

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Impacto de las disfunciones sexuales  
en la salud de la mujer posparto:  
estrategias de intervención de  
enfermería.***

Alumno: Concepción Grande Pérez

Director: Jade Magdaleno García

**Madrid, mayo de 2025**

# Índice

Glosario de abreviaturas .....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Presentación .....	7
2. Estado de la cuestión .....	8
2.1. Estrategia de búsqueda: .....	8
2.2. Definiciones .....	10
2.3. Las disfunciones sexuales en la mujer en el periodo posparto.....	11
2.3.1. Antecedentes .....	12
2.3.2. Estrategias de medición de la función sexual femenina.....	12
2.3.3. Datos que definen el problema de las disfunciones sexuales en el posparto.	14
2.3.4. La manera que afecta el embarazo y la maternidad a la función sexual femenina.....	15
2.3.5. La manera que afectan las formas de parto a la función sexual femenina.	16
2.3.6. Episiotomía y desgarros en el parto en relación con la dispareunia.	18
2.3.7. Vaginismo .....	20
2.3.8. Factores relacionados con la disfunción sexual en el periodo posparto.	21
2.3.9. Importancia del suelo pélvico. ....	22
2.3.10. Relación de la lactancia materna con las disfunciones sexuales.	24
2.3.11. Evidencias de posibles tratamientos para las disfunciones sexuales.	25
2.3.12. Necesidad de investigación y educación sexual.....	27

2.4.	Justificación .....	29
3.	Revisión sistemática .....	30
3.1	Objetivo general.....	30
3.2	Objetivos específicos .....	30
3.3	Pregunta PICO .....	30
3.4.	Criterios de inclusión y exclusión de estudios .....	31
3.4.1.	Criterios de inclusión .....	31
3.4.2.	Criterios de exclusión .....	31
3.5.	Metodología .....	32
3.5.1.	Estrategia de búsqueda.....	32
3.5.2.	Selección de estudios.....	34
3.5.3.	Evaluación crítica .....	35
3.5.4.	Extracción de datos.....	36
3.5.5.	Síntesis de resultados .....	38
3.6.	Limitaciones.....	39
3.7.	Cronograma.....	40
	.....	41
	Bibliografía .....	42
	Agradecimientos .....	46
	Anexo 1: Índice de la función sexual femenina (FSFI) .....	47
	Anexo 2: Escala de Valoración de Excitación Sexual (VES) .....	54
	Anexo 3: Escala de Valoración de Sensaciones Genitales (VSG).....	55
	Anexo 4: Cuestionario PISQ-12 .....	56
	Anexo 5: Herramienta de evaluación crítica CASPe .....	57
	Anexo 6: Hoja de extracción de datos.....	60

## Glosario de abreviaturas

1. **CASPe**: Critical Appraisal Skills Programme Español
2. **CIE-10**: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
3. **DEMOR**: Modelo de fases de la respuesta sexual: Deseo, Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución
4. **DSM-5**: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición
5. **FSFI**: Índice de Función Sexual Femenina
6. **IC**: Intervalo de confianza
7. **ICIQ-SF**: International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form
8. **OMS**: Organización Mundial de la Salud
9. **PISQ-12**: Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire - Versión reducida de 12 ítems
10. **PLISSIT**: Modelo de intervención en salud sexual basado en cuatro niveles: Permiso, Información, Sugerencias Específicas e Intervención Terapéutica Intensiva
11. **SAQ**: Sexual Activity Questionnaire
12. **TCC**: Terapia Cognitivo-Conductual
13. **VES**: Valoración de Excitación Sexual
14. **VSG**: Valoración de Sensaciones Genitales
15. **WPSHP**: Women's Postpartum Sexual Health Program

# Resumen

## Introducción

Las disfunciones sexuales en el periodo posparto afectan la calidad de vida de las mujeres, impactando su bienestar físico y emocional. Entre ellas, el vaginismo y la dispareunia son problemas comunes que pueden verse influenciados por factores hormonales, físicos y emocionales. A pesar de su relevancia, su detección y abordaje siguen siendo limitados en la práctica clínica. Esta revisión sistemática pretende conocer las estrategias para el manejo de estas disfunciones, destacando el papel de la atención de enfermería en su detección y tratamiento.

## Objetivo

Conocer las estrategias de manejo de las disfunciones sexuales en el periodo posparto, poniendo énfasis en el papel de la atención de enfermería en su detección, abordaje y tratamiento.

## Metodología

Se realizó una búsqueda en bases de datos científicas aplicando criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionaron ensayos clínicos y, en su ausencia, estudios observacionales. La evaluación de los estudios se realizó mediante el checklist CASPe.

## Implicaciones para la práctica enfermera

Se identificaron barreras como la falta de detección temprana, el desconocimiento sobre tratamientos y el impacto de la lactancia en la función sexual. La enfermería juega un papel clave en la educación y acompañamiento, siendo necesaria una mayor integración de la salud sexual en el posparto.

**Palabras clave:** *Vaginismo, Disfunciones sexuales, Periodo posparto, Atención de enfermería, Lactancia.*

# Abstract

## Introduction

Postpartum sexual dysfunctions affect women's quality of life, impacting their physical and emotional well-being. Among them, vaginismus and dyspareunia are common issues that can be influenced by hormonal, physical, and emotional factors. Despite their relevance, detection and management remain limited in clinical practice. This systematic review aims to explore strategies for managing these dysfunctions, highlighting the role of nursing care in their detection and treatment.

## Objective

To explore management strategies for postpartum sexual dysfunctions, emphasizing the role of nursing care in their detection, approach, and treatment.

## Methodology

A search was conducted in scientific databases applying predefined inclusion and exclusion criteria. Clinical trials were selected, and in their absence, observational studies were included. The studies were assessed using the CASPe checklist to ensure methodological quality.

## Implications for Nursing Practice

Barriers such as lack of early detection, limited awareness of treatment options, and the impact of lactation on sexual function were identified. Nursing plays a key role in education and patient support, making it essential to further integrate sexual health into postpartum care.

**Keywords:** *Vaginismus, Sexual dysfunctions, Postpartum period, Nursing care, Lactation.*

# 1. Presentación

En primer lugar, podemos destacar que la elección de este tema se debe a la importancia, que creo, tiene en la vida de las mujeres. Las disfunciones sexuales como consecuencia del parto son más comunes de lo que podía imaginar tras investigar un poco sobre ello.

Además, pienso que clínicamente tampoco se le da la relevancia que tiene a pesar del impacto físico y psicológico en las mujeres que lo sufren. Teniendo en cuenta la presión que una madre sufre a dar a luz a un hijo y todo el esfuerzo que conlleva un recién nacido, es posible que la mujer se olvide de su salud sexual y que, además, resulte complicado detectar el problema.

Es por ello, que realizar este trabajo podrá ayudarme a dar, en un futuro, un tratamiento adecuado a estas mujeres y una asistencia sanitaria a la altura. Pienso que, desde la perspectiva enfermera podemos dedicar mucho más trabajo a estos problemas sexuales que, en ciertas ocasiones, resultan tabú para ellas mismas y mucha parte de la población. Por eso, saber abordar este tema de manera que la mujer se sienta cómoda, conllevará un tratamiento y manejo de la disfunción sexual mucho más satisfactorio y menos traumático para la mujer, lo que terminará seguro en un mejor resultado.

A nivel personal y anecdótico, mi elección del tema también viene dada por mi experiencia en las prácticas de quirófano de ginecología. Allí acudían mujeres a realizarse intervenciones de muchos tipos, pero entre ellas existía una presión añadida al resto de intervenciones quirúrgicas. La delicadeza con la que tratar a esas mujeres era diferente, es por ello que me llamó la atención el pudor que se puede llegar a sentir al tratar estos temas y problemas, muchas de ellas con afectaciones de la salud sexual.

Así pues, la intención de realizar este trabajo será estudiar el impacto de estas disfunciones sexuales e investigar sobre cómo mejorar el bienestar sexual de la mujer en el periodo posparto desde el punto de vista enfermero.

## 2. Estado de la cuestión

### 2.1. Estrategia de búsqueda:

Para la realización de este trabajo y seguir el modelo de revisión sistemática se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes buscadores con las palabras clave que hacen referencia al tema que se analizará:

**Buscadores:** Pubmed, Scielo, EBSCO.

**Términos y palabras clave:**

Término	MeSH	DeCS
Vaginismo	Vaginismus	Vaginismo
Disfunciones sexuales fisiológicas	Sexual dysfunction, physiological	Disfunciones sexuales fisiológicas
Disfunciones sexuales psicológicas	Sexual dysfunction, psychological	Disfunciones sexuales psicológicas
Posparto	Postpartum period	Periodo posparto
Cuidados de enfermería	Nursing care	Atención de enfermería
Lactancia	Lactation	Lactancia

Tabla 1: Elaboración propia.

**Operadores booleanos y sus combinaciones:**

<b>AND/ OR</b>	- Postpartum period and (vaginismus or sexual dysfunction, physiological or sexual dysfunction, psychological) and nursing care
--------------------	---

Tabla 2: Elaboración propia.

**Filtros de búsqueda:**

<b>Acceso al texto</b>	Full text
<b>Fecha de publicación</b>	5 years
<b>Idioma</b>	English Spanish

Tabla 3: Elaboración propia.

### Criterios de inclusión:

<b>Antigüedad</b>	5 años
<b>Población estudiada</b>	Mujeres en periodo posparto y/o mujeres con disfunciones sexuales.
<b>Periodo estudiado</b>	Posparto, embarazo, preconcepción y vida sexualmente activa de la mujer.
<b>Estudios relacionados con</b>	Salud sexual de la mujer, disfunciones sexuales y adaptación al puerperio.
<b>Resultados medidos</b>	Calidad de vida sexual, causas generales de disfunciones sexuales en mujeres, prevalencia de disfunciones sexuales posparto y causas de disfunciones sexuales posparto.

Tabla 4: Elaboración propia.

### Criterios de exclusión:

<b>Relacionados exclusivamente con</b>	Factor cultural	Factor socioeconómico
--	-----------------	-----------------------

Tabla 5: Elaboración propia.

### Paso a paso del cribado de artículos:

1. Búsqueda en bases de datos: se comienza realizando las búsquedas en las bases de datos principales, como Pubmed, utilizando las palabras clave, los términos (descritos anteriormente), junto con los booleanos correspondientes y los filtros de búsqueda, para así conseguir mayor precisión en los artículos. Por ejemplo, "vaginismus" junto con otros términos como "Postpartum period", así como filtros de búsqueda como antigüedad 5 años.
2. Filtrado por título y resumen: tras la búsqueda en bases de datos de artículos relevantes, se comienza a filtrar según los títulos y según los criterios de inclusión como, por ejemplo, que la población seleccionada sea mujeres con disfunciones sexuales, aunque se incluirá cualquier periodo en el que se encuentren. (No importa si hablan del posparto o de cualquier trimestre de

embarazo, tampoco si hablan de causas generales de disfunciones sexuales en la mujer).

3. Filtrado por texto completo: para finalizar con el cribado, la bibliografía final seleccionada será aquella que encaje con los criterios de inclusión y exclusión después de la lectura del texto completo.

## **2.2. Definiciones**

### **1. Disfunción sexual**

Es una alteración persistente o recurrente en la respuesta sexual que provoca malestar significativo o afecta la calidad de vida. Puede presentarse en cualquiera de sus fases: deseo, excitación, orgasmo o resolución. Para su diagnóstico, los síntomas deben persistir al menos seis meses y no explicarse mejor por otros trastornos o afecciones médicas (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **2. Disfunción sexual posparto**

Son dificultades en la función sexual tras el parto, afectando deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y presencia de dolor. Puede estar influenciada por factores hormonales, físicos y psicológicos, como la fatiga, el trauma perineal y los cambios en la autoimagen (Rezaei et al., 2024).

