

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Sexología

PERCEPCION DEL DOLOR DE PARTO Y SU RELACION CON LA FUNCION SEXUAL EN
LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DAVILA

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Sexología

Autor:

Katherine Viviana Almeida Rojas

Director:

Silvia Lucia López Alvarado

ORCID: 0000-0002-9402-645X

Cuenca, Ecuador

2023-02-03

Resumen

Antecedentes: La vía del parto, las lesiones en el periné y los cambios fisiológicos que acompañan al puerperio, pueden influir negativamente en la reanudación de una vida sexual plena.

Objetivo: Determinar la relación entre la percepción del dolor de parto y la función sexual de las pacientes que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período marzo – mayo del 2022.

Diseño metodológico: Se realizó una investigación cuantitativa, analítica de corte transversal, que permitió determinar la relación de la percepción del dolor de parto con la función sexual. Se elaboró un formulario donde constan las variables de estudio en relación con datos sociodemográficos y datos ginecobstétricas. Se utilizó un cuestionario validado tipo Likert para la valoración de la actividad sexual de la mujer (EVAS - M); en relación con el dolor de parto se empleó la escala analógica visual del dolor (EVA). Posterior a la recolección de datos se procedió a la revisión y análisis de la información, mediante el programa SPSS22.

Resultados: El 39.10% de los participantes obtuvieron una calificación menor de 38 puntos en la evaluación EVAS-M. El 94.53% experimentó un dolor de parto severo, solamente el 5.47% tuvo un dolor moderado, de acuerdo con la escala de dolor EVA. Existe una relación estadística significativa entre la paridad ($p \leq 0.05$) y la función sexual femenina. No existe una relación estadística significativa ($p > 0.05$) entre la percepción del dolor del parto y la función sexual de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán entre el período marzo – mayo del 2022.

Conclusión: Los hallazgos obtenidos en esta investigación evidencian la importancia del estudio a profundidad de la función sexual femenina, así como de las características socio demográficas, ginecobstétricas y del dolor del parto. Los resultados obtenidos son discutidos en relación con los hallazgos de la función sexual femenina en otros contextos.

Palabras clave: dolor de parto, disfunción sexual, sexualidad

Abstract

Background: Sexual function is a topic that is not addressed at the time of care in prenatal and postnatal care. The type of childbirth, injuries to the perineum and the physiological changes that accompany the puerperium can negatively influence the resumption of a full sexual life.

Objective: To determine the relationship between the perception of labor pain and the sexual function of patients who attend the Luis Gabriel Davila Hospital in the city of Tulcán in the period March - May 2022.

Methodological design: A quantitative, analytical cross-sectional investigation was carried out, which allowed determining the relationship between the perception of labor pain and sexual function. A form was prepared containing the study variables in relation to sociodemographic data and gynecological data. A validated Likert-type questionnaire was used to assess women's sexual activity (EVAS - M); In relation to labor pain, the visual analog pain scale (VAS) was used. After data collection, the information was reviewed and analyzed using the SPSS22 program.

Results: 39.10% of the participants obtained a score of less than 38 points in the EVAS-M evaluation. 94.53% experienced severe labor pain, only 5.47% had moderate pain, according to the EVA's pain scale. There is a statistically significant relationship between parity ($p \leq 0.05$) and female sexual function. There is no significant statistical relationship ($p > 0.05$) between the perception of labor pain and the sexual function of the patients who were treated at the Luis Gabriel Dávila Hospital in the city of Tulcán between the period March - May 2022.

Conclusion: The findings obtained in this research show the importance of the in-depth study of female sexual function, as well as socio-demographic, gynecological and labor pain characteristics. The results obtained are discussed in relation to the results of female sexual function in other contexts.

Keywords: labor pain, sexual dysfunction, sexuality

Índice

1	INTRODUCCIÓN	6
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3	JUSTIFICACIÓN	9
4	MARCO TEÓRICO	10
4.1	Dolor	10
4.2	Parto	10
4.2.1	Fases del trabajo de parto	11
4.2.2	Lesiones de la vía del parto	11
4.2.3	Puerperio	12
4.3	Función sexual	12
4.4	Disfunción sexual en la mujer	12
4.5	Clasificación de la disfunción sexual	12
4.6	Escala análoga visual del dolor	13
4.7	Escala de valoración de la actividad sexual de la mujer EVAS -M	13
5	HIPÓTESIS	15
6	OBJETIVOS	15
6.1	Objetivo General	15
6.2	Objetivos Específicos	15
7	METODOLOGÍA	16
7.1	Diseño del estudio	16
7.2	Área del estudio	16
7.3	Universo y muestra	16

7.4	Criterios de inclusión y exclusión	17
7.4.1	Criterios de inclusión	17
7.4.2	Criterios de exclusión	17
7.5	Variables	17
7.6	Técnicas e instrumentos	17
7.7	Procedimientos	18
7.8	Plan de tabulación y análisis	18
7.9	Consideraciones bioéticas	18
8	RESULTADOS.....	20
8.1	Descriptivos.....	20
8.2	Relación entre la paridad, características del parto y las complicaciones con la función sexual.....	21
9	DISCUSIÓN	24
9.1	Limitaciones e implicaciones.....	25
10	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
10.1	Conclusiones	26
10.2	Recomendaciones	26
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
12	ANEXOS	31

1 INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades, roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.¹

El embarazo y el parto afectan múltiples funciones fisiológicas, funcionales y mentales que interfieren con la sexualidad. Los factores endocrinos y psicosomáticos, así como los cambios anatómicos durante el embarazo y las diferentes formas de parto, pueden provocar disfunción sexual femenina.²

Los cambios que se producen en la mujer embarazada afectan, cambian y modifican todo su ser en varios aspectos, lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, pero no tan solo en ella, pues también afecta a su pareja y esto puede ser evidenciado en el cambio del deseo sexual que el hombre experimenta.³

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para unos el embarazo puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales.⁴

Esta investigación está enfocada a brindar una atención prioritaria sobre la función sexual de la mujer, la misma que es dejada de lado en cada control postparto, debido a la poca información sobre los cambios que suceden durante este período afecta negativamente la sexualidad de mujer.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La función sexual está definida por las actividades propias del sexo y se refiere al conjunto de fases que excitan a una acción simultánea, cuando se sitúan cambios en el ambiente interno o externo del organismo, el cual conlleva a una ejecución de una actividad sexual accesible a la observación y al control e implica un proceso de activación. El parto ocasiona cambios significativos en la reanudación y continuación de las relaciones sexuales en las parejas; en consecuencia, puede provocar disfunción sexual en las mujeres. El desarrollo de estos problemas iría acompañado de la aparición de múltiples trastornos físicos y mentales y la ruptura conyugal. Otros han evidenciado una relación entre los síntomas psicológicos y la función sexual deficiente en el primer año posparto. En este sentido, una puntuación de función sexual de < 26,55 se considera un factor de riesgo de depresión posparto.³⁻⁵

En el ámbito internacional una investigación desarrollada por Sheikhi et al. en el año 2020 acerca de los efectos de la educación sobre salud sexual en la función sexual y reanudación de las relaciones sexuales después del parto en mujeres primíparas en Irán, mostró que un porcentaje significativo de más del 50% de mujeres presentó problemas en la función sexual posterior al parto.⁴

Otro estudio realizado en el año 2020 en Israel por Gutzeit et al. respecto a función sexual femenina posparto determino que la dispareunia en los primeros 3 meses del período posnatal se asoció significativamente con los partos vaginales, sin embargo, a los 6 meses no hubo diferencias significativas.⁶

