseo, orgasmo y lubricación, sufren un efecto mayor que los otros dominios del IFSF. Esto puede estar explicado gracias a la regulación hormonal que se produce durante el embarazo, en donde los niveles de estrógenos no siguen un patrón habitual y la testosterona disminuye causando pérdida del deseo, menor frecuencia de relaciones coitales, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital, adelgazamiento de la mucosa vaginal e ingurgitación mamaria (25). Lo que nos lleva a inferir que en la gestación se inhibe la búsqueda de sensaciones en referencia a las experiencias sexuales, por ende, no se produce ningún estímulo para dar alguna respuesta sexual, desde la fase del deseo, donde no se consigue una buena excitación que induzca a cambios fisiológicos y corporales, por ende, no se hace posible la producción de lubricación generando así una fase de meseta más prolongada y como resultado la dificultad de concebir un orgasmo y la fase de resolución no ocurra (25). Por otro lado, estos hallazgos pueden estar relacionados con la falta de aplicación de los derechos sexuales de la mujer; infiriendo que no puede tomar decisiones con libertad, confianza y seguridad sobre su vida sexual y reproductiva; experimentando en esta etapa modificaciones en su vivencia interna y externa relacionada con cambios en el cuerpo, emociones, mente y entorno familiar y social (22).

Por lo tanto, es importante educar a los futuros padres que, en casos de embarazo fisiológico, no existen contraindicaciones para realizar actividad sexual, de hecho, la actividad sexual satisfactoria durante el embarazo juega un papel crucial en el mantenimiento de una relación adecuada y placentera entre los futuros padres. Es por ello que los Obstetras deben brindar orientación sobre la actividad sexual durante el embarazo y eliminar los temores de las futuras madres y en los casos en que existan indicaciones para interrumpir las relaciones sexuales, debe ayudar a encontrar formas alternativas de mantener el contacto íntimo y que en la etapa del embarazo tengan un goce pleno de su sexualidad.

## CONCLUSIONES

Luego de realizar el estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se determinó que existe relación significativa entre los factores personales y sociales y el índice de función sexual femenina; como edad ( $p = 0,046$ ), procedencia ( $p = 0,025$ ), grado de instrucción ( $p = 0,037$ ) y semanas de gestación ( $p = 0,036$ ). Por el contrario, no se encontró relación significativa con la religión.
2. Los factores personales y sociales con predominio fueron, la edad entre 36 a 45 años, procedencia urbana, grado de instrucción secundaria, religión católica y edad gestacional entre 25 a 40 semanas.
3. Según el índice de Función Sexual Femenina el 61,3% de las gestantes presentó disfunción sexual.
4. Con respecto a los dominios del índice de Función Sexual Femenina se encontró que hay presencia de disfunción sexual en todos los dominios de la escala, predominando el deseo, orgasmo y lubricación.