### **3. Vaginismo**

Es una contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico que impide o dificulta la penetración vaginal, incluso cuando hay deseo sexual. Se asocia con dolor, miedo a la penetración y ansiedad ante la actividad sexual (Pithavadian et al., 2023).

### **4. Dispareunia**

Es el dolor recurrente o persistente en la zona genital antes, durante o después de la penetración vaginal. En el posparto, suele estar relacionado con el trauma perineal, la sequedad vaginal inducida por la lactancia o el miedo al dolor (Rosen et al., 2022).

### **5. Periodo posparto (puerperio)**

Etapa que sigue al parto y dura aproximadamente seis semanas, tiempo en el que el cuerpo materno comienza a recuperar su estado fisiológico previo al embarazo. Durante

este periodo, los cambios hormonales y físicos pueden afectar la función sexual (Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **6. Periodo periparto**

Comprende desde el último mes de embarazo hasta los cinco meses después del parto. Durante esta etapa, pueden producirse cambios hormonales, alteraciones en el suelo pélvico y modificaciones en la percepción de la imagen corporal, afectando la función sexual (Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **7. Episiotomía**

Es un corte quirúrgico en el perineo para ampliar la apertura vaginal durante el parto. Puede ser un factor de riesgo para la dispareunia, especialmente cuando se combina con desgarros perineales graves o una mala cicatrización (Choudhari et al., 2022).

### **8. Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)**

Es una herramienta validada para evaluar la función sexual en mujeres, midiendo deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Se utiliza en estudios clínicos para valorar la presencia y gravedad de disfunciones sexuales (Rezaei et al., 2024).

### **9. Modelo DEMOR**

Describe la respuesta sexual en cuatro fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Es ampliamente utilizado en la investigación de la función sexual femenina (Masters & Johnson, 1966).

## **2.3. Las disfunciones sexuales en la mujer en el periodo posparto**

El posparto es una etapa de cambios físicos, hormonales y emocionales que pueden afectar la salud sexual de la mujer. Muchas experimentan alteraciones en la función sexual, incluyendo disminución del deseo, sequedad vaginal, dispareunia y dificultades en el orgasmo, lo que puede impactar su bienestar.

Las disfunciones sexuales se definen como alteraciones persistentes o recurrentes en la respuesta sexual, afectando el deseo, la excitación, el orgasmo o la resolución. Según el DSM-5 y la CIE-10, deben persistir al menos seis meses y causar malestar significativo para ser diagnosticadas (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **2.3.1. Antecedentes**

La salud sexual en el posparto es un aspecto fundamental del bienestar materno, pero muchas veces no se le da la atención que merece. Se sabe que durante esta etapa pueden aparecer disfunciones sexuales, afectando a un número importante de mujeres. Entre los principales problemas se encuentran la disminución del deseo sexual, la sequedad vaginal, la dispareunia y las dificultades para alcanzar el orgasmo (Gutzeit et al., 2020).

Se han identificado varios factores que influyen en la función sexual después del parto, como el tipo de parto, la lactancia materna, la recuperación del suelo pélvico y el estado emocional de la mujer (Fanshawe et al., 2023). A pesar de la importancia de este tema, muchas mujeres no reciben información suficiente sobre estos cambios ni sobre cómo afrontarlos, lo que dificulta el manejo de la disfunción sexual en esta etapa (Aquino et al., 2023).

Aunque existen tratamientos y estrategias para mejorar la función sexual posparto, todavía hay muchas dudas sobre su efectividad a largo plazo. Se han propuesto intervenciones no farmacológicas como los ejercicios de Kegel, la terapia cognitivo-conductual, la fisioterapia del suelo pélvico y el uso de ácido hialurónico, las cuales han mostrado ciertos beneficios, pero aún falta más evidencia científica al respecto (Gustavino et al., 2021). Además, el tabú que sigue existiendo en torno a la sexualidad posparto y la falta de seguimiento médico después del parto hacen que muchas mujeres no busquen ayuda o no sepan que pueden recibir tratamiento (Thangarajah et al., 2024).

Este trabajo tiene como objetivo analizar la disfunción sexual en el posparto, sus posibles causas, impacto y estrategias de prevención y tratamiento. También se resalta la importancia de seguir investigando y mejorando la educación sobre salud sexual en esta etapa, para que cada vez más mujeres puedan recibir la atención que necesitan (Pardell-Domínguez et al., 2021).

### **2.3.2. Estrategias de medición de la función sexual femenina.**

Para evaluar la función sexual femenina, se consideran varios dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Existen diversas herramientas de medición que permiten valorar estos factores en mujeres durante el periodo posparto. Entre las herramientas más utilizadas se encuentran:

- **Índice de Función Sexual Femenina (FSFI):** Evalúa seis dominios de la función sexual mediante 19 preguntas que generan una puntuación total. Este índice, ampliamente validado, es una de las herramientas más utilizadas en investigaciones sobre la función sexual femenina. El FSFI se presenta detalladamente en el Anexo 1 (Universidad de Alcalá, 2025).
- **Escala de Valoración de Excitación Sexual (VES):** Herramienta que mide la excitación sexual subjetiva mediante cinco ítems calificados en una escala Likert de 1 (ninguna) a 7 (extrema). Esta escala ha demostrado ser válida y fiable tanto en contextos clínicos como de investigación. Para más detalles, consultar el Anexo 2 (Sierra et al., 2017).
- **Escala de Valoración de Sensaciones Genitales (VSG):** Instrumento que evalúa las sensaciones genitales subjetivas en mujeres. Al igual que la VES, utiliza una escala Likert de 1 a 7 para calificar la intensidad de las sensaciones físicas. Esta escala es útil para complementar el análisis de la excitación sexual y su relación con las sensaciones físicas genitales. Para más detalles, consultar el Anexo 3 (Sierra et al., 2017).
- **PISQ-12:** Este cuestionario está diseñado específicamente para mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria. Evalúa la función sexual en estas condiciones particulares a través de 12 ítems. Su detalle completo se encuentra en el Anexo 4 (Espuña Pons et al., 2011).
- **Cuestionario SAQ:** Esta herramienta evalúa la función sexual femenina de manera más general, considerando aspectos como deseo, excitación y satisfacción sexual (No se aporta en anexo por estar sujeta a derechos de autor).

En esta revisión, además de incluir las herramientas para medir el nivel de satisfacción de las mujeres en sus relaciones sexuales tras el parto, también podemos especificar que, entre los dominios evaluados en la disfunción sexual, el deseo sexual destaca como uno de los problemas más comunes. A pesar de contar con estas herramientas, algunos estudios sugieren que las mediciones actuales podrían no ajustarse completamente a la experiencia de las mujeres en el posparto, debido a factores como:

- Cambios hormonales.
- Traumas perineales.
- Sequedad vaginal.

- Factores psicológicos y emocionales.

Estos aspectos pueden influir significativamente en la función sexual y requieren ser considerados al evaluar la salud sexual de las mujeres en esta etapa (Rezaei et al., 2024).

### 2.3.3. Datos que definen el problema de las disfunciones sexuales en el posparto.

#### Comparación de datos de disfunciones sexuales:

Referencia	Datos principales	Duración/periodo	Aspectos destacados
5. Gutzeit et al. (2020)	Entre el 41-83% de las mujeres experimentan disfunción sexual después del parto.	Hasta 18 meses tras el parto.	Alta prevalencia inmediata después del parto.
6. Graziottin et al. (2024)	Más del 60% de las mujeres presentan problemas sexuales en el posparto, especialmente dispareunia.	Persistencia hasta 18 meses.	Enfoca en la dispareunia como principal problema.
9. Aquino et al. (2023)	Entre el 20-60% de las mujeres posparto tienen disfunciones sexuales.	Periodo posparto (duración no especificada).	Afecta deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
10. Fuchs et al. (2021)	Prevalencia del 41,96% de disfunción sexual en el posparto comparada con un 8,54% antes del embarazo.	Periodo posparto (duración no especificada).	Notable aumento respecto al periodo previo al embarazo

Tabla 6: Elaboración propia a partir de Gutzeit et al. (2020), Graziottin et al. (2024), Aquino et al. (2023) y Fuchs et al. (2021).

### 2.3.4. La manera que afecta el embarazo y la maternidad a la función sexual femenina.

El embarazo es una etapa que provoca múltiples cambios en la función sexual femenina. Diversos estudios han señalado que el deseo sexual varía en función del trimestre de embarazo.

#### Comparación de la función sexual durante el embarazo:

Trimestre	Síntomas y cambios físicos	Impacto en el deseo sexual	Causas principales
Primer trimestre	Náuseas, fatiga y malestar físico.	Disminución del deseo sexual.	Síntomas físicos incómodos.
Segundo trimestre	Disminución de la incomodidad física, cambios hormonales positivos.	Aumento del deseo sexual, en algunos casos mayor que antes del embarazo.	Menor incomodidad y cambios hormonales y emocionales positivos.
Tercer trimestre	Distensión abdominal, incomodidad física significativa.	Disminución significativa del deseo y satisfacción sexual.	Preocupación por la llegada del bebé y molestias físicas.

Tabla 7: Elaboración propia a partir de Fernández-Carrasco et al. (2023).

Tras el nacimiento del bebé, a pesar de que la maternidad es un periodo de gran satisfacción emocional, también se presentan desafíos en la salud sexual de la mujer. En el puerperio, la actividad sexual suele disminuir por factores fisiológicos y psicológicos, entre los que se incluyen:

- Lesiones vaginales: Como las episiotomías o la debilidad en la musculatura del suelo pélvico, que pueden provocar molestias y dispareunia.
- Falta de excitación e incontinencia urinaria: Son quejas comunes que afectan el deseo sexual (Fuchs et al., 2021).

### Factores que afectan la función sexual en el posparto:

Categoría	Descripción	Impacto en la función sexual
<b>Factores hormonales</b>	Disminución de estrógenos y aumento de prolactina, lo que reduce la lubricación vaginal y el deseo sexual.	Reducción del deseo sexual, menor excitación y dificultades para el orgasmo.
<b>Factores físicos</b>	Lesiones vaginales, episiotomías, sequedad vaginal, dispareunia, debilitamiento del suelo pélvico.	Dolor durante las relaciones sexuales, menor frecuencia sexual, miedo al coito.
<b>Factores psicológicos/emocionales</b>	Fatiga, estrés, ansiedad, percepción negativa del cuerpo, depresión posparto, falta de intimidad con la pareja.	Pérdida de interés en la actividad sexual, inseguridad y evitación del sexo.

Tabla 8: Elaboración propia a partir de Fuchs et al. (2021), Pardell-Domínguez et al. (2021) y Fernández-Carrasco et al. (2023).