Asimismo, un estudio realizado en Alemania por McCool-Myers et al. en el año 2018 sobre predictores de la disfunción sexual femenina concluye que la vida sexual y reproductiva de las mujeres se ve muy afectada por la disfunción sexual femenina debido a factores biológico, psicológico y sociales que juegan un papel importante en la prevalencia de disfunción sexual.⁷

Por otro lado, un estudio realizado en República Checa por Faisal-Cury et al. en el año 2016 encontró que el 98,0% de las mujeres después de habersele practicado una episiotomía medio lateral y el 97,7% después de haber presentado un parto lateral reanudaron las relaciones sexuales dentro de los 6 meses posteriores al parto ($p = 0,74$).⁸

Por último, en Finlandia un estudio realizado por Kainu et al. en el año 2010 sobre dolor persistente después del parto por cesárea y parto vaginal halló que el 41% de mujeres informaron dispareunia después del parto vaginal y el 2% del parto por cesárea, valorando como factor predictor el dolor persistente, concluye que al año es mayor después del parto por cesárea que después del parto vaginal.⁹

En Ecuador existen pocos estudios sobre la función sexual en el puerperio, durante este período se produce una serie de cambios los que repercuten en la vida de la mujer y aún más en su sexualidad, los cambios tanto físicos y psicológico van a influir en el deseo de la pareja el mismo que puede aumentar, disminuir y en ciertos casos permanecer impasibles.

De acuerdo a la investigación realizada por Castillo & Paredes en el año 2012, se obtuvo como resultado que por lo menos el 42% de las pacientes con parto mediante cesárea y el 50% que

culminó el embarazo con parto vaginal presentó algún tipo de alteración en la práctica de la función sexual, principalmente lo concerniente con el deseo y frecuencia y una proporción menor manifestaron problemas asociados a la penetración o ansiedad antes del acto sexual.¹⁰

Con respecto a la función sexual y percepción del dolor se localizó la investigación realizada por Botta et al. en el año 2019 en Italia, exploraron la presencia y percepción auto informada de dolor genital y su asociación con el funcionamiento sexual, la angustia sexual, las emociones, la psicopatología y la calidad de vida; se exploró el control del efecto del dolor en las mujeres con puntajes del Índice de Función Sexual Femenina. Los resultados mostraron que las mujeres que informaron dolor genital indicaron una función sexual generalmente más baja que las mujeres sin dolor genital.¹¹

Debido a los estudios científicos desarrollados previamente, para desarrollar un estudio en este ámbito y más específicamente en la ciudad de Tulcán es importante tener en cuenta sugerencias reconocidas en la revisión de la literatura que se realizó previo a al diseño de la investigación. Por otro lado, en nuestro país estudios sobre percepción del dolor y función sexual son escasos simplemente por tabúes, miedo, vergüenza, desconocimiento que ocasiona este tema se deja de lado, considerando que es un tema muy importante de abordar considerando que la función sexual es parte integral de la calidad de vida sexual de la mujer en todas las etapas de la vida, el eje primordial de la familia es menester realizar estudios relacionados a la función sexual. Así este estudio apunta a responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la percepción del dolor de parto con la función sexual en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán durante el período marzo – mayo 2022?

3 JUSTIFICACIÓN

El estudio de la percepción del dolor de parto en relación con la función sexual permitirá prestar más atención a la sexualidad durante el puerperio la misma que se encuentra descuidada y que afecta silenciosamente a muchas mujeres y puede tener un efecto negativo en su bienestar físico, social y emocional.

Las beneficiarias de ésta investigación serán las pacientes púerperas debido que la atención que se brinda en el puerperio está dirigida básicamente a los resultados positivos obstétricos dejando de la lado la vida sexual, además se beneficiará la familia por ser la mujer eje fundamental de éste; también se beneficiará el hospital en estudio brindando los profesionales de salud mayor información de los cambios que se presentan durante el embarazo y el puerperio además los centros de salud para que prioricen la atención de salud sexual en cada control prenatal y postparto.

Por lo antes expuesto surge la necesidad de realizar un estudio profundo acerca de la funcionalidad de la sexualidad en el embarazo y parto debido que en nuestro país son escasos los estudios acerca de esta temática, se plantea el objetivo determinar la relación del dolor percibido de parto y la función sexual de las pacientes que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila.

Los ODS 2030 en su objetivo 3 propone: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades con su meta 3.7 de aquí al 2030 es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”.¹²

De acuerdo con las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013- 2017 el mismo que tiene como objetivo optimizar los recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de esta, esta investigación se ajusta al área 5. Materna con su sub línea impacto psicosocial.¹³ La Universidad de Cuenca dentro de su línea de investigación en la Maestría de Sexología llama al estudio de los Aspectos Psico - biológicos de la sexología y ratifica la necesidad de este estudio.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Dolor

La historia del dolor de parto va íntimamente ligada al papel de la mujer en la sociedad. La percepción de las mujeres sobre la maternidad ha ido evolucionando a la par de los acontecimientos históricos y los avances científicos y sociales. El dolor de parto es un complejo síndrome somático-emotivo que confiere una estabilidad emocional determinada, en el que la matización de dicho dolor depende de diversas características socioculturales de la paciente. Se caracteriza por ser un dolor somático y visceral, de inicio brusco (dolor agudo) y corta duración. Además, se suele asociar a náuseas, vómitos y sudoración y por contener además un componente referido, manifestándose en lugares distantes al órgano que lo origina.^{14,15}

La asociación entre la modalidad de parto y dolor postparto en los países desarrollados fue estudiada por Kabakian et al. quienes estudiaron la asociación de los informes de dolor durante el coito en el período posparto con el modo de parto. Obteniendo como resultados datos llamativos de un 67% que informaron haber experimentado dolor durante el coito posparto y el 72,3% no buscó atención. Mujeres que tuvieron un parto por cesárea (1,96; IC (1,29-2,63)), que eran primíparas (OR = 2,44; IC (2,05-2,83)) y que residían en la región del Monte Líbano (OR = 1,25; IC (1,09-1,40)) fueron significativamente más propensos a informar dolor durante el coito posparto.¹⁶

De igual forma una investigación desarrollada en Italia con el objetivo de investigar el impacto del modo de parto en el funcionamiento sexual posparto femenino comparando el parto vaginal espontáneo, el parto vaginal operatorio y la cesárea, obtuvo como resultados que las mujeres que se sometieron a un parto vaginal quirúrgico tuvieron peores puntuaciones en excitación, lubricación, orgasmo y funcionamiento sexual global en comparación con el grupo de cesárea y menores puntuaciones de orgasmo en comparación con el grupo de parto vaginal espontáneo.¹⁷

Una revisión sistemática de la literatura sugiere una asociación entre el parto vaginal asistido y algún grado de disfunción sexual. Las asociaciones informadas entre el parto por cesárea y la disfunción sexual fueron inconsistentes.¹⁸

4.2 Parto

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el parto empieza a abordarse como un proceso que requiere atención médica, especialmente entre las clases sociales acomodadas, y es entonces cuando se comienza a identificar las causas relacionadas con el dolor y a aplicar analgesia farmacológica.¹⁸

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos. El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños.¹⁹

4.2.1 Fases del trabajo de parto

Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación: es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y la fase activa. Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo: es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento. Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento: es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.²⁰

4.2.2 Lesiones de la vía del parto

La episiotomía es una intervención que muchos consideran "menor", causa dolor y angustia en las mujeres, que persiste hasta 6 semanas después del parto en hasta el 13% de las mujeres. La incisión quirúrgica se realiza en un área perineal sensible y que la sutura de la herida causa dolor y molestias en un momento en que la nueva madre y el padre están tratando de conocer a su bebé.²⁰

Los desgarros perineales son comunes sobre todo en primíparas. Tanto en la episiotomía como en un desgarro puede verse afectado el suelo pélvico, por lo que pueden quedar secuelas en la mujer que alteren funciones muy importantes como la continencia y las relaciones sexuales.²⁰