## RECOMENDACIONES

- A la jefatura del centro de salud Baños del Inca, para capacitar al personal de salud sobre actividad sexual y disfunción sexual durante el embarazo con el objetivo de mejorar la atención respectiva a las gestantes. Además, implementar un programa de terapia de pareja incluyendo equipo multidisciplinario conformado por psicólogo y obstetra especialista en psicoprofilaxis; con el fin de abordar esta problemática antes, durante y después de la gestación.
- Al equipo de salud de consultorio externo del servicio de Obstetricia del centro de salud de Baños del Inca, a promover y brindar orientación acerca de la actividad sexual durante el embarazo a la gestante y su pareja.
- A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, a incluir en el Plan de Estudios la asignatura de Salud Sexual en mujeres en edad fértil.
- A los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, a realizar otras investigaciones sobre los diferentes factores asociados a la disfunción sexual en las gestantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becerril B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Tesis para optar el grado de Maestro en Sexología]. España: Universidad de Almería; 2020. [citado 13 de mayo de 2024]. 71 p. Disponible en: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf?sequence>.
2. Rodríguez FM. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Academia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. 2019; [citado 07 de setiembre de 2023]; 29 (6): 2-7. Disponible en: <http://www.ub.edu/sexologia.clinica/sites/default/files/2019-08/sexualidad%20y%20embarazo.pdf>
3. Blümel M JE, Bínfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. Índice de Función Sexual Femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2017 [citado 07 de setiembre de 2023];69(2): 15-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
4. Castroviejo Royo F. Función sexual femenina en Castilla y León: Rangos de normalidad [Tesis para obtener el grado de Doctor]. España: Universidad de Valladolid; 2018 [citado 07 de setiembre de 2023] 330 p.; Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/692>
5. Maiellano B. Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. Journal. 2020 [citado 07 de setiembre de 2023]; 5(12): 11-17. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3673>
6. Salvador Porras K. Relación entre función sexual y trimestre de embarazo de gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos. [Tesis para optar el Título de Obstetra]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2019. [citado 17 de setiembre de 2023] 60 p.; Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5701/Salvador\\_p k.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5701/Salvador_p k.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
7. Olivar Bonilla A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. Rev Fed Odontol Colomb. 2022. [citado 17 de setiembre de 2023]; 37-51. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-351858>.
8. Hoz F. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero en Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020; [citado 07 de noviembre de 2023]; 85(5):537-48. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000500537&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500537&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
9. Olivares-Noguera E, Montoya-Moreno RA, Arteaga-Noriega A. Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2021. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021; [citado 07 de noviembre de 2023]; 72(4):368-76. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3761>
10. Jaramillo M, Colonia A, Posada GA, Uribe M. Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. Rev

- Fac Cienc Salud Univ Cauca. 2021; [citado 12 de noviembre de 2023]; 23(1):15-22. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1626/1494>
11. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; [citado 12 de noviembre de 2023]; 16(21):4216. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4216>
  12. Espitia F. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero en Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2020; [citado 07 de noviembre de 2023]; 85(5):537-48. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000500537&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500537&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
  13. Chávez D. Factores asociados a la Disfunción Sexual en gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Católica de Santa María. 2023. [citado 12 de noviembre de 2023]; 75 p. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/766511c8-2575-4d53-9cfd-210012f7b1fb/content>
  14. Mora Galiano S. Función sexual femenina en el proceso de gestación en mujeres que asisten a un Centro de Salud de la Ciudad del Cusco. [[Tesis para optar el Título de Obstetra]. Perú: Universidad Andina del Cusco. 2020. [citado 15 de noviembre de 2023]; 73 p. Disponible en: [https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3984/Silvana\\_Tesis\\_bachiller\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3984/Silvana_Tesis_bachiller_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  15. Chuquimango Castillo K. Índice de Función Sexual en Gestantes atendidas en el Centro de Salud José Boterín, Callao. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Perú: Universidad San Martín de Porres. 2020; [citado 20 de noviembre de 2023]; 53 p. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6603/Chuquimango\\_CKL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6603/Chuquimango_CKL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  16. Sánchez B, Ruperto F. Aplicación del Índice de Función Sexual en Gestantes Atendidas en el Hospital de Barranca, Cajatambo y SBS. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2019; [citado 20 de noviembre de 2023]; 63 p. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/2874/Palomino%20D%c3%adaz%2c%20Hugo%20Fredy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  17. Díaz-Vélez C, Samalvides-Cuba F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III - Chiclayo - Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019. [citado 20 de noviembre de 2023]; ;82(4):386-95. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000400386&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400386&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  18. Macedo Orihuela ML. Factores Maternos asociados a las Características de la Función Sexual en Gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamacola. Arequipa. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Perú: Universidad Católica de Santa María. 2019; [citado 20 de noviembre de 2023]. 75 p. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4ff18399-9fc1-4ff8-8edf-94ef6139f91f/content>