### 2.3.5. La manera que afectan las formas de parto a la función sexual femenina.

#### Prevalencia de disfunciones sexuales según la vía de parto:

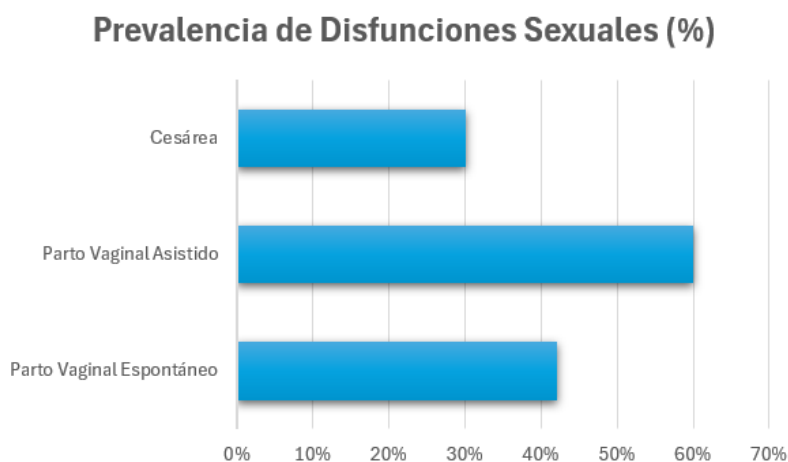


Figura 1: Elaboración propia a partir de Fanshawe et al., (2023); Gutzeit et al., (2020); Hajimirzaie et al., (2021); Hjorth et al., (2019)

**Comparación de los efectos de la cesárea, parto vaginal y espontáneo:**

<b>Modo de Parto</b>	<b>Impacto en la función sexual a medio plazo</b>	<b>Impacto en la función sexual a largo plazo</b>	<b>Factores asociados</b>	<b>Referencia</b>
<b>Cesárea</b>	Menos dolor y mayor deseo sexual en comparación con parto vaginal asistido.	Puede asociarse con menor lubricación y mayor dispareunia en mujeres con solo cesáreas previas.	Previene el trauma del suelo pélvico, pero puede afectar la lubricación.	Fanshawe et al. (2023), Hjorth et al. (2019)
<b>Parto Vaginal Espontáneo</b>	Mejor recuperación y reinicio más temprano de la actividad sexual.	Menos problemas sexuales en comparación con cesárea o parto asistido.	Menor impacto en la musculatura pélvica, favoreciendo la función sexual.	Anglès-Acedo et al. (2019), Hjorth et al. (2019)
<b>Parto Vaginal Asistido</b>	Mayor prevalencia de disfunciones sexuales, especialmente dispareunia.	Se mantiene la asociación con peor función sexual y más dispareunia.	Episiotomía y traumatismo perineal pueden aumentar la dispareunia.	Gutzeit et al. (2020), Hajimirzaie et al. (2021)

Tabla 9: Elaboración propia a partir de Fanshawe et al. (2023), Hajimirzaie et al. (2021), Anglès-Acedo et al. (2019), Hjorth et al. (2019) y Gutzeit et al. (2020).

### **2.3.6. Episiotomía y desgarros en el parto en relación con la dispareunia.**

La dispareunia es una queja frecuente entre las mujeres en el periodo posparto, especialmente en aquellas que han experimentado episiotomías o desgarros perineales durante el parto. Según algunos estudios, la prevalencia de dispareunia a los 3 meses posparto es del 31,4%, mientras que a los 24 meses disminuye al 11,9%, lo que indica un cambio significativo. Se ha observado que un 21% de las mujeres presenta dispareunia moderada, con tendencia a la catastrofización del dolor y fatiga, mientras que el 79% restante experimenta dispareunia leve. En ambos casos, el dolor aumenta desde la mitad del embarazo hasta los 3 meses después del parto, disminuyendo entre los 3 y 12 meses y estabilizándose hasta los 24 meses (Rosen et al., 2022).

La episiotomía es una práctica común en los partos vaginales y, a menudo, se considera un desencadenante del dolor en las relaciones sexuales en el posparto. Su asociación con la dispareunia y la insatisfacción sexual ha sido documentada en diversos estudios (Choudhari et al., 2022; Hajimirzaie et al., 2021).

Existen diferentes modalidades de episiotomía, y su impacto en la función sexual puede variar. La episiotomía de línea media parece asociarse con una menor prevalencia de dispareunia, mientras que la episiotomía medio lateral se vincula con una mayor incidencia de dolor en las relaciones sexuales. Además, a pesar de facilitar el parto, la episiotomía también es un factor de riesgo de traumatismos perineales y disfunción del suelo pélvico, lo que puede prolongar la recuperación de la actividad sexual (Choudhari et al., 2022; Fernández-Fernández & de Medina-Moragas, 2024).

El grado de desgarro perineal tiene un impacto significativo en la función sexual posparto. Un estudio basado en la evaluación de la función sexual a los 12 meses tras el parto, mediante el Cuestionario de Función Sexual de Prolapso de Órgano Pélvico/Incontinencia Urinaria (PISQ-12), reveló que:

- 25% de dispareunia en mujeres sin desgarros.
- 38% de dispareunia en mujeres con desgarros de segundo grado.
- 53% de dispareunia en mujeres con desgarros de tercer y cuarto grado.

Además, se han identificado ciertos factores influyentes en la gravedad del desgarro y su impacto en la salud sexual, como la edad, donde las mujeres con desgarros de tercer y cuarto grado tienden a ser mayores, y la duración del parto, ya que una mayor duración del parto se asocia con desgarros más graves. En términos generales, la prevalencia de

la dispareunia a los 12 meses es significativamente mayor en comparación con el periodo previo al embarazo. También se ha encontrado que las puntuaciones en el PISQ-12 son más altas en mujeres con desgarros más graves, indicando un mayor impacto en su función sexual (Gommesen et al., 2019).

Algunos estudios han evaluado las diferencias entre la episiotomía y los desgarros perineales de segundo grado en términos de dispareunia y reanudación de la actividad sexual. Se han identificado factores asociados como la edad, frecuencia de actividad sexual, compromiso de pareja, educación, lactancia materna y peso del bebé al nacer. Además, se han analizado aspectos específicos de la salud sexual, incluyendo deseo, excitación, lubricación, orgasmo y ansiedad por la penetración (Fernández-Fernández & de Medina-Moragas, 2024).

En contraposición a lo anteriormente mencionado, algunos estudios no han encontrado diferencias significativas en la salud sexual entre mujeres con desgarros y aquellas con episiotomía, excepto en el tiempo para iniciar las relaciones sexuales. Se ha observado que las mujeres con desgarros perineales reanudan la actividad sexual antes que aquellas con episiotomía. No obstante, se advierte que las episiotomías pueden aumentar el riesgo de dispareunia y afectar la función sexual hasta los tres meses posparto (Gommesen et al., 2019).

Además, se ha resaltado la influencia de factores psicológicos y sociales en la función sexual posparto, incluyendo el proceso de curación de la herida perineal, las preocupaciones psicológicas y las normas socioculturales sobre la sexualidad posparto. En este sentido, se considera que las creencias y expectativas sobre la actividad sexual tras el parto pueden jugar un papel en la recuperación de la función sexual (Hajimirzaie et al., 2021).

Por último, se ha documentado que las mujeres con lesiones obstétricas en el esfínter anal tienen una mayor probabilidad de retrasar la reanudación de la actividad sexual, en comparación con aquellas sin este tipo de lesiones. Algunos estudios sugieren que la episiotomía medio lateral se asocia con una reducción de las lesiones en el esfínter anal, mientras que el uso de fórceps en partos instrumentales incrementa el riesgo de daño pélvico y disfunción sexual (Anglès-Acedo et al., 2019).

### 2.3.7. Vaginismo

El vaginismo es una disfunción sexual caracterizada por la contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico, lo que impide o dificulta la penetración vaginal, incluso cuando la mujer tiene deseo sexual (Pithavadian et al., 2023). Esta condición se asocia con un impacto significativo en la función sexual y puede ser un factor importante en la aparición de dispareunia (Chalmers, 2024).

Según los datos, el vaginismo afecta entre el 1% y el 6% de la población, aunque estos porcentajes pueden no ser precisos debido al estigma social que rodea esta disfunción. Su etiología no está completamente definida, pero se ha identificado el miedo a la penetración como un factor clave. La evaluación del vaginismo por parte de los profesionales sanitarios debe incluir preguntas sobre la localización y la naturaleza del dolor, el historial ginecológico y los factores psicosociales. Además, es fundamental que los profesionales validen las experiencias de las pacientes y les ofrezcan opciones de tratamiento adecuadas (Chalmers, 2024).

El impacto del vaginismo en la salud mental de las mujeres es considerable, ya que genera ansiedad, depresión y dificultades en las relaciones interpersonales. A pesar de esto, muchas intervenciones clínicas se centran únicamente en el tratamiento físico y no abordan adecuadamente la experiencia emocional de las mujeres que lo padecen. Un estudio reciente ha destacado la importancia de las intervenciones emocionales en el tratamiento del vaginismo, sugiriendo que un enfoque multidisciplinar es más eficaz (Pithavadian et al., 2023).

Entre las estrategias terapéuticas más eficaces se encuentran:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC): Ayuda a modificar patrones de pensamiento negativos sobre la penetración, fomentando una actitud más positiva ante la sexualidad.
- Fisioterapia del suelo pélvico: Mediante ejercicios de Kegel y técnicas de relajación, se trabaja la musculatura pélvica para reducir la hipertonía involuntaria.
- Uso de dilatadores vaginales: Facilitan la habituación progresiva a la penetración, comenzando con tamaños pequeños y aumentando gradualmente.

- Educación sexual: Desmitifica el vaginismo y fomenta una comunicación más abierta. Se sugiere incluir a la pareja en este proceso para favorecer un abordaje conjunto y mejorar los resultados del tratamiento.

Además, muchas mujeres con vaginismo reportan sentimientos de vergüenza y miedo al juicio, lo que dificulta la búsqueda de ayuda profesional. Esto resalta la necesidad de una mayor educación sexual y de profesionales capacitados en el manejo de disfunciones sexuales, con el fin de crear un entorno seguro y cómodo para las pacientes (Pithavadian et al., 2023).

### **2.3.8. Factores relacionados con la disfunción sexual en el periodo posparto.**

La salud sexual en el posparto está influenciada por múltiples factores, incluyendo aspectos personales, sociales y culturales. Algunos estudios han analizado las experiencias de mujeres primíparas, quienes enfrentan varios desafíos con respecto a su sexualidad tras el parto. Entre estos desafíos se encuentran la falta de preparación, la disminución de la libido, la alteración de la imagen corporal y la reanudación de la actividad sexual antes de sentirse listas (Pardell-Domínguez et al., 2021).

Además, se han identificado factores como la edad materna avanzada y la multiparidad, que pueden aumentar la predisposición a la insatisfacción sexual en el posparto. No obstante, algunos estudios no han encontrado una relación significativa entre estos factores y la disfunción sexual (Hajimirzaie et al., 2021).

Por otro lado, hay investigaciones que contrastan estos hallazgos, afirmando que las mujeres primíparas tienen mayor predisposición a sufrir dispareunia tras el parto en comparación con las múltiparas (Gutzeit et al., 2020).

Entre los factores psicológicos que influyen en la disfunción sexual posparto, se ha identificado que la depresión posparto afecta significativamente la satisfacción sexual, con una prevalencia estimada del 20%. Otros factores incluyen el agotamiento derivado del cuidado del bebé, la falta de sueño y el miedo a experimentar dispareunia. También se ha reportado que algunas mujeres experimentan ansiedad respecto al cambio de rol tras el parto, lo que puede influir en la percepción de su sexualidad y en la calidad de su relación de pareja (Hajimirzaie et al., 2021).

Desde un punto de vista social, la adaptación a la maternidad y las nuevas responsabilidades parentales pueden generar cambios en la dinámica de pareja. Se ha observado que la falta de momentos de intimidad y la necesidad de ajustar la convivencia tras la llegada del bebé pueden influir en la reducción del deseo sexual. Además, el reajuste de la vida cotidiana y la distribución de tareas dentro del hogar pueden convertirse en factores estresantes que impactan la vida sexual posparto (Hajimirzaie et al., 2021).