Durante el parto, el trauma y las lesiones que se generan sobre el periné pueden ayudar a que se produzcan afecciones en la musculatura del suelo pélvico. Desde el punto de vista fisiopatológico, éstas alteraciones del suelo pélvico pueden ser debidas a: a) Suelo pélvico extremadamente relajado como consecuencia de la sobre distensión de la musculatura durante el parto vaginal; b) lesiones traumáticas sobre las paredes vaginales (desgarros, episiotomías, uso de fórceps, entre otras), que pueden afectar a la función de sostén y soporte, y c) lesión directa del periné por compresión de los nervios o elongación prolongada de éstos, lo que impide que el músculo pubococcígeo y los esfínteres puedan contraerse de forma voluntaria como lo harían en condiciones normales.²⁰

Los desgarros perineales son laceraciones que se producen en el canal blando del parto, tanto en partos eutócicos como distócicos. Se clasifican en cuatro grados según los tejidos que se vean afectados, siendo el menor grado el menos afectado y el mayor grado el más afectado. Según los criterios aceptados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists los desgarros se dividen en estos cuatro grados, siendo el de tercer grado dividido en tres categorías.²¹

1º grado: Lesión del epitelio-mucosa vaginal o de la piel perineal.

2º grado: Lesión de lo anterior y de los músculos del periné sin afectar al esfínter anal.

3º grado: Lesión de lo anterior y del esfínter anal. (3A: Lesión del esfínter externo menor al 50%; 3B: Lesión del esfínter externo mayor al 50%; 3C: Lesión de esfínter externo e interno).

4º grado: Lesión del esfínter anal y de la mucosa rectal junto a lo anteriormente citado.

Los desgarros más graves son los de tercer y cuarto grado que producen más dolor e incontinencia rectal, lo que conlleva muchas limitaciones e incomodidades.

Tanto en una episiotomía como en un desgarro se puede ver afectado el suelo pélvico o periné, es decir, el conjunto de músculos y aponeurosis que sustentan la porción abdominal inferior y sirven de apoyo a la vejiga, el aparato genital interno (vagina y útero) y una porción del intestino.²⁰

4.2.3 Puerperio

El puerperio es el periodo de tiempo que tarda el aparato reproductor femenino en recuperarse después de que la mujer haya tenido un parto. Teniendo en cuenta que el posparto es un período de especial vulnerabilidad, en el que lo esperable sería una recuperación plena de la sexualidad previa al embarazo, pero en el que existe un importante riesgo de aparición de problemas sexuales, es fácil entender la importancia de que los profesionales sanitarios realicen una adecuada evaluación de la sexualidad durante todo el puerperio.²²

4.3 Función sexual

La función sexual es sin duda una dimensión importante de la vida adulta. Los estudios clínicos y empíricos, principalmente de mujeres adultas norteamericanas y europeas sin quejas sexuales, han aclarado ciclos de respuesta sexual que son diferentes de la progresión lineal de fases discretas. Las mujeres describen fases superpuestas de respuesta sexual en una secuencia variable que combina las respuestas de la mente y el cuerpo. La motivación sexual de las mujeres es mucho más compleja que la simple presencia o ausencia del deseo sexual.²³

Función sexual "normal" es un concepto engañoso porque no existe una medida objetiva para definirlo. Lo "normal" se define a menudo por normas estadísticas, normas culturales o ambas. Por otra parte, la función normal puede variar entre mujeres y en la misma mujer a lo largo de su vida. Se han desarrollado múltiples modelos para describir una respuesta sexual sana. Basson introdujo un modelo circular basado en la intimidad para ayudar a explicar la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de la mujer, tomando en cuenta observaciones que muestran que a menudo ésta no sigue una trayectoria lineal. Su modelo reconoce la compleja interacción de la intimidad emocional, los estímulos sexuales, los factores psicológicos y la satisfacción con la relación, que determina la respuesta sexual.²⁰

4.4 Disfunción sexual en la mujer

Para comprender las disfunciones sexuales en la mujer se deben de analizar las creencias culturales y normas morales para así entender sus comportamientos y actitudes hacia la sexualidad. Se define como la alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual humana debido a factores orgánicos y/o psicológicos, incluyendo las causadas por dolor y por los efectos adversos de fármacos.²⁰

4.5 Clasificación de la disfunción sexual

Disfunciones sexuales según DSM – V.

Disfunciones que afectan a la fase del deseo o excitación.

Trastorno del interés/excitación sexual femenino. Ausencia o disminución del interés y/o la excitación en la relación sexual, o los pensamientos eróticos, o del placer sexual o de las sensaciones genitales o no genitales o en la receptividad sexual. Comprende los trastornos del deseo hipoactivo y el trastorno de excitación sexual femenino.²⁴

Trastorno orgásmico femenino. Dificultad para alcanzar el orgasmo o disminución de la intensidad de las sensaciones orgásmicas. Incluye la anorgasmia.²⁴

El estudio de la sexualidad en la mujer es muy amplio debido a que la función sexual se ve influenciada por varios factores por lo tanto esta investigación tratará de conocer si la vía de parto repercute en la función sexual.²⁴

4.6 Escala análoga visual del dolor

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimétrica. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. 2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7. 3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.²⁵

La intensidad del dolor es la dimensión del dolor más estudiada, existiendo distintas escalas para intentar graduar y medir esta intensidad. Entre éstas la escala visual analógica (EVA) es la que probablemente haya sido objeto de más estudios y ha sido ampliamente validada en el seguimiento del dolor crónico. En este contexto se ha mostrado superior a escalas verbales descriptivas o escalas con intervalos fijos. De esta manera, podemos considerar la EVA como el método de referencia en la evaluación de la intensidad del dolor. La mayor limitación de la EVA es que precisa unos niveles adecuados de agudeza visual, función motora y habilidad cognitiva para trasladar la sensación de dolor en una distancia medida en una regla.²⁵

4.7 Escala de valoración de la actividad sexual de la mujer EVAS -M

Es un cuestionario corto que valora los seis dominios principales que se cuestionan en la actividad sexual femenina: satisfacción, interés, excitación subjetiva, lubricación, orgasmos y dolor. Para el diseño de EVAS-M se tomaron como referencia las recomendaciones del Comité Internacional para la Evaluación de Trastornos Sexuales, basadas en medicina de evidencia. La escala corta EVAS – M valora la actividad sexual en los últimos tres meses entendiéndose esta como aquella que se puede mantener en pareja estable o eventual, o mediante auto estimulación, incluyendo caricias, juegos, penetración y masturbación. Consta de ocho preguntas, de las cuales puntúan siete, ya que hay la segunda que realiza solo para dimensionar el tiempo de insatisfacción, las preguntas se contestan en una escala tipo Likert semi cuantitativa, puntuando del uno al cinco se explora el interés sexual, la excitación subjetiva o sentimiento de excitación, la excitación o lubricación genital, el orgasmo y la presencia o no de dolores, es decir las 6 dimensiones exploran la actividad sexual. Se considera un Score sugestivo de disfunción sexual el menor a 38 puntos. En la validación de esta escala corta, la estimación del índice de

discriminación de cada ítem con respecto al total se consideró adecuado a los estándares habituales y el coeficiente de fiabilidad a través de Alpha Cron Bach fue del 0.66 que esta algo por debajo del estándar de 0.70 pero aceptable por el número de ítems. Se propone como una herramienta de guía para entrevista sexológica personalizada.²⁶

5 HIPÓTESIS

Debido a que el parto genera alteraciones en la vida sexual de la mujer, con un mayor dolor del parto se presentan más problemas relacionados con la función sexual femenina en las pacientes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la percepción del dolor de parto y la función sexual de las pacientes que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período marzo – mayo del 2022.