19. Tingal Calua F. Modificaciones de la Actividad Sexual Coital Durante el Embarazo. Hospital Regional Docente De Cajamarca. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. 2019; [citado 28 de noviembre de 2023]; 102 p. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2300/MODIFICACIONES%20DE%20LA%20ACTIVIDAD%20SEXUAL%20COITAL%20DURANTE%20EL%20EMBARAZO.%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%20DE%20CA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>27. Cabrera JC. Manual Obstetricia y Ginecología. (2018).
20. Leañó R, Fajardo Y, Ríos D. Vivencias de la Sexualidad durante el Embarazo. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. 2019. [citado 28 de noviembre de 2023]; 56 p. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20445/AlvarezLeanoRuthKatherine2016.pdf?sequence=129>.
21. Cabrera JC. Manual Obstetricia y Ginecología. 2018. [citado 10 de diciembre de 2023]; 21 (9): 638. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
22. FASTER C. Factores Personales, Psicológicos, Sociales Y Situacionales. 2023. [citado 28 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://fastercapital.com/keyword/factores-personales,-psicológicos,-sociales-y-situacionales.html>
23. Maiellano B. Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. Journal. 2020 [citado 07 de setiembre de 2023]; 5(12): 11-17. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3673>
24. Levin AA. Cambios en la actividad sexual durante la gestación. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Argentina: Universidad Abierta Interamericana. 2019. [citado 15 de noviembre de 2023]; 59 p. Disponible en: <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc112561.pdf>
25. Muñoz G, Yáñez F. Actividad sexual y Modificaciones de la misma en Pacientes Embarazadas pertenecientes demográficamente a los Centros de Salud Unión de Ciudadelas y Pío XII, durante los meses de abril a julio [Tesis para optar el Título de Obstetra]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2016; [citado 17 de noviembre de 2023]; 140 p. Disponible en: <http://bibliotecavirtualoducal.uc.cl/vufind/Record/oai:localhost:123456789-1433246>
26. Romero MG. Sexualidad en el Periodo Gestacional. [trabajo de Fin de Grado]. España: Universidad De Cádiz. 2018 [citado 10 de diciembre de 2023]; 47 p. Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Chuquimango Castillo K. Índice de Función Sexual en Gestantes atendidas en el Centro de Salud José Boterín, Callao. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Perú: Universidad San Martín de Porres. 2020; [citado 20 de noviembre de 2023]; 53 p. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6603/Chuquimango\\_CKL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6603/Chuquimango_CKL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

28. Sánchez S, Medina T. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2020. [citado 13 de diciembre de 2023]; 60(4):320-327. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03\\_TIRSO\\_Trabajo\\_San.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03_TIRSO_Trabajo_San.pdf)
29. Montero L. *Diccionario Médico, Ginecología*. 2020. [citado 13 de diciembre de 2023]; Disponible en: [https://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php?title=Gestante](https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Gestante)
30. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Información sobre el embarazo | NICHD. 2020. [citado 10 de diciembre de 2023]; 32(4):31-35. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
31. Carta Peña M, González Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología, Venezuela*. 2018; [citado 17 de diciembre de 2023]; 76(3):232-47. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0048-77322016000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322016000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
32. Campos I. Civera L. Córdova S. *Respuesta Sexual Humana*. 2021. [citado 17 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://mural.uv.es/majoan/Grupo2RespuestaSexualHumana.pdf>
33. Serrano Poveda E. *Familia y Salud. Lubricación vaginal*. 2019. [citado 17 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/salud-joven/sexualidad/todo-lo-que-quieres-saber/lubricacion-vaginal>
34. Carroble JA, Gámez-Guadix M. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*. 2019; [citado 19 de diciembre de 2023]; vol. 27 (1), 27-34 Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113441/107431>
35. Túnchez B. *Scribd. Características Personales en Los Ámbitos Social, Emocional, Físico, Académico, Artístico*. 2019. [citado 19 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://es.scribd.com/document/507542838/Caracteristicas-Personales-en-Los-Ambitos-Socia>
36. Hernández Sampieri R, Baptista Lucio P, Fernández Collado C. *Metodología de la investigación*. 6ª edición. Vol 7. México. McGraw-Hill Interamericana;. 2018. [citado 19 de diciembre de 2023]; 632 p. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista- Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
37. Bazán Vélchez N. *Actitudes y prácticas sexuales según cada trimestre de gestación en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. [Tesis para optar el Título en Obstetricia]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2020. [citado 20 de noviembre de 2023]; 63 p. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/81910c44-54af-475a-b5db-86acdb1102c0/content>

38. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Perú. [citado 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/educational-achievement/>
39. Soria Becerril BCS. Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el Embarazo y Puerperio. [Tesis para optar el grado de Maestro en Sexología]. España: Universidad de Almería. 2019; [citado 10 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf?sequence>
40. Valenzuela P. Disfunción sexual femenina. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020. [citado 10 de diciembre de 2023]; 2023;88(6):335-336. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/symptoms-causes/syc-20372549>
41. Mayo Clinic. Introducción a la función y disfunción sexual en la mujer . Manual MSD. [citado 10 de septiembre de 2024]. 2024;24(4):123-126. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/función-y-disfunción-sexual-en-la-mujer/introducción-a-la-función-y-disfunción-sexual-en-la-mujer>
42. Salud Urbana. Organización Panamericana de la Salud. 2024 [citado 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-urbana>
43. Estrés y relaciones sexuales. Cúdate Plus. 2020 [citado 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/pareja/2018/10/13/estres-afecta-relaciones-sexuales-167622.html>



## ANEXOS

### ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

“Norte de la Universidad Peruana”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



#### CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

El presente instrumento recogerá información sobre el Índice de Función Sexual que usted presenta en su embarazo y servirá para la investigación “Índice de Función Sexual durante el embarazo por trimestres de gestación. Centro de Salud Baños Del Inca. Cajamarca, 2024”, Para salvaguardar sus datos personales, se respetará el anonimato. A continuación, se presentan una serie de casilleros que debe llenar con información de la gestante cuando ingrese a consultorio obstétrico, y finalmente el Índice de Función Sexual. Lea cada pregunta a la gestante y llene los espacios correspondientes:

#### I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

1	<b>EDAD</b>	Entre 18 - 25 años	Entre 26 - 35 años	Entre 36 - 45 años
2	<b>PROCEDENCIA</b>	Urbana		Rural
3	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Sin Instrucción	Primaria	Secundaria Superior/ Técnico
4	<b>RELIGIÓN</b>	Católica	Evangélica	Otros
5	<b>SEMANAS DE GESTACIÓN</b>	Entre 1 - 12 semanas	Entre 13 - 24 semanas	25 - 40 semanas

## II. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

Las siguientes preguntas son sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

### Definiciones:

- Actividad sexual: incluye caricias, juegos sexuales, masturbación y coito vaginal
- Coito vaginal: se define como la introducción del pene en la vagina
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA A CADA PREGUNTA:

Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye el deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la iniciación sexual de la pareja y pensar o fantasear sobre tener sexo.

#### 1. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

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

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

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

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

#### 3. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - Casi nunca o nunca
- 4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Muy alto
  - Alto
  - Moderado
  - Bajo
  - Muy bajo o nada
- 5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tuvo para conseguir excitarse durante la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Confianza muy alta
  - Confianza alta
  - Confianza moderada
  - Confianza baja
  - Confianza muy baja o nada
- 6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Casi siempre o siempre
  - La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
  - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - Casi nunca o nunca
- 7. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia consiguió la lubricación vaginal (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Casi siempre o siempre
  - La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
  - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - Casi nunca o nunca
- 8. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta dificultad encontró para lubricarse (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Extremadamente difícil o imposible
  - Muy difícil