Algunos estudios también han explorado la influencia de factores biopsicosociales, que incluyen tanto aspectos médicos como psicológicos. Entre los factores biomédicos, se han identificado la presencia de dolor crónico, el uso de analgesia epidural, la inducción del parto, la episiotomía, las laceraciones vaginales, el modo de parto y la lactancia materna como elementos que pueden influir en la disfunción sexual. Por otro lado, los factores psicológicos asociados incluyen la fatiga intensa, los síntomas depresivos y el dolor catastrófico experimentado durante el embarazo y el posparto, los cuales están vinculados a una mayor prevalencia de dispareunia (Rosen et al., 2022).

Es importante abordar la disfunción sexual en el posparto lo antes posible, ya que su persistencia más allá de los 6 meses se ha asociado con un menor bienestar materno, un deterioro en la calidad de vida y una peor salud general y funcionamiento físico (Fanshawe et al., 2023).

### **2.3.9. Importancia del suelo pélvico.**

En el contexto de la salud sexual posparto, es fundamental atender las necesidades de las mujeres puérperas con trastornos del suelo pélvico y analizar medidas que contribuyan a su fortalecimiento. Estas medidas pueden mejorar su relación con la incontinencia y reducir el impacto de las disfunciones sexuales (Thangarajah et al., 2024).

Para evaluar el impacto de los trastornos del suelo pélvico, se han utilizado herramientas como el cuestionario ICIQ-SF (para la incontinencia urinaria) y el PISQ-IR (para la función sexual). Los resultados de los estudios muestran que el 49,4% de las encuestadas sufría síntomas de incontinencia urinaria. Sin embargo, solo el 40,3% de las mujeres con trastornos del suelo pélvico consultaron a su ginecólogo por estos síntomas, en comparación con el 63,4% que expresaba su preferencia porque fuera el médico quien preguntara sobre ellos.

Otro hallazgo relevante es que el 79,3% de las mujeres con incontinencia urinaria tomaron medidas por cuenta propia, siendo más frecuente en aquellas con mayor nivel educativo, quienes empleaban con más frecuencia ejercitadores del suelo pélvico, como las bolas vaginales. Además, aproximadamente la mitad de las mujeres recurrieron a internet para obtener información sobre ejercicios del suelo pélvico. Según este estudio, la incontinencia urinaria impactaba en la vida diaria de las mujeres con una puntuación media de 2,9 sobre 10 en la escala ICIQ-SF (Thangarajah et al., 2024).

A pesar de que está ampliamente reconocido que el entrenamiento del suelo pélvico puede disminuir la incontinencia urinaria a corto plazo, su efectividad a largo plazo aún es incierta. No obstante, otros estudios han evidenciado que la disfunción del suelo pélvico, cuando se manifiesta en forma de incontinencia urinaria o fecal, tiene un impacto significativo en la función sexual de las mujeres en el posparto (Anglès-Acedo et al., 2019).

Asimismo, muchas mujeres reportan que no se sintieron escuchadas por sus ginecólogos en relación con sus quejas sobre los trastornos del suelo pélvico. Esto sugiere la necesidad de implementar más revisiones posparto con el objetivo de mejorar la detección y tratamiento de estas condiciones (Thangarajah et al., 2024).

Existen evidencias de que el masaje perineal antes del parto puede contribuir a la prevención de diversas complicaciones. En cuanto a la dispareunia, se ha observado que un porcentaje significativo de mujeres la experimenta incluso un año después del parto, con una mayor prevalencia en aquellas con lesiones perineales más graves. Estas lesiones afectan negativamente a la función sexual, particularmente en términos de dolor, excitación y satisfacción. Algunos estudios sugieren que la realización del masaje perineal durante el embarazo (5-10 minutos a partir de la semana 34) podría facilitar la reanudación de la actividad sexual en el posparto y reducir la dispareunia. Sin embargo, estos hallazgos no han arrojado resultados concluyentes (Milka et al., 2023).

Con respecto al dolor posparto, las evidencias sugieren que las mujeres que practicaron el masaje perineal experimentaron menor dolor en las relaciones sexuales tras el parto. Por este motivo, se ha propuesto que combinar el masaje perineal con ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico puede ser beneficioso para mejorar el control y la elasticidad de los músculos perineales ante el parto (Milka et al., 2023).

### **2.3.10. Relación de la lactancia materna con las disfunciones sexuales.**

En la búsqueda realizada, se ha encontrado evidencia significativa que indica que la lactancia materna puede aumentar el riesgo de sufrir disfunciones sexuales, principalmente debido a factores hormonales (Hajimirzaie et al., 2021).

Diversos estudios destacan la lactancia materna como un factor relevante en la función sexual posparto, ya que la reducción de los niveles de estrógenos y progesterona provoca mayor sequedad vaginal y disminución del deseo sexual. Además, se ha observado que los cambios en la autopercepción corporal relacionados con la lactancia pueden influir en la sexualidad de la madre en el posparto (Hajimirzaie et al., 2021).

Por este motivo, se considera que la lactancia materna es un factor de riesgo clave para la disfunción sexual, a pesar de ser ampliamente recomendada por sus beneficios en la salud materna y del bebé. Se ha documentado que los niveles reducidos de estrógenos y progesterona afectan la lubricación vaginal y el deseo sexual, y pueden aumentar la dispareunia. Sin embargo, algunos estudios han señalado que la mayoría de las mujeres lactantes no perciben que la lactancia afecte su actividad sexual, lo que sugiere que este impacto puede ser subjetivo y variar entre mujeres (Gutzeit et al., 2020).

Además, en relación con la higiene perineal y vulvar, se resalta la importancia de proporcionar educación sexual adecuada a las mujeres, ayudándolas a diferenciar ambas áreas anatómicas y comprendiendo la necesidad de mantener una buena higiene para prevenir infecciones bacterianas y cuidar la microbiota vaginal tras el parto. Se ha evidenciado que la microbiota vaginal se ve afectada por los cambios hormonales, particularmente en mujeres lactantes. Esto se debe a la disminución de lactobacilos, lo que puede aumentar el riesgo de disbiosis vaginal o vaginosis bacteriana. Asimismo, los niveles bajos de estrógenos reducen la mucosa vaginal, lo que puede contribuir a la dispareunia y sequedad vaginal (Gommesen et al., 2019).

En conclusión, los cambios hormonales y la lactancia materna pueden provocar disminución de la lubricación vaginal, reducción del deseo sexual y dificultades para alcanzar el orgasmo. Sin embargo, la percepción del impacto de la lactancia en la sexualidad no es uniforme entre todas las mujeres, por lo que se requiere un enfoque individualizado en el abordaje de estas disfunciones sexuales en el posparto (Fuchs et al., 2021).

### **2.3.11. Evidencias de posibles tratamientos para las disfunciones sexuales.**

Como se ha mencionado anteriormente, se destaca la importancia de la higiene íntima en el posparto debido a que los cambios en los niveles hormonales pueden provocar disbiosis vaginal y vaginosis bacteriana. Además, se han recomendado productos específicos para el cuidado íntimo posparto, como extractos de *Thymus vulgaris*, caléndula y manzanilla, que poseen propiedades beneficiosas para la higiene íntima, la curación de heridas y el alivio del dolor tras el parto (Gommesen et al., 2019).

Se han descrito diversos tratamientos dirigidos a mejorar la función sexual y el bienestar de las mujeres en el posparto. Entre ellos, se encuentran aquellos que buscan aliviar el dolor y favorecer la cicatrización en el periné.

- Terapia de luz infrarroja: Este tratamiento aumenta la circulación sanguínea en la zona tratada mediante la liberación de histamina, lo que produce vasodilatación y acelera la reparación de los tejidos. Además, reduce los espasmos musculares, proporcionando un alivio del dolor. Su aplicación consiste en exponer la herida a luz infrarroja durante 10-15 minutos a una distancia de 45-50 cm (Choudhari et al., 2022).
- Baño de asiento: Consiste en proporcionar calor húmedo a la zona perineal, lo que ayuda a aliviar el dolor y la inflamación posparto. Este tratamiento implica sumergirse en agua tibia a 40-45°C durante 15-20 minutos. La terapia genera una relajación muscular, mejora la circulación y reduce la inflamación. También se ha recomendado en el tratamiento de heridas perineales y hemorroides. Aunque la terapia de luz infrarroja ha demostrado mayor efectividad, se sugiere combinar ambos tratamientos y proporcionar una orientación adecuada a las pacientes para optimizar la recuperación posparto (Choudhari et al., 2022).
- Uso de gel vaginal de ácido hialurónico, un compuesto con propiedades cicatrizantes e hidratantes que ayuda a mantener la integridad del epitelio vaginal.

Un estudio analizó su eficacia utilizando el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y la medición del pH vaginal como indicadores de salud vaginal. Debido a que los cambios hormonales posparto pueden afectar la lubricación vaginal y la comodidad durante las relaciones sexuales, este estudio investigó si el ácido hialurónico podría contribuir a restaurar el pH vaginal y reducir la disfunción sexual tras el parto.

Los resultados mostraron mejoras significativas en todos los dominios del FSFI, incluyendo deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y reducción del dolor. Además, el tratamiento ayudó a reducir el pH vaginal, promoviendo un efecto positivo en el epitelio vaginal. La tolerancia al tratamiento fue alta, con solo dos pacientes reportando una leve sensación de ardor, sin necesidad de interrumpir el tratamiento. Así, el estudio concluyó que el uso de ácido hialurónico es una alternativa efectiva para mejorar la función sexual en mujeres posparto (Gustavino et al., 2021).

El gel de ácido hialurónico también se ha señalado como una opción para mujeres lactantes, quienes podrían evitar tratamientos hormonales para mejorar la lubricación vaginal sin comprometer la lactancia (Gustavino et al., 2021).

- Focalización sensorial: Dentro de los tratamientos no farmacológicos, se encuentra la focalización sensorial, una técnica diseñada para aumentar la conciencia corporal y la percepción sensorial. Su propósito es reducir la ansiedad asociada a la actividad sexual, permitiendo que la mujer se centre en las sensaciones físicas placenteras sin preocuparse por el rendimiento o las expectativas.

Esta técnica favorece la autoexploración sin presiones y facilita una reconexión gradual con la intimidad. En el contexto posparto, la focalización sensorial ha sido útil en mujeres que experimentan miedo a la penetración o dispareunia, ayudando a restablecer la seguridad y el confort en la actividad sexual (Masters & Johnson, 1970).

Las terapias farmacológicas para tratar las disfunciones sexuales en el posparto presentan ciertas limitaciones, especialmente en mujeres lactantes (Alcántara Montero & Sánchez Carnerero, 2016). Debido a esto, se ha enfatizado la necesidad de recurrir a terapias no farmacológicas, tales como:

- Ejercicios de Kegel, los cuales fortalecen el suelo pélvico y aumentan la autoeficacia sexual.
- Modelo PLISSIT, un enfoque de intervención terapéutica que ha demostrado mejoras en las disfunciones sexuales, particularmente en mujeres lactantes.
- Programas especializados, como el Programa de Salud Sexual Posparto de la Mujer (WPSHP), que brindan orientación específica para abordar las dificultades

sexuales en esta etapa.

- Terapia cognitivo-conductual, terapia sexual y de pareja, las cuales pueden mejorar la función sexual a través del trabajo en la percepción de la sexualidad, la comunicación con la pareja y la modificación de creencias erróneas.
- Cambios en el estilo de vida y el uso de lubricantes, que pueden ayudar a reducir las molestias durante las relaciones sexuales (Aquino et al., 2023).

A pesar de que muchas de estas terapias han demostrado una mejoría en la salud sexual posparto según el índice FSFI, algunos estudios han señalado que no se observaron diferencias significativas en comparación con el placebo. Esto sugiere la necesidad de realizar más estudios específicos que permitan evaluar la eficacia real de estos tratamientos y mejorar la atención en el posparto (Aquino et al., 2023).