6.2 Objetivos Específicos

Identificar la intensidad del dolor percibido durante el parto de las pacientes asistidas el parto en Hospital Luis Gabriel Dávila.

Caracterizar a la población según sus particularidades sociodemográficas, características ginecobstetricias y función sexual.

Hallar la relación entre las variables de carácter obstétrico y la función sexual de las pacientes asistidas en el parto en el Hospital Luis Gabriel Dávila.

Establecer si la percepción del dolor de parto se relaciona con la función sexual.

7 METODOLOGÍA

7.1 Diseño del estudio

Se llevó a cabo una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo analítica de corte transversal que permitió determinar la percepción del dolor del parto y la función sexual donde el principal alcance del estudio es determinar cuál es la relación de la percepción del dolor de parto con la función sexual en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán.

7.2 Área del estudio

La investigación se realizó en el Hospital Luis Gabriel Dávila ubicado en la ciudad de Tulcán perteneciente a la Zona de Salud 1 del Ecuador.

7.3 Universo y muestra

La población con la que se llevó a cabo el estudio fue de 960 pacientes en edades comprendidas entre 18 a 45 años, que recibieron atención de parto en el Hospital Luis Gabriel Dávila durante el período marzo – mayo 2022.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula muestral en poblaciones finitas consideradas cuando existen menos de 100.000 participantes.

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

Donde:

n = Muestra

N = Población total

p = Proporción esperada

q = p-1

d = Precisión

Z (alfa) = factor de valor 1.96, cuando la seguridad es del 95%

La muestra calculada fue de 274 participantes, considerando a la población total, un índice de confianza del 95% y un error del 5%.

$$n = \frac{960 * (1,96)^2 * (0,5) * (0,5)}{0,05^2 * (960 - 1) + (1,96)^2 * (0,5) * (0,5)}$$

$$n = 274 \text{ participantes.}$$

Una vez realizado el cálculo, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes.

7.4 Criterios de inclusión y exclusión

7.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes asistidas en el parto en el servicio de Centro Obstétrico del hospital en estudio.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Pacientes con parto tipo vaginal.

7.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes de alto riesgo obstétrico.

Pacientes con discapacidad.

7.5 Variables

La principal variable predictora o independiente fue la percepción del dolor de parto, la misma que se evaluó mediante una escala analógica visual para valoración del nivel de dolor (EVA).

La variable resultado o dependiente es la función sexual que fue valorada durante el puerperio mediato a las pacientes mediante una escala para la valoración de la actividad sexual de la mujer. (EVAS- M).

Además, se incluyeron en el estudio otras variables descriptivas como: edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, tipo de parto, características del tipo de parto y complicaciones obstétricas.

7.6 Técnicas e instrumentos

La técnica aplicada para el llenado del formulario fue la encuesta auto complementada por las participantes; formulario diseñado en base a las variables a estudiarse. Además, se empleó la escala de valoración de actividad sexual de la mujer EVAS-M, la misma que valora la actividad sexual en los últimos tres meses. Consta de ocho preguntas de las cuales puntúan siete, ya que hay la segunda que realiza solo para dimensionar el tiempo de insatisfacción, las preguntas se contestan en una escala tipo Likert semi cuantitativa, puntuando del uno al cinco excepto la satisfacción y la cercanía emocional, el resto se multiplican por dos y se suman todas las puntuaciones. La máxima puntuación sería 60 y la mínima 7. Se considera un puntaje sugestivo de disfunción sexual el menor a 38 puntos. En la validación de esta escala corta, la estimación del índice de discriminación de cada ítem con respecto al total se consideró adecuado a los estándares habituales y el coeficiente de fiabilidad a través de Alpha Cron Bach fue del 0.66 que esta algo por debajo del estándar de 0.70 pero aceptable por el número de ítems.

Asimismo, se empleó la escala de valoración analógica visual EVA para valoración del dolor de parto consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3, dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 a 7 y dolor severo si la valoración es igual o superior a 8. (Anexo N.º 2 , Anexo N.º3, Anexo N.º 4)

7.7 Procedimientos

Se realizó la solicitud dirigida al gerente del Hospital y al director Médico Académico para viabilizar la ejecución de la investigación.

Se aplicó un consentimiento informado para la aceptación de las participantes (Anexo N° 1).

Se aplicó un formulario de la recolección de datos donde consten las variables de estudio relacionadas con datos sociodemográfico y gineco-obstétricos.

Primer paso: identificar a las pacientes ingresadas al servicio de centro obstétrico en labor de parto y aplicar la encuesta de datos sociodemográfico. Segundo paso: se dio seguimiento y durante el posparto se aplicó una encuesta en la que consta la escala analógica visual para valoración del nivel de dolor EVA. Mediante dicha escala se determinó el nivel de dolor percibido durante el parto, asimismo se complementó la encuesta con datos gineco obstétricos como paridad, tipo de parto, características del tipo de parto y presencia o no de complicaciones, además la escala EVAS-M la misma que valoró la actividad sexual después del parto y se realizó mediante vía telefónica a las pacientes captadas.

Se informó a la población en estudio de los alcances de la investigación.

Posterior a la recolección de datos se procedió a la revisión y análisis de la información y luego se ingresó los datos al programa SPSS versión 22.

7.8 Plan de tabulación y análisis

En la presentación de los resultados se utilizaron tablas simples y compuestas: características sociodemográficas y datos gineco obstétricos. Con el propósito de resumir la información se presentaron datos cuantitativos con la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS) en caso de distribución normal o con la mediana y rango intercuartilar cuando no exista distribución normal; en variables cualitativas con frecuencias (F) y porcentajes (%).

En la comparación de datos y con el propósito de comprobar diferencias entre grupos, el análisis se hizo con intervalos de confianza del 95% y se utilizó la prueba de contrastación de hipótesis, la prueba de Chi (χ^2) cuadrado. Para saber el nivel de relación entre las variables relacionadas se aplicó la prueba de Pearson, que indica el nivel de asociación y determinar si existe de esta manera causalidad.

En el manejo, la presentación y análisis de datos se utilizó el programa SPSS22.

7.9 Consideraciones bioéticas

La Constitución Nacional del Ecuador puntualiza en el artículo 362 el uso de consentimiento informado para acceso a información y garantizar la confidencialidad de los participantes.

De acuerdo con la naturaleza y diseño de la investigación existe mínimo riesgo para los participantes relacionados directamente con la realización de esta, porque se tendrá absoluta confidencialidad, el estudio de ninguna forma compromete la seguridad de la participante y no representa un riesgo conocido, los beneficios son mayores para mejorar la atención en salud

sexual y reproductiva. Sin embargo, hay que mencionar que el trabajo de parto y parto pueden provocar efectos adversos en la función sexual y posibles complicaciones obstétricas.

Los datos obtenidos fueron manejados en todo momento con absoluta confidencialidad considerando que se trata de un grupo vulnerable es necesario ser manejados por código numéricos en lugar de los nombres de las participantes, comprendido del 001 al 274 para resguardar la identidad de las participantes, el acceso a la base de datos será manipulados únicamente por los responsables directos de la investigación: asesor de la investigación e investigador.

Previo a la ejecución de la investigación, el presente trabajo de titulación fue revisado y aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.

Antes de iniciar el proceso de recolección de datos se solicitó mediante un oficio, la autorización para realizar la investigación el mismo que fue dirigido a los directivos del hospital (gerente y director Médico Académico).

Posterior a obtener el consentimiento informado se procedió a realizar la encuesta y se les informo los propósitos, objetivo, beneficios y la posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento, así como la confidencialidad del manejo de los datos entregados.

