

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISFUNCIONES SEXUALES
DESPUES DEL PRIMER PARTO

Estudio descriptivo retrospectivo efectuado en 147
pacientes primiparas secundigestas, en la Consulta
Externa, Departamento de Obstetricia del Hospital
Roosevelt de mayo a julio 1,995. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

CLAUDIA ARACELY SAMAYOA QUIRÓNEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1,995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 25 de agosto
DIF-010-95

de 1995

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

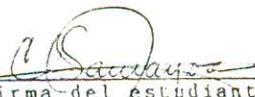
Se informa que el: Maestra de Educación Primaria Urbana, Claudia
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Maracely Samayoa Quiñónez Carnet No. 86-13275
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

DISFUNCIONES SEXUALES DESPUES DEL PRIMER PARTO

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal


Lola Perdomo Domón R.
Médico y Cirujano
Col. 8675


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 10403

Dr. MARCO ANTONIO BARRERA ESCOBAR

05
T(2991)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: CLAUDIA ARACELY SAMAYOA QUIÑÓNEZ

Carnet Universitario No. 86-13275

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

DISFUNCIONES SEXUALES DESPUES DEL PRIMER PARTO

Trabajo asesorado por: DR. LUIS FERNANDO DARDON

y revisado por: DR. MARCO TULIO GARCIA ESCOBAR

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 25 de agosto de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO



HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sírvase
hacer referencia al

No. _____

Guatemala, 28 de Agosto de 1,995.

Dr. Octavio Figueroa Aguilar
Sub-Director de Servicios Médicos
Hospital Roosevelt
Presente.

Señor Sub-Director:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que el Comité de Investigaciones Científicas del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, ha revisado el Informe Final de Tesis presentado por el (la) Doctor (a) Infiere CLAUDIA ARACELY SAMAYOA QUINONEZ, titulado "DISFUNCIONES SEXUALES EN EL PRIMER AÑO DESPUES DEL PRIMER PARTO", habiendo sido APROBADO.

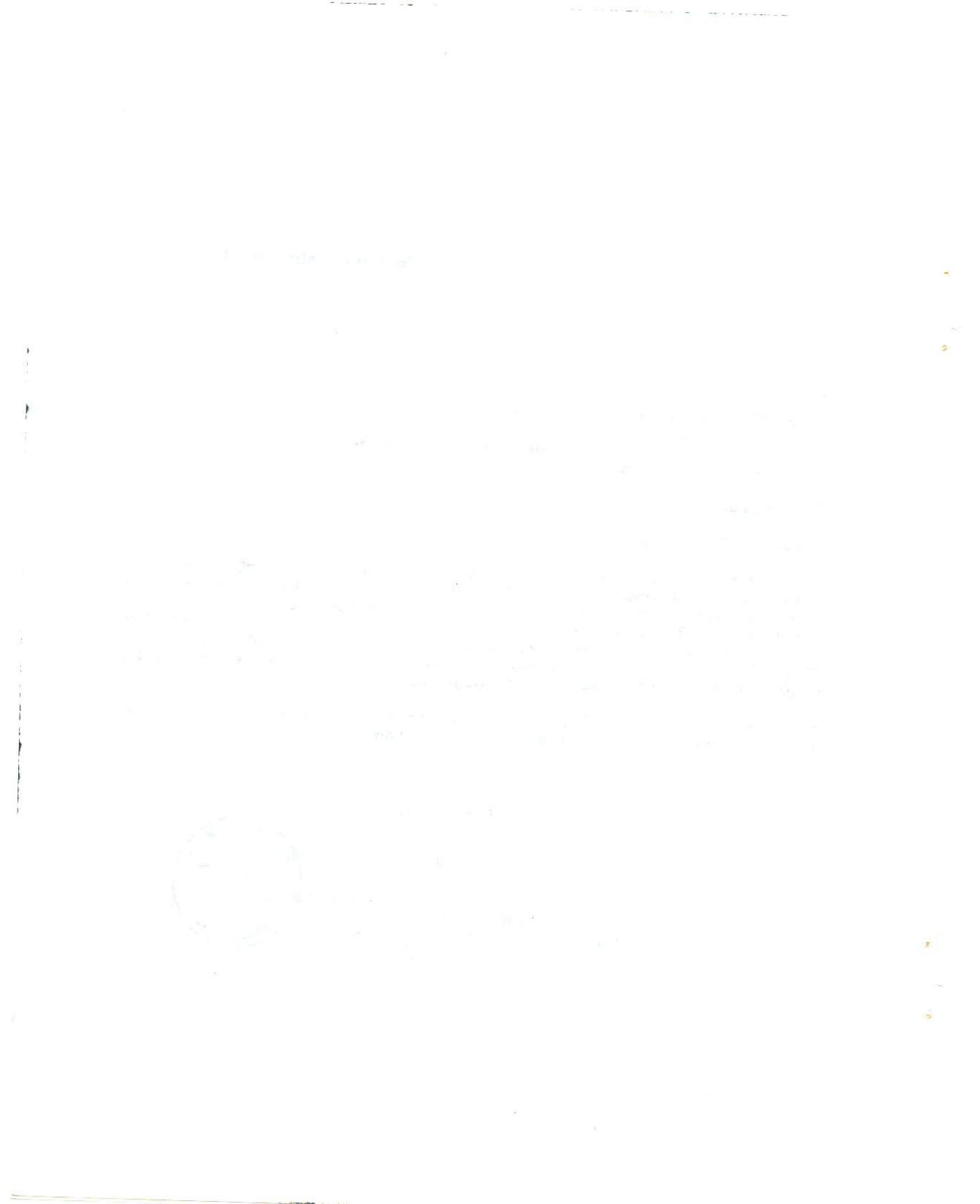
Sin otro particular, me suscribo de Usted.