### **2.3.12. Necesidad de investigación y educación sexual.**

Existe una relación directa entre las tasas de disfunción sexual y el nivel de educación. Se ha observado que un mayor conocimiento sobre la sexualidad durante el embarazo está asociado con menores tasas de disfunción sexual, mientras que ciertos factores como creencias culturales y religiosas pueden influir en la percepción y abordaje de la sexualidad en esta etapa (Fernández-Carrasco et al., 2023).

Es fundamental que los profesionales de la salud integren la educación sexual en la atención prenatal, proporcionando información adecuada a las parejas para reducir las disfunciones sexuales (Núñez Remiseiro et al., 2020). La inclusión de estos temas en las visitas de control del embarazo y en las clases de preparación al parto permitiría que las mujeres y sus parejas comprendieran mejor los cambios fisiológicos y psicológicos que pueden afectar su sexualidad en el posparto (Fernández-Carrasco et al., 2023).

Algunos estudios también resaltan la importancia de que las mujeres conozcan mejor su cuerpo, lo que les permitiría distinguir las áreas perineal y vulvar y, con ello, mantener una adecuada higiene íntima. Este conocimiento es clave para prevenir infecciones y mejorar el bienestar sexual tras el parto (Gommesen et al., 2019).

Además, diversos estudios destacan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha priorizado el tratamiento de la disfunción sexual posparto dentro de sus

recomendaciones de salud pública, resaltando la necesidad de darle una mayor importancia a esta condición con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres (Aquino et al., 2023).

La sexualidad ha sido malinterpretada históricamente, pero en la actualidad se promueve una visión más integradora por parte de la OMS, la cual no solo enfatiza la necesidad de tratar disfunciones sexuales, sino que también reconoce la importancia del bienestar sexual integral de la mujer (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Se ha identificado la existencia de un tabú en la comunicación sobre la salud sexual posparto, lo que limita su abordaje en el seguimiento médico. Muchas mujeres encuentran dificultades para solicitar ayuda cuando experimentan síntomas insatisfactorios en su vida sexual, debido a la falta de información y al escaso apoyo por parte de los profesionales de la salud (Pardell-Domínguez et al., 2021).

El apoyo de la pareja es un aspecto fundamental en la recuperación de la función sexual posparto. Las mujeres que se sienten cómodas para comunicar sus síntomas y cuentan con el entendimiento de su pareja tienden a experimentar una mejor adaptación a los cambios en su vida sexual tras el parto (Pardell-Domínguez et al., 2021).

También se han hecho recomendaciones para mejorar la atención médica en el posparto. Muchas mujeres han expresado que la atención se centra casi exclusivamente en el bebé, dejando de lado su bienestar físico y emocional. Para mejorar este aspecto, se ha propuesto que las mujeres tengan expectativas realistas sobre la reanudación de su vida sexual, lo que podría lograrse incorporando experiencias de otras mujeres y promoviendo conversaciones sobre la salud sexual posparto (Pardell-Domínguez et al., 2021).

Por último, se ha sugerido que la atención en el posparto y su seguimiento deberían extenderse más allá de las 6-8 semanas estándar con el objetivo de evaluar problemas con mayor prevalencia, como las disfunciones sexuales. Además, se ha señalado que mejorar la prevención y el tratamiento de estas disfunciones requiere un sistema más estructurado de seguimiento y mayor inversión en investigación. Sin embargo, la falta de estudios sobre este tema sigue dificultando la comprensión de la experiencia de las mujeres con disminución de la salud sexual en el periodo posparto (Thangarajah et al., 2024; Pardell-Domínguez et al., 2021).

## **2.4. Justificación**

Las disfunciones sexuales en el periodo posparto son un problema común que puede afectar el bienestar físico y emocional de las mujeres, además de influir en su relación de pareja. A pesar de su frecuencia, sigue siendo un tema poco abordado en la práctica clínica y dentro de la atención enfermera. La falta de protocolos específicos y de formación en salud sexual hace que muchas mujeres no reciban la orientación ni el tratamiento adecuado.

Desde el punto de vista científico, la evidencia existente es muy variada, con estudios que presentan resultados contradictorios sobre la efectividad de las intervenciones en estas disfunciones.

En el ámbito de la enfermería, la detección de estas disfunciones suele ser limitada, ya que no siempre se incluyen dentro de la valoración integral de la mujer en el posparto, a pesar de la capacidad de enfermería de realizar un abordaje biopsicosocial, en el que se pueden detectar factores emocionales y relacionales de las disfunciones sexuales. Además, la enfermería juega un papel fundamental en la educación para la salud, incluyendo la salud sexual, el acompañamiento y el asesoramiento, así como en el seguimiento de la mujer en el posparto. Las enfermeras resultan a veces el primer contacto de las mujeres en el sistema sanitario tras el parto, haciendo que se pueda establecer una relación terapéutica de confianza que facilite que la mujer pueda hablar sobre su sexualidad y preocupaciones. Aun así, hay poca formación y escasez de recursos que permitan una mejor intervención en este ámbito.

Por todo ello, se realizará un protocolo de revisión sistemática que permita recopilar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre el manejo de las disfunciones sexuales en el posparto. Con esto, se podrá identificar estrategias efectivas y aportar información basada en evidencia que ayude a mejorar la atención enfermera en este campo.

### 3. Revisión sistemática

#### 3.1 Objetivo general

Conocer las estrategias para manejar las disfunciones sexuales en el puerperio a través de una revisión de la literatura científica reciente.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Identificar cuáles son las disfunciones sexuales más frecuentes en mujeres en el periodo posparto y puerperio.
- Conocer los factores físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden influir en la aparición de estas disfunciones.
- Revisar las distintas intervenciones y tratamientos disponibles para el manejo de las disfunciones sexuales posparto.
- Analizar el papel de la enfermería en la atención y acompañamiento de mujeres con disfunciones sexuales en esta etapa.

#### 3.3 Pregunta PICO

¿Las intervenciones enfermeras en el manejo de las disfunciones sexuales en el puerperio reducen su prevalencia?

**Pregunta PICO:**

<b>P (Población)</b>	Puérperas con disfunciones sexuales.
<b>I (Intervención)</b>	Intervenciones de enfermería en disfunciones sexuales.
<b>C (Comparación)</b>	Puérperas sin disfunciones sexuales.
<b>O (Outcomes/ Resultados)</b>	Reducción en la prevalencia de disfunciones sexuales.

Tabla 10: Elaboración propia.

### **3.4. Criterios de inclusión y exclusión de estudios**

Para la selección de estudios en esta revisión, se han establecido los siguientes criterios de inclusión y exclusión, con el objetivo de comprender la evidencia disponible sobre el manejo de las disfunciones sexuales en el posparto y puerperio.

#### **3.4.1. Criterios de inclusión**

Se tendrán en cuenta estudios que cumplan con las siguientes condiciones:

- Tipos de participantes: Mujeres en el puerperio, que presenten algún tipo de disfunción sexual.
- Tipos de intervenciones: Se considerarán estudios que permitan conocer estrategias, abordajes y cuidados en la atención enfermera dirigidos a la identificación, prevención y tratamiento de disfunciones sexuales en el posparto.
- Tipos de medidas de resultados: Estudios que permitan profundizar en el manejo de estas disfunciones, incluyendo la efectividad de las intervenciones enfermeras en la mejora de la función sexual, la percepción de la mujer sobre su salud sexual y la calidad de vida en el posparto.
- Tipos de diseño de estudio: Se incluirán ensayos clínicos aleatorizados. En caso de que la literatura disponible sea limitada, se considerarán también estudios observacionales.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

Se descartarán aquellos estudios que presenten las siguientes características:

- Que la población de estudio sean mujeres con disfunciones sexuales previas al parto.
- Estudios centrados exclusivamente en factores socioculturales o económicos sin vinculación directa con el manejo clínico.
- Diseños de estudio con baja calidad metodológica.

### 3.5. Metodología

#### 3.5.1. Estrategia de búsqueda

Para la recuperación de estudios relevantes que respondan a la pregunta de investigación, se ha diseñado una estrategia de búsqueda:

- a) Siguiendo los anteriores criterios de inclusión y exclusión se utilizaron las bases:
  - PubMed (206)
  - SciELO (2)
  - EBSCO (1)
  
- b) Para seleccionar los artículos incluidos en la revisión se utilizaron estas palabras clave y combinación de términos:

#### Palabras clave para la metodología:

Término	MeSH	DeCS
Vaginismo	Vaginismus	Vaginismo
Disfunciones sexuales fisiológicas	Sexual dysfunction, physiological	Disfunciones sexuales fisiológicas
Disfunciones sexuales psicológicas	Sexual dysfunction, psychological	Disfunciones sexuales psicológicas
Posparto	Postpartum period	Periodo posparto
Cuidados de enfermería	Nursing care	Atención de enfermería
Lactancia	Lactation	Lactancia

Tabla 11: Elaboración propia.

- c) Operadores booleanos:

Se utilizarán operadores booleanos para optimizar la búsqueda y recuperar estudios relevantes:

(Postpartum period AND (vaginismus OR sexual dysfunction, physiological OR sexual dysfunction, psychological) AND nursing care)

- d) Se especificó los diferentes filtros de búsqueda indicando los idiomas requeridos en lenguaje libre y controlado, además del marco temporal de la revisión:

**Filtros de búsqueda para la metodología:**

Filtro	Opciones aplicadas
Acceso al texto	Full text
Tipos de artículos	Ensayos clínicos aleatorizados; en caso de no haber suficientes, estudios observacionales
Fecha de publicación	Últimos 5 años
Idioma	Inglés y español

Tabla 12:. Elaboración propia.

- e) Búsqueda de literatura gris y secundaria

Se consultarán repositorios institucionales y gubernamentales con documentos de salud pública y guías clínicas. Además, se realizará una búsqueda manual en bibliografías de artículos relevantes para identificar posibles estudios adicionales. Así mismo, se tendrá en cuenta que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

- f) Resultados

Se recopilaron un total de 209 artículos, de los cuales se eliminó 1 por estar duplicado. De los 208 restantes, se aplicaron criterios de exclusión adicionales, descartando 130 por el tipo de artículo, 41 debido a que la población estudiada no coincidía con la establecida en la revisión, 17 por no abordar la intervención prevista y 13 por presentar resultados diferentes a los planteados en el estudio. Finalmente, se incluyeron 7 artículos en la selección final.