Los datos obtenidos estarán a disposición de los Comités de Ética de la Universidad de Cuenca y del Hospital en estudio para la verificación.

Culminada la investigación se mantendrá en archivo la base de datos y los formularios durante un periodo de 2 años, cumplido el tiempo mencionado el investigador eliminará la información

La investigación fue financiada por Katherine Viviana Almeida Rojas, autor de la investigación.

La relación entre el nivel de dolor de parto y la función sexual son temas de suma importancia en el área de la salud, el no respetar los principios fundamentales de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) puede vulnerar directamente sobre el estado de salud sexual y reproductivo de la paciente, por tal motivo se declara que no existen conflictos de interés.

8 RESULTADOS

Una vez recolectados todos los datos necesarios para esta investigación, se ha determinado una muestra total de 274 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión determinados y que fueron atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período marzo – mayo del 2022.

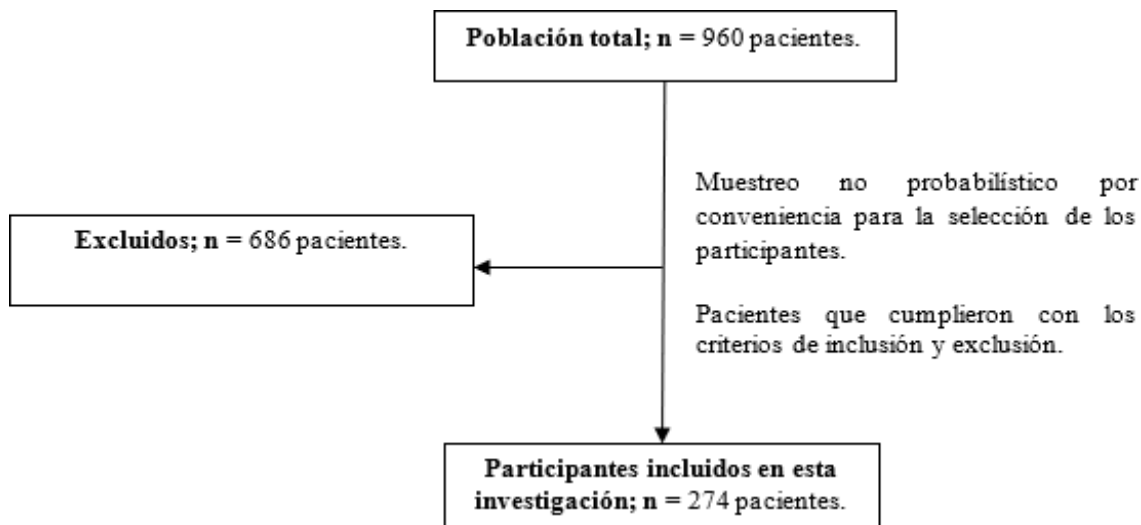


Figura 1. Flujograma de pacientes.

Las participantes de esta investigación tuvieron una media de edad de 26.14 ± 5.76 años. El rango de edades estuvo entre los 18 y 45 años.

8.1 Descriptivos

Las estadísticas descriptivas como nivel de instrucción, estado civil, paridad, características del parto, complicaciones obstétricas, tipo de dolor de parto y función sexual de las participantes de la investigación se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados descriptivos de las principales variables del estudio

Variable	No.	%
Nivel de Instrucción		
Primaria	66	24.09
Secundaria	156	56.93
Superior	52	18.98
Estado Civil		
Soltera	96	35.04

Casada	75	27.37
Viuda	1	0.36
Unión libre	96	35.04
Divorciada	6	2.19
Paridad		
3 gestas o más	76	27.74
1 o 2 gestas	198	72.26
Características del parto		
Parto vaginal con desgarro	195	71.17
Parto vaginal con episiotomía	79	28.83
Complicaciones obstétricas		
Si	26	9.49
No	248	90.51
Función sexual		
Menor a 38 puntos	107	39.10
Mayor o igual a 38 puntos	167	60.90

En la tabla 1 se visualiza la frecuencia y el porcentaje de las categorías de cada una de las variables que han sido consideradas en este estudio. Porcentualmente se denota que existe una gran cantidad de participantes, específicamente el 56.93% alcanzó un nivel de instrucción secundario, que el 35.04% cuentan con un estado civil de soltera y unión libre, que el 72.26% han tenido a lo largo de su vida solamente 1 o 2 gestas, que el 71.17% ha sufrido un parto vaginal con desgarro, que la gran mayoría, es decir el 90.51% no ha presentado complicaciones. En cuanto a la función sexual, 107 (39.10%) de las participantes obtuvieron una calificación menor a 38 puntos en el cuestionario para la valoración de la actividad sexual de la mujer, EVAS-M.

8.2 Relación entre la paridad, características del parto y las complicaciones con la función sexual

En la tabla 2 se evidencia que existe una relación entre la paridad y la función sexual, pues el valor p fue de 0.027 ($p \leq 0.05$) y relación débil de Pearson (0.20). En cuanto con las otras

variables, como son características del parto y complicaciones no se encontró una significancia estadística relevante. Porcentualmente se puede identificar que en la categoría de 1 o 2 gestas se encuentra la mayor cantidad de pacientes incluidas en la investigación, pues con función sexual menor de 38 puntos se cuenta con un 64.49%, mientras que para las de mayor a 38 puntos se tiene un porcentaje del 77.25%.

En las características del parto se puede visualizar que en la categoría del parto vaginal con desgarro se encuentra la mayor cantidad de mujeres, pues para un puntaje menor de 38 puntos en la función sexual se cuenta con un 71.03% mientras que para las pacientes con un puntaje mayor a 38 puntos se cuenta con un 71.26%. La gran mayoría de las participantes no tuvieron complicaciones, ya sean en el grupo de menor a 38 puntos de la función sexual (90.65%) y mayor a 38 puntos (90.42%).

Tabla 2. Relaciones entre las variables paridad, características del parto y complicaciones y la función sexual.

Variables	Función sexual				Total		p (valor)	p	Pearson
	Menor a 38 puntos		Mayor o igual a 38 puntos		N°.	%			
Paridad	N°.	%	N°.	%	N°.	%			
3 gestas o más	38	35.51	38	22.75	76	27.74			
1 o 2 gestas	69	64.49	129	77.25	198	72.26	0.027	≤0.05	0.20
Total	107	100.00	167	100.00	274	100.00			
Características del parto									
Parto vaginal con desgarro	76	71.03	119	71.26	195	71.17			
Parto vaginal con episiotomía	31	28.97	48	28.74	79	28.83	0.967	>0.05	0.00
Total	107	100.00	167	100.00	274	100.00			
Complicaciones									
Si	10	9.35	16	9.58	26	9.49			
No	97	90.65	151	90.42	248	90.51	0.948	>0.05	0.00

Total	107	100.00	167	100.00	274	100.00
-------	-----	--------	-----	--------	-----	--------

En la tabla 3. se presenta la tabla cruzada entre el dolor del parto y la función sexual. Se determina que no existe una relación estadística significativa entre el dolor del parto y la función sexual, pues el valor de p fue de 0.938 ($p > 0.05$). Porcentualmente es interesante analizar que el dolor severo lo experimentaron el 94.39% en el grupo menor a 38 puntos de la función sexual, mientras que las pacientes que tuvieron una puntuación mayor a 38 puntos fueron el 94.61%.

Tabla 3. Relación entre el dolor del parto y la función sexual

Variable s	Función sexual				Total		p (valor)	p	Pearso n
	Menor a 38 puntos		Mayor o igual a 38 puntos						
Dolor del parto	No.	%	No.	%	No.	%			
Severo	101	94.39%	158	94.61%	259	94.53%	0.938	> 0.05	0.00
Moderad o	6	5.61%	9	5.39%	15	5.47%			
Total	107	100.00 %	167	100.00 %	274	100.00 %			

9 DISCUSIÓN

En este estudio se explora la asociación entre el dolor del parto y la función sexual femenina en mujeres que fueron atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período marzo – mayo del 2022.