ATENTAMENTE,



DR. J. BENEDICTO VASQUEZ Y VASQUEZ.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA.
HOSPITAL ROOSEVELT.

JBVV./avdec.
c.c.: Archivo.



ACTO QUE DEDICO:

A DIOS

A MIS PADRES:

Carlos Enrique y Olga Aracely; por su amor
y apoyo incondicional de toda una vida.

A MI ESPOSO:

David; por el amor y la paciencia que me
brinda.

A MIS HIJOS:

José David y Sebastián; razones de mi vida.

A MIS HERMANDOS:

Carlos Enrique, Sofía y Flor de María.

A MIS SOBRINOS:

Thomas, Nils Carlos, Felipe y Gerardo.

A MIS ABUELITAS:

Evangelina Cifuentes (Q.E.P.D.)
Justa Rufina Cabrera.

A MI FAMILIA Y AMIGOS EN GENERAL.

INDICE

	página
I. Introducción	1
II. Definición y Análisis del Problema	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos	4
V. Revisión Bibliográfica	5
VI. Metodología	18
VII. Presentación de Resultados	25
VIII. Análisis de Resultados	33
IX. Conclusiones	35
X. Recomendaciones	36
XI. Referencias Bibliográficas	37
XII. Anexos	39

I. INTRODUCCION

La actividad sexual satisfactoria, es uno de los muchos aspectos que deben acompañar a la relación marital normal (1, 2, 3, 4). Esto puede traer lógicamente el advenimiento de los hijos y esto a su vez, una experiencia completamente nueva para los padres en la que deben iniciar cambios de hábitos cotidianos; sin embargo, estos cambios, y la creciente responsabilidad que conlleva la crianza de los hijos, sumado a los cambios involutivos normales al puerperio pueden traer consigo alteraciones en las relaciones sexuales en la pareja, afectando probablemente otras dimensiones de la relación.

Se pretendió con este trabajo determinar las disfunciones sexuales femeninas más importantes y las que suceden con mayor frecuencia después del primer puerperio, ya sean de origen orgánico o bien, psicológico; de una forma descriptiva, por medio de una entrevista a pacientes secundigestas primiparas que acuden a la Consulta Externa del Hospital Roosevelt.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Algunos estudios han demostrado que la relación de pareja puede verse afectada en la mayoría de éstas, después del parto. El deseo de tener relaciones sexuales, la frecuencia del coito y los sentimientos de cercanía pueden verse afectados durante un año o más (3, 4).

Fischman y cols. (3), observaron que a los cuatro meses después del parto, aproximadamente el 70% de las mujeres se encontraban preocupadas por recuperar su figura física, el 16% experimentaban dispareunia, principalmente en parto vaginal con episiotomía, además que un 34% de las pacientes calificó su primera relación post-parto como insatisfactoria.

Otros estudios demostraron que entre un 40 y 60 % de las pacientes reinician su actividad sexual antes de las seis semanas post-parto (3, 4, 6).

En Guatemala, no se ha realizado hasta el momento un estudio que revele la magnitud ni el efecto que estos problemas tienen sobre el núcleo familiar y las repercusiones físicas y psicológicas que las mismas representan.

III. JUSTIFICACION

Los ajustes relacionados con la paternidad con frecuencia añaden tensión a la intimidad emocional y sexual (3, 4,). Aunque la actividad sexual es una manifestación externa del amor entre dos personas, la alteración de ésta, aunque se presente en parejas compatibles, causa repercusiones negativas en otras dimensiones de la relación (4).