### 3.5.2. Selección de estudios

Diagrama de flujo PRISMA:

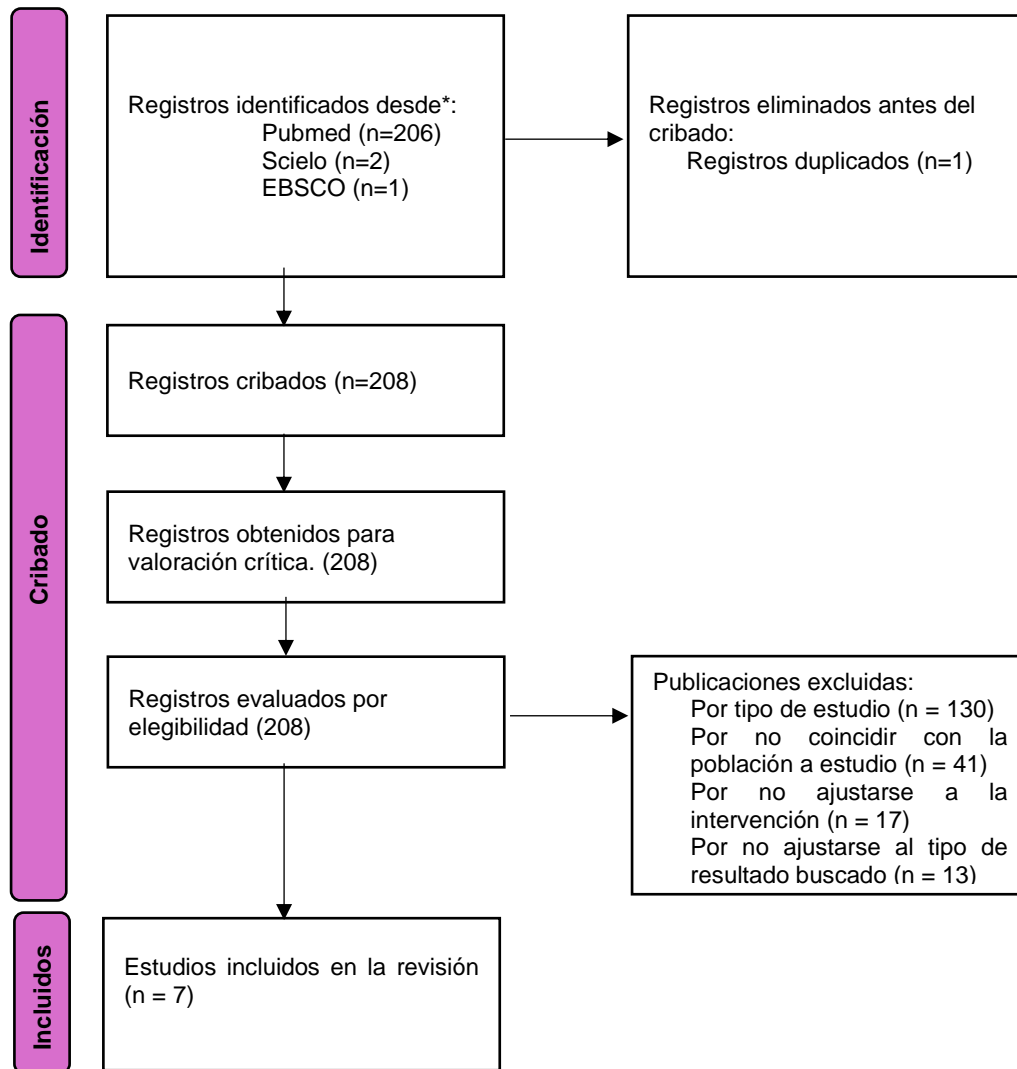


Figura 2: Elaboración propia a partir de (Page et al., 2021).

### **3.5.3. Evaluación crítica**

Para garantizar la rigurosidad y calidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión, se llevará a cabo una evaluación crítica basada en la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), que será expuesta en el Anexo 5.

a) Criterios de evaluación:

La evaluación de cada estudio seguirá las 11 preguntas de CASPe agrupadas en tres categorías clave:

1. Validez del estudio:

- Se analizará si el estudio responde a una pregunta de investigación clara, incluyendo población, intervención, comparación y desenlaces.
- Se verificará si la asignación de los pacientes fue aleatoria y si la secuencia de aleatorización se realizó correctamente.
- Se evaluará si los grupos fueron comparables al inicio del estudio y si se mantuvo la comparabilidad a lo largo del ensayo.
- Se revisará cómo se manejaron las pérdidas de seguimiento y si estas afectaron los resultados.
- Se analizará la medición de los desenlaces, considerando el uso de cegamiento y si la medición fue diferencial.
- Se comprobará si se evitó la comunicación selectiva de resultados.

2. Resultados del estudio:

- Se determinará el efecto del tratamiento en cada desenlace medido.
- Se evaluará la precisión de los resultados, analizando los intervalos de confianza y su impacto clínico.

3. Aplicabilidad de los resultados:

- Se estudiará si los resultados pueden aplicarse a la población de interés y si existen diferencias con la población en la práctica clínica real.
- Se valorará si se han tenido en cuenta todos los desenlaces relevantes y si los beneficios superan los posibles riesgos y costes.

b) Criterios de exclusión por evaluación crítica:

Solo se incluirán aquellos estudios que cumplan con los criterios de inclusión establecidos y que superen la evaluación crítica con una calidad metodológica suficiente. Se excluirán aquellos estudios que:

- No respondan adecuadamente a la pregunta de investigación o no incluyan intervenciones relevantes en el manejo de disfunciones sexuales en el posparto.
- Presenten sesgos metodológicos importantes, como muestras no representativas o ausencia de control en los ensayos clínicos.
- No proporcionen resultados con claridad y precisión, o que carezcan de medidas estadísticas adecuadas.

La aplicación de esta evaluación crítica garantizará que la selección final de estudios esté respaldada por evidencia científica sólida, permitiendo que los hallazgos obtenidos en la revisión sean de alta calidad y aplicabilidad clínica (Cabello, 2005).

#### **3.5.4. Extracción de datos**

La extracción de datos en esta revisión se llevará a cabo asegurando la recopilación de información clave de los estudios incluidos. Para ello, se empleará una hoja de extracción de datos diseñada específicamente para este trabajo, que permitirá registrar de forma sistemática los aspectos relevantes de cada estudio.

a) Proceso de extracción de datos

1. Lectura completa de los estudios seleccionados, asegurando la comprensión de su diseño, metodología y hallazgos principales.
2. Registro de la información en la hoja de extracción de datos, organizando los datos de manera estandarizada para facilitar el análisis y la síntesis de resultados.
3. Verificación de la información extraída, garantizando coherencia y precisión en la recopilación de los datos.

## b) Datos a extraer

En cada estudio se recopilarán los siguientes aspectos fundamentales:

- Identificación del estudio
  - Autor(es) y año de publicación.
  - País donde se realizó el estudio.
  - Tipo de diseño del estudio (ensayo clínico o estudio observacional).
  - Tamaño muestral y características de la población estudiada.
  
- Intervención y metodología
  - Descripción de la intervención en el manejo de disfunciones sexuales en el posparto.
  - Evaluación de la detección, valoración y abordaje de las disfunciones sexuales.
  - Técnicas empleadas para la intervención y seguimiento.
  - Medición de la eficacia de las intervenciones, especificando su impacto en la calidad de vida de las mujeres en el posparto.
  - Presencia de la labor de enfermería en el estudio y su papel en el manejo de las disfunciones sexuales.
  
- Resultados principales
  - Variables analizadas en relación con la efectividad de la intervención.
  - Principales hallazgos y conclusiones del estudio.
  - Medidas estadísticas utilizadas, incluyendo intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para garantizar la robustez de los resultados.
  - Se tendrá en cuenta la significación estadística para determinar si las diferencias entre los grupos realmente se deben a la intervención o al azar. Se considerará significativo un p-valor  $< 0.05$ , lo que indica que hay menos de un 5% de probabilidad de que los resultados sean casuales. Si algún estudio muestra diferencias con  $p > 0.05$ , no se podrá considerar que los resultados sean concluyentes.
  
- Calidad metodológica y limitaciones
  - Evaluación de sesgos según el checklist CASPe.
  - Limitaciones reportadas en el estudio y consideraciones metodológicas.

c) Hoja de extracción de datos

Para la recopilación sistemática de la información, se utilizará una hoja de extracción de datos, expuesta en el Anexo 6, que facilitará el análisis comparativo de los estudios incluidos en la revisión.

### **3.5.5. Síntesis de resultados**

La síntesis de los resultados obtenidos en los estudios incluidos en la revisión se llevará a cabo mediante una combinación de síntesis descriptiva y análisis estadístico, en caso de que los datos lo permitan. El objetivo principal es examinar el manejo de las disfunciones sexuales en el puerperio, con especial énfasis en el papel de la enfermería y las técnicas utilizadas en la intervención.

a) Síntesis descriptiva:

Se elaborará un análisis narrativo de los estudios seleccionados, organizando los resultados según los siguientes elementos clave:

- Características generales de los estudios: Se realizará una tabla comparativa con información sobre el diseño, población, intervenciones y principales hallazgos de cada estudio.
- Manejo de las disfunciones sexuales en el puerperio: Se analizará la forma en que se detectan y abordan las disfunciones sexuales, diferenciando las estrategias de intervención utilizadas en cada estudio.
- Técnicas de enfermería en el manejo de disfunciones sexuales: Se describirán las técnicas específicas implementadas por enfermería, tales como educación sanitaria, asesoramiento sobre higiene íntima, ejercicios del suelo pélvico y terapias de rehabilitación sexual.
- Eficacia de las intervenciones: Se comparará el impacto de las intervenciones en la mejora de la función sexual, evaluando su influencia en la calidad de vida de las mujeres en el puerperio.

b) Síntesis estadística:

Siempre que los estudios incluidos en la revisión proporcionen datos cuantificables, se aplicará una síntesis estadística para fortalecer los resultados. Se analizarán las siguientes medidas:

- Frecuencia de disfunciones sexuales en el puerperio: Comparación de prevalencias reportadas en los estudios incluidos.
- Eficacia de las intervenciones: Medición del efecto de los tratamientos en la mejora de la función sexual utilizando medidas estadísticas como media y desviación estándar.
- Intervalos de confianza del 95% (IC 95%), así como un p-valor < 0,05: Para evaluar la precisión de los resultados reportados en los estudios.

Si los estudios no presentan datos homogéneos o comparables, se priorizará la síntesis descriptiva, destacando tendencias generales y evidencias relevantes en el abordaje de las disfunciones sexuales en el puerperio desde la perspectiva enfermera.

### **3.6. Limitaciones**

Las limitaciones en la validez interna hacen referencia a los posibles sesgos metodológicos dentro de los estudios incluidos. Entre ellas se encuentran:

- Heterogeneidad en los estudios seleccionados: Se han encontrado diferencias entre los estudios en cuanto a sus hallazgos. Sobre la prevalencia de disfunciones sexuales según el tipo de parto, por ejemplo, existen discrepancias entre los resultados de diversos estudios, por lo que no es posible llegar a una conclusión válida.
- Dificultad para establecer una validez científica clara debido a la variabilidad en la medición de resultados: No todos los estudios utilizan los mismos cuestionarios de evaluación. No existe una herramienta universalmente aceptada para medir la disfunción sexual, lo que hace que los resultados varíen según la escala utilizada. Así mismo, existen algunos cuestionarios que no están disponibles debido a estar sujetos a derechos de autor, lo que dificulta el análisis de estas herramientas de medida.