En el presente estudio se determinó que 107 participantes (39.10% de la muestra total) tuvieron una calificación menor a 38 puntos en el EVAS-M, lo que demostraría una disfunción sexual. Estos resultados son similares a los que menciona Imprialos et al. en su investigación realizada en el año 2021, pues este menciona que aproximadamente el 40% de las mujeres pueden presentar disfunción sexual, destacando que las mujeres que cuentan con comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, la dislipemia, diabetes mellitus e hipertensión tienen un mayor riesgo a sufrirla. La disfunción sexual comúnmente suele ser diagnosticada y no tratada de forma adecuada, esto debido a las diferentes sistemas de clasificación para determinar si una mujer cuenta o no con una disfunción sexual, resultando de esta manera ser un gran problema pues la disfunción sexual femenina es un factor preponderante que influye en la disminución de la calidad de vida.^{7,24,27}

En la actual investigación se determinó que la media de edad de las participantes fue de 26.14 ± 5.76 años, con un rango de edad que va desde los 18 a los 45 años. Según Thomas et al. en el año 2018, la función sexual disminuye conforme avanza la edad en las mujeres, específicamente en las mujeres adultas de mediana edad. Esto corresponde a diversos procesos fisiológicos, siendo el más importante la menopausia. La actividad sexual en las mujeres se puede disminuir debido a varios factores como los de tipo biológico, de tipo hormonal, problemas médicos y problemas psicosociales.²⁷⁻²⁹

El 72.26% de las participantes que fueron incluidas en este estudio tuvieron a lo largo de toda su vida solamente 1 o 2 gestas. Además, se encontró que existe una relación estadística significativa entre la paridad y la función sexual $p \leq 0.05$ con una correlación positiva de Pearson de 0.2. Resultados similares se encontraron en la revisión sistemática y meta análisis realizado por McCool-Myers et al. en el año 2018, pues se encontró significancia estadística entre la paridad y la función sexual $p \leq 0.05$. Cabe mencionar que una de las limitaciones de este estudio fue que existían discrepancias en los resultados debido a que podrían cambiar en dependencia de la ubicación del estudio realizado, el tipo de régimen sexual y el nivel de desigualdad de género en el país que se haya realizado la investigación.⁷

Además, en la presente investigación no se encontró una relación estadística significativa entre las características del parto y las complicaciones obstétricas con la función sexual. Esto ha sido ratificado con la revisión sistemática realizada por Gutzeit et al. en el año 2020, donde se halló que el tipo de parto, así como las complicaciones obstétricas y las características del parto no tienen un efecto significativo sobre la función sexual posparto a corto y largo plazo, aunque los desgarros vaginales de tercer y cuarto grado si están asociados con la disfunción sexual posparto. A diferencia de esto, en la revisión sistemática realizada por Magoga et al. se halló que el trauma perineal y la episiotomía pueden tener un impacto negativo en la vida de las mujeres, pues se determinó asociaciones con el dolor perineal, la incontinencia urinaria y la disfunción sexual.^{6,30}

En cuanto con el dolor del parto tampoco se halló una relación con la función sexual, a pesar de que 259 participantes (94.53%) hayan experimentado un dolor severo en el parto, en el presente estudio. En concordancia con esto se tiene el estudio realizado por Norhayati & Yacob en el año 2017 donde se determinó que no existió diferencias significativas entre el dolor del parto provocado por complicaciones obstétricas graves y la función sexual ($p > 0.05$). En este mismo estudio se menciona que no se encontró una asociación estadística significativa entre las características sociodemográficas de las pacientes, como por ejemplo la educación, la edad y el estrato social. A diferencia de esto, en la investigación realizada por Kainu et al. en el año 2016 se encontró que existe una relación significativa $p \leq 0.05$ entre el dolor experimentado en el parto y la función sexual. También se halló que el dolor durante las relaciones sexuales se encontró aproximadamente en el 41% de las mujeres después de un parto vaginal y solamente en el 2% después de un parto por cesárea, con dolor persistente hasta un año después del parto. Cabe destacar que las mujeres que dieron a luz que tuvieron un parto vaginal asistido tenían más problemas sexuales que las mujeres que dieron a luz que no habían tenido un parto vaginal asistido o que habían sido sometidas a una cesárea. Se concluye en esta investigación que el dolor persistente al año del parto es mayor en partos por cesárea que después del parto vaginal y que el dolor persistente existía porque había antecedentes de problemas de dolor.^{9,31}

9.1 Limitaciones e implicaciones

Las limitaciones del presente estudio radican exclusivamente en el tamaño de la muestra, pues es muy pequeña. Para validar los resultados que se obtuvieron, sería importante contar con estudios que contengan bases de datos más grandes y en donde se busque relacionar la disfunción sexual con el dolor a largo plazo provocado por el parto, ya sea este parto vaginal o por cesárea. Además, sería interesante contar con estudios en donde se relacione a la disfunción sexual con las comorbilidades existentes, sobre todo enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, entre otras. En cuanto a las implicaciones de la investigación, es uno de los trabajos, de los pocos que existen, que buscaron una relación entre el dolor del parto y la función sexual, específicamente en pacientes que tuvieron un parto vaginal.

10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 Conclusiones

No existe una relación estadística significativa ($p>0.05$) entre la percepción del dolor del parto y la función sexual de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán entre el período marzo – mayo del 2022. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de la investigación.

El dolor del parto percibido por las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila fue de severo en 259 (94.53%) y de moderado en 15 (5.47%). Ninguna paciente catalogó al dolor percibido en el parto como leve.

El 56.93% de las participantes contó con un nivel de instrucción secundaria, el 35.04% con estado civil soltera o unión libre, el 72.26% ha tenido a lo largo de su vida únicamente 1 o 2 gestas, el 71.17% sufrió desgarro vaginal en el parto y el 39.10% obtuvo una calificación menor a 38 puntos en EVAS-M, es decir pacientes que cuentan con disfunción sexual.

La función sexual se relaciona estadísticamente con la paridad ($p\leq 0.05$), con correlación positiva débil de Pearson. Otras variables obstétricas como las características del parto y las complicaciones no se relacionan con la función sexual.

10.2 Recomendaciones

Es fundamental que para investigaciones posteriores se cuente con un mayor número de participantes, que validen o discrepen de los resultados obtenidos en este estudio.

Es fundamental realizar estudios en donde se busque relacionar a la función sexual de las mujeres y las comorbilidades existentes, pues existe evidencia científica nacional e internacional donde se evidencia una relación estadística significativa entre la función sexual y las enfermedades cardiovasculares.

Se debe de realizar la socialización de los resultados obtenidos, tanto a estudiantes como a docentes y autoridades de la universidad, con el fin de que se hagan más proyectos investigativos relacionados con el dolor del parto y la función sexual femenina.