- Difícil
  - Un poco difícil
  - Sin dificultad
- 9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantuvo la lubricación vaginal (humedad vaginal) hasta finalizar la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Casi siempre o siempre
  - La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
  - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - Casi nunca o nunca
- 10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta dificultad encontró para mantener la lubricación vaginal (humedad vaginal) hasta finalizar la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Extremadamente difícil o imposible
  - Muy difícil
  - Difícil
  - Un poco difícil
  - Sin dificultad
- 11. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o coito vaginal, ¿Con qué frecuencia consiguió el orgasmo (clímax)?**
- Sin actividad sexual
  - Casi siempre o siempre
  - La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
  - A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - Casi nunca o nunca
- 12. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o coito vaginal, ¿Cuánta dificultad tuvo para alcanzar el orgasmo (clímax)?**
- Sin actividad sexual
  - Extremadamente difícil o imposible
  - Muy difícil
  - Difícil
  - Un poco difícil
  - Sin dificultad
- 13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o coito vaginal?**
- Sin actividad sexual
  - Muy satisfecha
  - Moderadamente satisfecha

- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

**14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con el acercamiento emocional con su pareja durante la actividad sexual?**

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

**15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con la relación sexual con su pareja?**

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

**16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta satisfacción sintió con su vida sexual en general?**

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

**17. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor durante coito vaginal?**

- Sin coito vaginal
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

**18. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor después del coito vaginal?**

- Sin coito vaginal
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

- Casi nunca o nunca

**19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo valoraría su nivel (grado) de dolor o molestias durante o después del coito vaginal?**

- Sin coito vaginal
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Gracias por su colaboración.

## ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DE INSTITUCIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Baños del Inca, 10 de Abril del 2024

OFI N° 42-2024-GR.CAJ/DRSC/RED.CAJ/ZS.BI-MASV

Sra.  
KARLA MARIA LUDEÑA LOZANO

Baños del Inca. -

Asunto : Autorización para ejecución de proyecto de tesis  
Referencia : Solicitud

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarla cordialmente, y a la vez indicarle que en respuesta a su solicitud, la jefatura de la Zona Sanitaria Baños del Inca, dentro del marco normativo, autoriza el permiso y facilidades para la ejecución de la investigación en pacientes con el objetivo de determinar la relación entre factores personales y sociales e índice de función sexual en gestantes en el Centro de Salud Baños del Inca, para poder realizar y aplicar el proyecto de tesis titulado "FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA 2024".

Esperando sea de su mayor provecho y beneficio a su investigación, al finalizar dicha aplicación de su proyecto de tesis, remitir en físico y virtual los resultados obtenidos; me suscribo de usted recomendándole tenga la responsabilidad del caso.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
Dirección Regional de Salud  
Red Integrada de Salud Cajamarca  
M.C. Miguel Ángel Santacruz Vásquez  
JEFE ZONA SANITARIA II BAÑOS DEL INCA

MASV  
Archivo.  
Z.S. B.I  
Folios /02/

EN EL  
CORAZÓN  
DEL PUEBLO

uecajamarca@riscajamarca.gob.pe  
AV. LA CANTUTA #1244

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**“Norte de la Universidad Peruana”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ....., identificada con DNI N°....., declaro que he sido informado correctamente por la estudiante de Obstetricia LUDEÑA LOZANO, KARLA MARÍA, identificada con DNI N° 73063401, sobre el estudio “FACTORES PERSONALES Y SOCIALES ASOCIADOS AL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024”, con el objetivo de determinar la relación entre los factores personales y sociales e Índice de Función Sexual en gestantes, por lo que me muestro conforme con los procedimientos y doy mi consentimiento para la aplicación de los instrumentos correspondientes. Asimismo, declaro que se me fue informado que todos los datos serán manejados bajo anonimato y confidencialidad.

Cajamarca .... de ..... del 2024.

---

Firma



NOMBRE DEL TRABAJO

**tesis-karla maria ludeña lozano.pdf**

AUTOR

**Karla Maria Ludeña Lozano**

RECUENTO DE PALABRAS

**18426 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**96579 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**69 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**887.1KB**

FECHA DE ENTREGA

**Oct 10, 2024 10:19 AM EDT**

FECHA DEL INFORME

**Oct 10, 2024 10:21 AM EDT**

### ● 13% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)