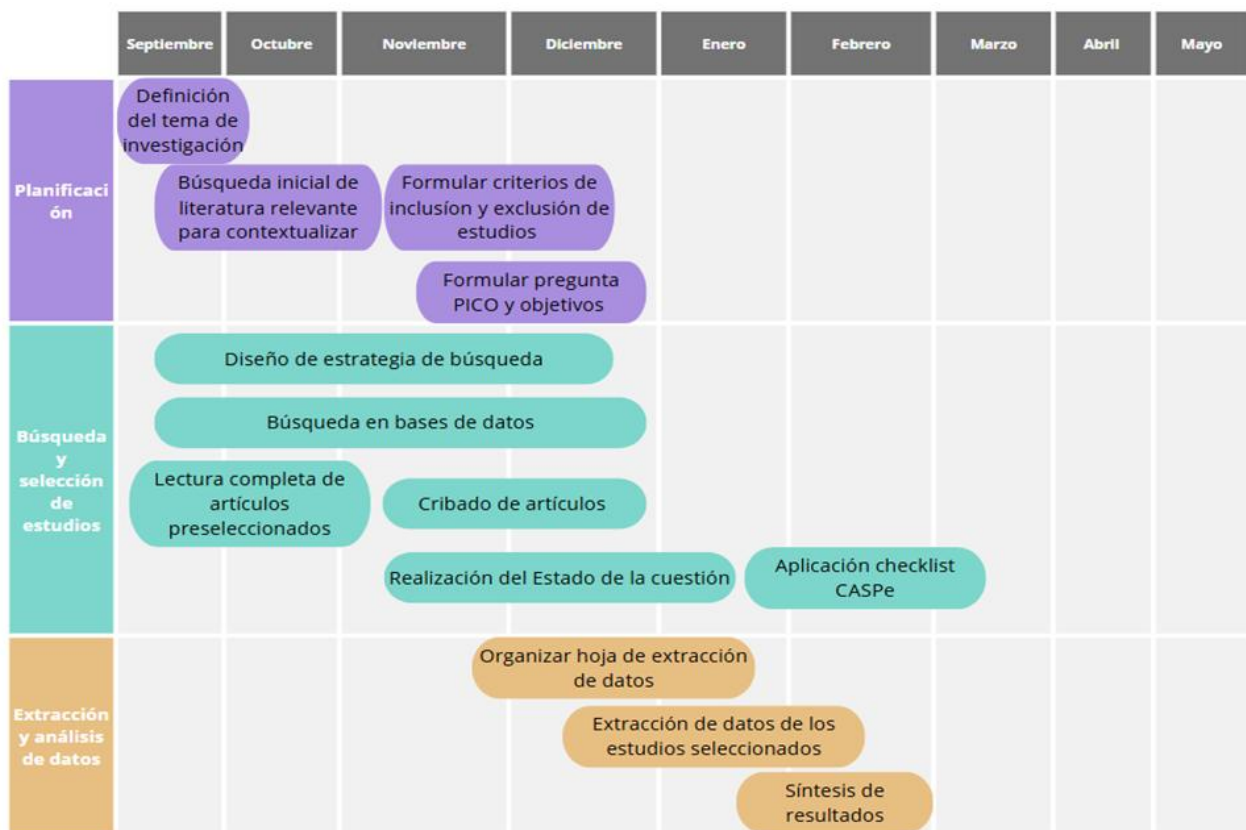
Entre las limitaciones en la validez externa podemos incluir:

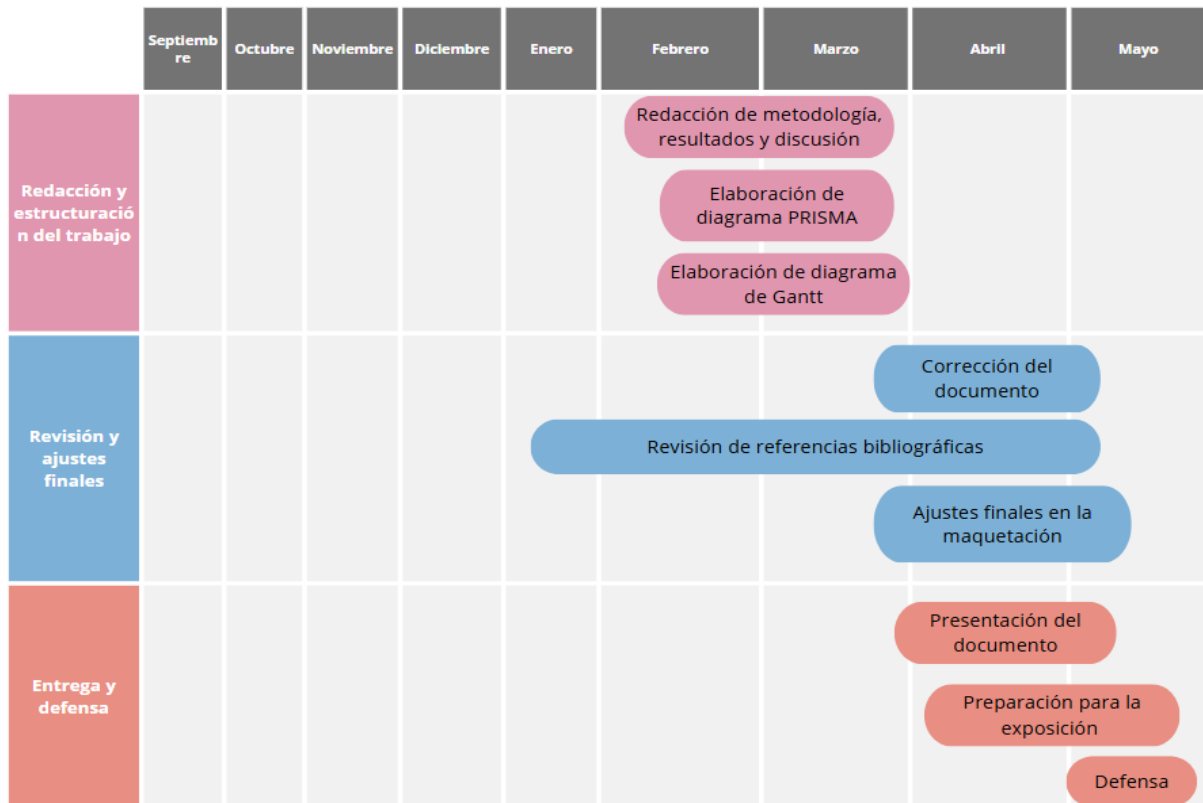
- Falta de representatividad de la población: A pesar de haber incluido como criterios de exclusión el nivel socioeconómico y factor cultural, existían numerosos estudios donde se hablaba de poblaciones con características muy específicas en estos ámbitos.
- Barreras socioculturales y tabúes: La sexualidad en el puerperio sigue siendo un tema que muchas mujeres pueden percibir como tabú, lo que puede influir en la forma en que responden a los cuestionarios o en su disposición para reportar

dificultades sexuales. Este sesgo de información puede afectar la validez de los resultados obtenidos.

- Enfoque en ciertas intervenciones: Aunque la revisión se centra en el manejo de las disfunciones sexuales en el puerperio por parte de enfermería, ha resultado complicado encontrar estudios que incluyan estrategias de intervención enfermera, lo que podría afectar la extrapolación de los resultados a la práctica clínica.

### 3.7. Cronograma





## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Anglès-Acedo, S., et al. (2019). Coital resumption after delivery among OASIS patients: Differences between instrumental and spontaneous delivery. *BMC Women's Health*, 19(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0845-8>
3. Alcántara Montero, A., & Sánchez Carnerero, C. I. (2016). Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen - Medicina de Familia*, 42(4), 256–263. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.008>
4. Aquino, A. C. Q. de, et al. (2023). Nonpharmacological treatment of postpartum sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(12), e20230808. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230808>
5. Cabello, J. B. (2005). Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática. En CASPe, Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica (Cuaderno I, pp. 13-17). CASPe.
6. Chalmers, K. J. (2024). Clinical assessment and management of vaginismus. *Australian Journal of General Practice*, 53(1–2), 37–41. <https://doi.org/10.31128/AJGP/06-23-6870>
7. Choudhari, R. G., et al. (2022). A review of episiotomy and modalities for relief of episiotomy pain. *Cureus*, 14(11), e31620. <https://doi.org/10.7759/cureus.31620>
8. Espuña Pons, M., et al. (2011). Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. *Actas Urológicas Españolas*, 35(6), 354-360. <https://scielo.isciii.es/pdf/aue/v32n2/v32n2a09.pdf>
9. Fanshawe, A.-M., et al. (2023). The impact of mode of birth, and episiotomy, on postpartum sexual function in the medium- and longer-term: An integrative systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5252. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075252>

10. Fernández-Carrasco, F. J., et al. (2023). Influence of pregnancy on sexual desire in pregnant women and their partners: Systematic review. *Public Health Reviews*, 44, 1606308. <https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1606308>
11. Fernández-Fernández, M. J., & de Medina-Moragas, A. J. (2024). Comparative study of postpartum sexual function: Second-degree tears versus episiotomy outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2761–2769. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07494-2>
12. Fuchs, A., et al. (2021). The impact of motherhood on sexuality. *Ginekologia Polska*, 92(1), 1–6. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0162>
13. Graziottin, A., et al. (2024). Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 296, 250. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.037>
14. Gommesen, D., et al. (2019). Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 9(12), e032368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032368>
15. Gustavino, C., et al. (2021). Efficacy and safety of prolonged-release hyaluronic acid derivative vaginal application in the postpartum period: A prospective randomized clinical trial. *Annals of Medicine*, 53(1), 1589–1597. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1974083>
16. Gutzeit, O., et al. (2020). Postpartum female sexual function: Risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sexual Medicine*, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
17. Hajimirzaie, S. S., et al. (2021). Evaluation of couple's sexual function after childbirth with the biopsychosocial model: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(6), 469–478. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_426\\_20](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_426_20)
18. Hjorth, S., et al. (2019). Mode of birth and long-term sexual health: A follow-up study of mothers in the Danish National Birth Cohort. *BMJ Open*, 9(11), e029517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029517>

19. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company.
20. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.
21. Milka, W., et al. (2023). Antenatal perineal massage – Risk of perineal injuries, pain, urinary incontinence and dyspareunia – A systematic review. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 52(8), 102627. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102627>
22. Ministerio de Sanidad de España. (2025). *Manual de Codificación CIE-10*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10>
23. Núñez Remiseiro, L., Da Cuña Carrera, I., & González González, Y. (2020). Factores que influyen en la dispareunia posparto: una revisión sistemática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 47(5), 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.04.003>
24. Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10)*. Ginebra: OMS.
25. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud sexual*. [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
27. Pardell-Domínguez, L., et al. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: A phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>

28. Rezaei, N., et al. (2024). Women's sexual function during the postpartum period: A systematic review on measurement tools. *Medicine (Baltimore)*, 103(30), e38975. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038975>
29. Rosen, N. O., et al. (2022). Trajectories of dyspareunia from pregnancy to 24 months postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 139(3), 391–399. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004662>
30. Sierra, J. C., Granados, M. R., & Sánchez-Fuentes, M. M. (2017). Escalas de Valoración de Excitación Sexual y Valoración de Sensaciones Genitales: propiedades psicométricas en muestras españolas. *Revista Internacional de Andrología*, 15(3), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008>
31. Thangarajah, F., et al. (2024). Care needs and self-induced measures of women with postpartum pelvic floor disorder. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(4), 1467–1473. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07369-6>
32. Universidad de Alcalá. (2025). *Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI)*. Recuperado de <https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

## Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría darle una especial mención a mi tutora Jade Magdaleno, por toda su paciencia y por prestarme toda su ayuda para llevar a cabo este proyecto, porque se ha convertido en un referente.

Para continuar, quiero agradecer a la Escuela de Enfermería San Juan de Dios, por haberme ayudado a desarrollar mi vocación, por haberme enseñado el verdadero significado de “cuidar”.

También, a mis amigas de la universidad, por estar presentes durante estos años y por todo el apoyo y cariño que nos hemos brindado, porque son unas grandes enfermeras y tengo mucha suerte de que sean mis amigas.

Gracias a mi pareja, porque ha sabido formar parte de este proceso, acompañándome en este camino, de la mano, aguantando los buenos y malos momentos. Eres mi pilar fundamental.

A mis padres, porque sin ellos no hubiera podido llegar hasta aquí. No tengo palabras suficientes para agradeceros todo vuestro esfuerzo por hacer posible que este sueño se cumpliera, este logro es también vuestro.

Finalmente, a mis abuelos, por ser también mis padres, porque habéis marcado mi vida con vuestra sabiduría y amor incondicional.

Gracias.