11 Referencias

1. Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Arch Psychiatry*. Enero de 2019;29(1):30–4.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31237255/>
2. Amiri F, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajjahmadi M. Female Sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Heal Sci*. febrero de 2017;17(3):623–31.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5656191/>
3. Alizadeh S, Riazi H, Majd H, Ozgoli G. Factors Affecting the Variation in Sexual Activity and Response before and During Pregnancy among Pregnant Women in Rasht City, Northern Iran. *Galen Med J*. marzo de 2019;29(8):15–31.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8343773/>
4. Sheikhi Z, Navidian A, Rigi M. Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *J Educ Health Promot*. febrero de 2020;9(1):80-87.
<http://www.jehp.net/text.asp?2020/9/1/87/283367>
5. Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. mayo de 2021;19(5):421–32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8261092/>
6. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med*. marzo de 2020;8(1):8–13.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2050116119302028>
7. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*. diciembre de 2018;18(1):108.
<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0602-4>
8. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth. *J Sex Med*. mayo de 2017 May;12(5):1212–20.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515310146>
9. Kainu JP, Halmesmäki E, Korttila KT, Sarvela PJ. Persistent Pain After Cesarean Delivery and Vaginal Delivery. *Anesth Analg*. diciembre de 2016;123(6):1535–45.
<http://journals.lww.com/00000539-201612000-00026>

10. Castillo D, Paredes V. Función sexual y su ejercicio en mujeres primigestas que acuden a la Consulta Externa hasta un año después del parto vaginal o por cesárea en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de Quito. febrero de 2012.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/390>
11. Botta D, Nimbi FM, Tripodi F, Silvaggi M, Simonelli C. Are Role and Gender Related to Sexual Function and Satisfaction in Men and Women Practicing BDSM? *J Sex Med.* marzo de 2019;16(3):463–73.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609519300025>
12. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2018; (LC/G.2681).
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
13. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Prioridades de investigación en salud 2013 – 2017. 2017.
<https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf>
14. Akyildiz D, Coban A, Uslu F, Taspinar A. Effects of Obstetric Interventions During Labor on Birth Process and Newborn Health. *Florence Nightingale J Nurs.* marzo de 2021;29(1):9–21.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8137733/>
15. Arne R, Reme S, Simonsen T, Thoresen M, Nielsen C, Gran M. Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scand J Pain.* marzo de 2020;20(3):591–602.
<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/sjpain-2020-0025/html>
16. Kabakian-Khasholian T, Ataya A, Shayboub R, El-Kak F. Mode of delivery and pain during intercourse in the postpartum period: Findings from a developing country. *Sex Reprod Healthc.* marzo de 2017;6(1):44–7.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877575614000603>
17. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Yazdani S, Hajjahmadi M. Comparison of Sexual Function in Primiparous Women Pre-Pregnancy and Postpartum: Difference of the Sexual Function after the Normal Vaginal Delivery and the Cesarean Section. *Health (Irvine Calif).* diciembre de 2018;07(10):1379–86.
<http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/health.2015.710152>
18. De Souza A, Dwyer P, Charity M, Thomas E, Ferreira C, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.*

- septiembre de 2019 Sep;122(10):1410–8.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13331>
19. Patrici E, Nebout S, Merbai N, Filippova J, Hagaje D, Keita H. An observational study of agreement between percentage pain reduction calculated from visual analog or numerical rating scales versus that reported by parturients during labor epidural analgesia. *Int J Obs Anesth.* julio de 2017;30(1):39–43.
[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-289X\(17\)30060-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-289X(17)30060-2)
20. Abalos E, Oladapo O, Chamillard M, Diaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol.* septiembre de 2018;22(3):123–32.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884320/>
21. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open.* diciembre de 2019;16(12):323-28.
<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-032368>
22. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A, Stepan H. Diseases and Complications of the Puerperium. *Dtsch Arztebl Int.* enero de 2021;22(8):436-46
<https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2021.0168>
23. Yeniel A, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J.* marzo de 2017;25:5–14.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-013-2118-7>
24. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am.* julio de 2019;103(4):681–98.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712519300112>
25. Amiri F, Omidvar S, Bakhtiari A, Yazdani S, Hajiahmadi M. Comparison of Sexual Function in Primiparous Women Pre-Pregnancy and Postpartum: Difference of the Sexual Function after the Normal Vaginal Delivery and the Cesarean Section. *Health (Irvine Calif).* 2015;07(10):1379–86.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Comparison-of-Sexual-Function-in-Primiparous-Women-Amiri-Omidvar/1b1259e92a77f6e7d5c5149a233fcd4963602832>
26. Mollaioli D, Sansone A, Ciocca G, Limoncin E, Colonnello E, Di Lorenzo G, et al. Benefits of Sexual Activity on Psychological, Relational, and Sexual Health During the COVID-19

- Breakout. J Sex Med. enero de 2021;18(1):35–49.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584428/>
27. Imprialos KP, Koutsampasopoulos K, Katsimardou A, Bouloukou S, Theodoulidis I, Themistoklis M, et al. Female Sexual Dysfunction: A Problem Hidden in the Shadows. *Curr Pharm Des.* octubre de 2021;27(36):3762–74.
<https://www.eurekaselect.com/194874/article>
28. Thomas H, Neal-Perry G, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.* diciembre de 2018;45(4):709–22.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889854518300731>
29. Rahman S. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. *Sex Med Rev.* octubre de 2018;6(4):535–47.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2050052118300246>
30. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, et al. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* septiembre del 2019;240:93–8.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211519302970>
31. Norhayati MN, Azman Yacob M. Long-term postpartum effect of severe maternal morbidity on sexual function. *Int J Psychiatry Med.* noviembre de 2017;8;52(4–6):328–44.
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091217417738933>

12 Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SEXOLOGÍA

Título de la investigación: PERCEPCIÓN DEL DOLOR DE PARTO EN RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA - TULCÁN 2022

Datos generales	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Katherine Viviana Almeida Rojas	1716227135	Estudiante de la Maestría en Sexología

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA - TULCÁN 2022. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La función sexual se ve afectada con frecuencia y puede ser un problema durante el período posparto, el mismo que no es abordado en la asistencia al control prenatal y posparto. La vía del parto, las lesiones del periné y la cesárea pueden contribuir de manera negativa al desarrollo adecuado de una vida placentera sexual en el posparto. El dolor percibido durante el proceso de parto puede generar diferentes comportamientos asociados a factores como la cultura, ansiedad, miedo, experiencia anterior del parto, preparación del parto y soporte ofrecido durante ese proceso en otros, considerando que el dolor es único para cada mujer y que por el desconocimiento del proceso puede conllevar a problemas posteriores al mismo afectando su bienestar y salud. Por lo tanto, este estudio ayudará a mejorar la atención y manejar de mejor manera la sexualidad en este período.

Objetivo del estudio

La presente investigación busca determinar la relación de la percepción del dolor de parto con la función sexual consultado a las pacientes que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila para atención de parto, para poder fortalecer e impartir conocimientos sobre sexualidad en las participantes.

Descripción de los procedimientos

Se planificó la participación de las mujeres que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila para atención de parto a quienes se les aplicará una encuesta en donde constarán datos sociodemográficos como edad, estado civil y nivel de instrucción. Se realizará seguimiento y durante el puerperio se aplicará la escala que valora nivel de dolor (EVA) para conocer el nivel de dolor percibido durante el parto y se complementarán los datos gineco obstétricos como son paridad, tipo de parto, características del tipo de parto y presencia o no de complicaciones obstétricas, igualmente se aplicará un cuestionario que valora la actividad sexual de la mujer (EVAS -M). Mediante este procedimiento se obtendrá toda la información requerida para esta investigación.

Riesgos y beneficios

Como investigadora le aclaro que es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales.

La información que nos proporciones se identificará con un código que reemplazará su nombre y serán guardados en un lugar seguro donde solo el investigador y el comité de Bioética tendrán acceso.

Sus datos de identidad no serán revelados en los reportes.