# Anexos

## Anexo 1: Índice de la función sexual femenina (FSFI)

Versión española del cuestionario FSFI



### ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

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

1

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

*The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women.*



- 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)

2

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

*The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women*



- 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

3

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

*The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women.*



- 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

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN!**



## PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Se suman las puntuaciones del mismo dominio y se multiplica por el factor que corresponde a cada dominio. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los 6 dominios. Una puntuación de 0 en alguno de los dominios indica falta de actividad sexual en el último mes.

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO DE PUNTUACIÓN	FACTOR	PUNTUACIÓN MÍNIMA	PUNTUACIÓN MÁXIMA
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14	0-5	0,4	0,8	6
	15-16	1-5			
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
<b>RANGO TOTAL</b>				<b>2</b>	<b>36</b>

### PREGUNTA

### PUNTUACIÓN = RESPUESTA

- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?
  - 5 = Casi siempre o siempre
  - 4 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
  - 3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - 1 = Casi nunca o nunca
- En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
  - 5 = Muy alto
  - 4 = Alto
  - 3 = Moderado
  - 2 = Bajo
  - 1 = Muy bajo o nada
- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?
  - 0 = Sin actividad sexual
  - 5 = Casi siempre o siempre
  - 4 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
  - 3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
  - 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
  - 1 = Casi nunca o nunca
- En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?
  - 0 = Sin actividad sexual
  - 5 = Muy alto
  - 4 = Alto
  - 3 = Moderado
  - 2 = Bajo
  - 1 = Muy bajo o nada

5

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

*The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women.*



5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tuvo para conseguir excitarse durante la actividad sexual o coito vaginal?
- 0 = Sin actividad sexual  
5 = Confianza muy alta  
4 = Confianza alta  
3 = Confianza moderada  
2 = Confianza baja  
1 = 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?
- 0 = Sin actividad sexual  
5 = Casi siempre o siempre  
4 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)  
3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)  
2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
1 = 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?
- 0 = Sin actividad sexual  
5 = Casi siempre o siempre  
4 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)  
3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)  
2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
1 = Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta dificultad encontró para lubricarse (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?
- 0 = Sin actividad sexual  
1 = Extremadamente difícil o imposible  
2 = Muy difícil  
3 = Difícil  
4 = Un poco difícil  
5 = 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?
- 0 = Sin actividad sexual  
5 = Casi siempre o siempre  
4 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)  
3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)  
2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
1 = 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?
- 0 = Sin actividad sexual  
1 = Extremadamente difícil o imposible  
2 = Muy difícil  
3 = Difícil  
4 = Un poco difícil  
5 = Sin dificultad
11. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o coito vaginal, ¿con qué frecuencia consiguió el orgasmo (clímax)?
- 0 = Sin actividad sexual  
5 = Casi siempre o siempre  
4 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)  
3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)  
2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
1 = Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo una estimulación sexual o coito vaginal, ¿cuánta
- 0 = Sin actividad sexual  
1 = Extremadamente difícil o imposible  
2 = Muy difícil  
3 = Difícil

6

<https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>

*The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women.*



- dificultad tuvo para alcanzar el orgasmo (clímax)? 4 = Un poco difícil  
5 = 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?? 0 = Sin actividad sexual  
5 = Muy satisfecha  
4 = Moderadamente satisfecha  
3 = Ni satisfecha ni insatisfecha  
2 = Moderadamente insatisfecha  
1 = Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta satisfacción sintió con el acercamiento emocional con su pareja durante la actividad sexual? 0 = Sin actividad sexual  
5 = Muy satisfecha  
4 = Moderadamente satisfecha  
3 = Ni satisfecha ni insatisfecha  
2 = Moderadamente insatisfecha  
1 = Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta satisfacción sintió con la relación sexual con su pareja? 5 = Muy satisfecha  
4 = Moderadamente satisfecha  
3 = Ni satisfecha ni insatisfecha  
2 = Moderadamente insatisfecha  
1 = Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta satisfacción sintió con su vida sexual en general? 5 = Muy satisfecha  
4 = Moderadamente satisfecha  
3 = Ni satisfecha ni insatisfecha  
2 = Moderadamente insatisfecha  
1 = Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor durante coito vaginal? 0 = Sin coito vaginal  
1 = Casi siempre o siempre  
2 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)  
3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)  
4 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
5 = Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor después del coito vaginal? 0 = Sin coito vaginal  
1 = Casi siempre o siempre  
2 = La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)  
3 = A veces (aproximadamente la mitad de las veces)  
4 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
5 = 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? 0 = Sin coito vaginal  
1 = Muy alto  
2 = Alto  
3 = Moderado  
4 = Bajo  
5 = Muy bajo o nada

## Anexo 2: Escala de Valoración de Excitación Sexual (VES)

Para cada ítem, rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se sintió durante el visionado del vídeo erótico en cada uno de los siguientes aspectos sexuales.

1. Excitación sexual. Haga una estimación de su nivel global de excitación sexual.

Ninguna excitación						Extremadamente excitado/a
1	2	3	4	5	6	7

2. Sensaciones genitales. Haga una estimación de la intensidad de las sensaciones experimentadas en sus genitales.

Ninguna sensación genital						Sensación genital extrema
1	2	3	4	5	6	7

3. Sensación de calor. Haga una estimación de la sensación de calor experimentada en genitales, pechos y cuerpo como resultado del aumento del flujo de sangre en estas zonas.

Ninguna sensación de calor						Sensación de calor extrema
1	2	3	4	5	6	7

4. Sensaciones físicas no genitales. Haga una estimación de las sensaciones físicas como cosquilleo, sensación de estar flotando, que acompañan su experiencia de excitación sexual.

Ninguna sensación física no genital						Sensación física no genital extrema
1	2	3	4	5	6	7

5. Concentración sexual. Haga una estimación del nivel en que se siente absorto/a, ensimismado/a por las sensaciones de la experiencia.

Nada concentrado/a						Extremadamente concentrado/a
1	2	3	4	5	6	7

### **Anexo 3: Escala de Valoración de Sensaciones Genitales (VSG)**

Las sensaciones genitales se refieren a las sensaciones que se experimentan en la zona genital y que acompañan a cualquier estimulación sexual física o psicológica, como consecuencia del incremento del flujo sanguíneo de la zona genital. Los hombres experimentan estas sensaciones al producirse la erección del pene, mientras que las mujeres las sienten con la hinchazón de los labios y de la entrada de la vagina, y con la lubricación.

En la siguiente escala que va desde 1 a 11, marque la opción que mejor refleje el máximo nivel de sensaciones genitales que ha sentido durante el visionado del vídeo erótico.

- \_\_\_\_\_ 1. Ninguna sensación genital.
- \_\_\_\_\_ 2. Aparición de sensaciones genitales: comienzo de hinchazón del pene o vulva o erección de pezones.
- \_\_\_\_\_ 3. Sensaciones genitales leves: aumento del flujo sanguíneo, suficiente para iniciar la erección del pene o para iniciar la lubricación vaginal.
- \_\_\_\_\_ 4. Sensaciones genitales moderadas: aumento del flujo sanguíneo, suficiente para tener una erección completa del pene o lubricar la vagina completamente.
- \_\_\_\_\_ 5. Sensaciones genitales moderadas prolongadas: erección mantenida durante varios minutos o una lubricación vaginal considerable durante varios minutos.
- \_\_\_\_\_ 6. Sensaciones genitales intensas: erección firme o rígida y elevación de los testículos en el escroto; o vagina receptiva e hinchada, o hinchazón de los pechos.
- \_\_\_\_\_ 7. Prolongadas e intensas sensaciones genitales: próximas a los niveles de las sensaciones genitales de orgasmo o niveles elevados de tensión muscular o respiración fuerte o elevada tasa cardíaca, que dura varios minutos y que produciría orgasmo si se continuase.
- \_\_\_\_\_ 8. Orgasmo leve: experiencia orgásmica leve, lenta reducción del flujo sanguíneo, 3-5 contracciones orgásmicas.
- \_\_\_\_\_ 9. Orgasmo moderado: experiencia orgásmica moderada, 5-8 contracciones orgásmicas, con tiempo medio en reducción del flujo sanguíneo.
- \_\_\_\_\_ 10. Orgasmo intenso: experiencia orgásmica intensa, 8-12 contracciones orgásmicas, con reducción rápida del flujo sanguíneo.
- \_\_\_\_\_ 11. Orgasmo múltiple: experiencias orgásmicas repetidas en un único episodio sexual.

## Anexo 4: Cuestionario PISQ-12

CONFIDENCIAL

FECHA |\_\_| |\_\_| |\_\_|

### Cuestionario PISQ-12

#### Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal/Incontinencia de orina (PISQ-12)

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender qué aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga una cruz en la casilla que, desde su punto de vista, responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.

1. **¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc.**  
 Todos los días    1 vez a la semana    1 vez al mes    menos de 1 al mes    Nunca
2. **¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
3. **¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
4. **¿Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
5. **¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
6. **¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
7. **El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
8. **¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
9. **Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
10. **¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
11. **¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?**  
 Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca
12. **En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?**  
 Mucho menos intensos    Menos intensos    Igual de intensos    Más intensos    Mucho más intensos

## Anexo 5: Herramienta de evaluación crítica CASPe

### A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

¿Confiarías en ellos?  
Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- La comparación</li> <li>- Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos.</li> </ul> <p><i>scribe los desenlaces</i></p> <p><i>Puntúa su importancia según GRADE ( No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</i></p>	<p>SÍ                  NO SÉ                  NO</p> <p><b>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</b></p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se genero adecuadamente la secuencia?</li> <li>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</li> <li>- ¿Son iguales en línea basal?</li> </ul>	<p>SÍ                  NO SÉ                  NO</p>
<p><b>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones por problemas en la asignación o en la incorporación al grupo (cegado).</li> <li>-Desviaciones por problemas en la la adhesión al tratamiento (cegado, etc)</li> <li>-(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles).</li> </ul>	<p>SÍ                  NO SÉ                  NO</p>

#### Preguntas de detalle

<b>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</b>  - ¿Difieren según el grupo? - Las pérdidas pueden depender de su valor. - ¿Se hace análisis de sensibilidad?	SÍ	NO SÉ	NO
<b>5 ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?</b>  - Tipo de desenlace medido y método usado - Cegamiento (paciente, clínico, analizador). - Es diferencial la medición o no.	SÍ	NO SÉ	NO
<b>6 ¿ Se evito la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</b> ¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de analisis?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

#### **B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<b>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</b>  - ¿Qué desenlaces se han medido? - Detalla los positivos y los negativos - ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP (por protocolo) ATT (de los tratados)  - Entonces....¿Cuál es el efecto?	
<b>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</b>  ¿Cuáles son sus intervalos de confianza?	



## Anexo 6: Hoja de extracción de datos.

Categoría	Descripción
Autor(es) y año	
País	
Tipo de estudio	
Tamaño muestral	
Características de la población	Edad, características demográficas y criterios de inclusión/exclusión
Descripción de la intervención	Tipo de intervención en el manejo de disfunciones sexuales en el posparto
Detección y valoración	Métodos utilizados para la evaluación inicial de las disfunciones sexuales
Técnicas empleadas	Procedimientos utilizados en la intervención
Eficacia de la intervención	Evaluación de la efectividad en la mejora de la función sexual
Labor de enfermería	Papel del personal de enfermería en la intervención y seguimiento
Resultados principales	
Análisis estadístico	Métodos utilizados en el análisis de datos
Evaluación de sesgos (CASPe)	Análisis de calidad metodológica según el checklist CASPe
Limitaciones del estudio	Restricciones y posibles sesgos reportados por los autores

Tabla 13:.. Elaboración propia