<p>El comité de ética del hospital podrá tener acceso a sus datos en caso de surgir problemas sobre la confidencialidad y seguridad de la información o de la ética en la investigación.</p> <p>Los riesgos de la recolección de la información durante la encuesta son mínimos, debido a que se maneja los datos de manera confidencial y anónima.</p> <p>Los beneficios resultantes de la investigación son verificar si existe relación entre la función sexual y el nivel del dolor percibido durante el parto.</p>
<p>Otras opciones si no participa en el estudio</p>
<p>Su participación es opcional, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin representar riesgo ni consecuencias negativas para usted.</p>
<p>Derechos de los participantes (<i>debe leerse todos los derechos a los participantes</i>)</p>
<p>Usted tiene derecho a:</p>
<p>Recibir la información del estudio de forma clara;</p>
<p>Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</p>
<p>Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</p>
<p>Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</p>
<p>Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</p>
<p>El respeto de su anonimato (confidencialidad);</p>
<p>Que se respete su intimidad (privacidad);</p>
<p>Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</p>
<p>Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;</p>
<p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<p>Información de contacto</p>

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998132046 que pertenece a Katherine Viviana Almeida Rojas o envíe un correo electrónico a katherine.almeida@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo (si aplica)	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Anexo 2. Formulario de recolección de datos socio demográficos y características gineco obstétricos.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SEXOLOGÍA

Título de la investigación: **PERCEPCIÓN DEL DOLOR DE PARTO EN RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA - TULCÁN 2022**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(Dirigido a pacientes que acuden para atención de parto)

N° _____

Fecha de recolección: __/__/____

Introducción: La presente investigación busca determinar si la percepción del dolor de parto se relaciona con la función sexual consultado a las pacientes que acuden al Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el periodo marzo - mayo 2022. El uso de datos tiene un fin únicamente de investigación y se mantendrá en absoluta confidencialidad la información aquí presente.

El uso de datos tiene un fin únicamente de investigación y se mantendrá en absoluta confidencialidad la información aquí presente, según el decreto 5216 – A (Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud Art. 7)

Instrucciones: El documento aquí presente es un formulario para recolectar información referente a datos sociodemográficos como: edad, estado civil, nivel de instrucción y gineco obstétricos como son paridad, tipo de parto, características del tipo de parto y presencia o no de complicaciones obstétricas. Tiempo estimado de llenado 10 minutos.

Código de identificación: _____	
1. Características Sociodemográficas	
A.1. Edad	_____ años cumplidos (pregunta directa)

A.2.Estado Civil	1. Soltera _____ 2. Casada _____ 3. Viuda _____ 4. Divorciada _____ 5. Unión Libre _____			
A.3.Instrucción	1. Primaria _____ 2. Secundaria _____ 3. Superior _____			
B. Características Gineco Obstétricos				
B.1 Paridad	1. Gestas _____ 2. Partos _____ 3. Cesáreas _____ 4. Abortos _____			
B.2 Tipo de parto	1. Vaginal 2. Cesárea			
B.3 Características del tipo de parto	1. Parto vaginal con desgarro _____ 2. Parto vaginal con episiotomía _____			
B.4 Complicaciones Obstétricas	1. Si _____ 2. No _____ Detalle _____			
Nombres completos del/a investigador/a		Firma del/a investigador/a		Fecha

Anexo 3. Cuestionario de valoración de la actividad sexual de la mujer (EVAS-M).

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SEXOLOGÍA

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA MUJER

Instrucción: Dando seguimiento a la investigación por favor, contestar solo en caso de tener o haber tenido actividad sexual en los últimos tres meses (actividad sexual puede ser en pareja estable o eventual, o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación). Esta escala consta de ocho preguntas, de las cuales puntúan siete, ya que hay la segunda que realiza solo para dimensionar el tiempo de insatisfacción, las preguntas puntúan del uno al cinco y se multiplica por dos y se suma todas las puntuaciones, excepto la satisfacción y la cercanía emocional. La máxima puntuación sería 60 y la mínima 7. Se considera un Score sugestivo de disfunción sexual el menor a 38 puntos. Tiempo estimado de llenado 15 minutos vía telefónica.

1.- ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?

1. Muy insatisfecha 2. Bastante insatisfecha 3. Ni satisfecha- ni insatisfecha
4. Bastante satisfecha 5. Muy satisfecha

2.- ¿En caso de estar muy o bastante insatisfecha con su actividad sexual, ¿desde cuándo le ocurre eso?

1. Semanas 2. Meses 3. Años 4. Nunca he estado satisfecha

3.- ¿Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Casi siempre

4.- ¿En las relaciones sexuales ¿ha tenido dificultad para sentirse excitada?

1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Casi siempre-
siempre

5.- ¿En las relaciones sexuales ¿ha sentido resequead vaginal?

1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Casi
siempre- siempre

6.- ¿Cuándo ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Casi
siempre- siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que le haya impedido terminar con su relación sexual?

1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Casi
siempre- siempre

8.- ¿Siente cercanía emocional y confianza con su pareja en las relaciones sexuales?

1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Casi
siempre- siempre

Puntuación indicadora: Puntuación máxima 60 y mínima 7

Score sugestivo de disfunción sexual el menor a 38 puntos.

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Anexo 4. Escala de valoración del dolor (EVA).

(Puerperio)

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRÍA EN SEXOLOGÍA

Introducción: Dando seguimiento a la investigación percepción del dolor de parto en relación con la función sexual en el Hospital Luis Gabriel Dávila - Tulcán 2022.

Instrucciones: Solicitamos que nos ayude llenando la encuesta que consta de una escala que valora el nivel del dolor relacionado con el dolor de parto, la misma consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Por favor marque en la línea un punto que indique la intensidad de dolor percibido durante el parto. Tiempo estimado de llenado 5 minutos.

El uso de datos tiene un fin únicamente de investigación y se mantendrá en absoluta confidencialidad la información aquí presente.

ESCALA

1.- Valore del uno al diez que percepción del dolor que sintió en el momento del parto.



Puntuación:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Anexo 5. Operacionalización de variables

A continuación, en la tabla 4, se presenta cada una de las variables incluidas en la presente investigación, indicando el tipo de variable, la definición, la dimensión, el indicador y la escala.

Tabla 4. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Tiempo en años	Años cumplidos desde el nacimiento referidos por la persona.	Numérica
Instrucción educativa	Nivel de estudios terminado hasta la fecha actual.	Educacional	Mayor nivel académico aprobado.	Nominal 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior
Estado civil	Condición de cada persona en relación con sus derechos y obligaciones civiles.	Relación legal	Estado civil referido por la persona.	Nominal 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión libre 5. Divorciada
Paridad	Embarazo a término, nacido por vía vaginal y/o cesárea.	Obstétrica	Partos vaginales y/o cesáreas previas.	Nominal 1. 3 gestas o más 2. 1 o 2 gestas
Características del parto	Proceso fisiológico donde la mujer finaliza su embarazo a término.	Obstétrica	Tipo de parto.	Nominal 1. Parto vaginal con desgarro 2. Parto vaginal con episiotomía
Complicaciones	Existencia de complicaciones en el parto.	Obstétrica	Complicaciones al momento del parto.	Nominal 1. Si 2. No

Función sexual	<p>Son las actividades propias del sexo, se refiere al conjunto de fases que excitan a una acción simultánea, cuando se sitúan cambios en el ambiente interno o externo del organismo, el cual conlleva a una ejecución de una actividad sexual.</p>	<p>Cuestionario para la valoración de la actividad sexual de la mujer. EVAS-M.</p>	<p>Valoración de la función sexual, mediante la evaluación del interés sexual, excitación subjetiva, lubricación, presencia de orgasmo y dolor durante la actividad sexual.</p>	<p>Nominal 1. Menor a 38 puntos 2. Mayor o igual a 38 puntos</p>
Dolor del parto	<p>Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente <u>en una parte del cuerpo.</u></p>	<p>Escala visual analógica de seguimiento del dolor. EVA.</p>	<p>Nivel de dolor percibido.</p>	<p>Nominal 1. Severo 2. Moderado</p>