Sin embargo, el médico con frecuencia pone poca o ninguna atención al ajuste sexual de las parejas después del parto (5, 6).

Master y Johnson (11), reportan que las disfunciones sexuales, se pueden ver con mayor frecuencia en parejas con hijos y dentro de la paternidad, la mayoría de problemas se dan en el año subsiguiente al parto y que la causa de la dispareunia es secundario a la episiotomía realizada durante el parto; se conoció además, que el 16% de las pacientes que se les practicó episiotomía presentaron dispareunia aún después de un año post-parto, situación que no sucedió con las pacientes que resolvieron su embarazo por cesárea.

Por la razón mencionada en el último párrafo, varias parejas desarrollan patrones de evasión sexual en respuesta a la disminución del deseo sexual y ansiedad por temor al dolor lo que viene a ocasionar sentimientos de ira y rechazo por parte del compañero (2, 4, 6).

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Identificar las disfunciones sexuales más comunes en la mujer durante su primer año post-parto.

ESPECIFICOS

Determinar qué porcentaje de pacientes presentan alguna disfunción sexual durante su primer año post-parto.

Determinar el porcentaje de pacientes que presentan dispareunia y la causa más frecuente de la misma, durante el primer puerperio.

Identificar los cambios sufridos en la paciente después del primer parto, respecto a si la intensidad del deseo sexual, la frecuencia de relaciones sexuales y la comunicación con su pareja en estos aspectos, se vio aumentada o disminuida.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. GENERALIDADES

En muchas sociedades el matrimonio considerado estable, es el que posee mucha emocionalidad y gratificación global, además de considerarse como una institución ligada a la calidad de vida y estabilidad de la estructura social que da beneficio a todos (1, 2, 4).

Los arreglos conyugales dentro del matrimonio o en la relación comarital han sido explorados en la actualidad, tomados como un modo de vivencia que a pesar de estar fundamentados en la cooperación y en la compañía, pueden fallar y hacer que estas uniones se disuelvan (3, 4). Se definieron en este trabajo cuales son los factores que condicionan un desajuste psicológico en lo que respecta al campo de la sexualidad en la unión entre dos individuos, en especial los derivados de las relaciones sexuales después del puerperio. Los problemas se pueden originar desde el final del puerperio, período en el cual se reinicia en general, la actividad sexual en la pareja (1, 2, 3, 5, 6, 10, 11).

B. PUERPERIO.

Se le denomina puerperio a las transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente a todas las modificaciones gravidicas, operado por un proceso de involución para restituirlos a su estado primitivo, a excepción de las mamas que aumentan de tamaño (5, 7, 16, 18).

El límite del puerperio se fija en 60 días, dividiéndose en 4 etapas:

- 1-Inmediato: Abarca las primeras 24 horas post parto.
- 2- Mediato o Propiamente Dicho: Abarca los siguientes 10 días.
- 3- Alejado: Se extiende hasta los 45 días post parto.
- 4- Tardío: Después de los 45 días hasta los 60 días post parto.

B1. PUERPERIO INMEDIATO:

Después del parto y el alumbramiento, la mujer experimenta una sensación de alivio y bienestar (4, 5).

Los signos vitales suelen ser normales, se experimenta un deseo por descansar o dormir, sin embargo pueden ocurrir molestias a nivel vulvar (7), además de presentarse dolores causado por las contracciones uterinas, y a nivel del hipogastrio conocidos como entuertos (7, 14, 16, 17), principalmente en las multiparas; pero el fenómeno más molesto son los calofríos causados por la brusca depleción del vientre (5, 7, 14, 17).

B2. PUERPERIO MEDIATO O PROPIAMENTE DICHO:

Es el periodo de máxima involución de los órganos genitales, clínicamente coincide con el mayor derrame de loquios y de secreción láctea (7, 12, 15, 17). La involución uterina es rápida pues a la semana del parto el peso uterino ha disminuido aproximadamente a la mitad, la altura uterina valorada por la palpación regresa más o menos a razón de 2 centímetros por día (7, 12, 16), además el cuello uterino es el primero que se reconstituye alcanzando una longitud normal al tercer día post parto (16, 17). La vulva se rehace desde el segundo día post parto, la vagina recupera su tonicidad, su capacidad disminuye y los músculos elevadores recuperan su resistencia (5, 7, 14, 16, 17). El flujo loquial continua con una coloración sero-sanguinolenta, a diferencia del inicial que es de color rojizo netamente sanguinolento (5, 7, 14, 16, 17) >

B3. PUERPERIO ALEJADO:

Es el período que comprende entre el décimo primer y tetragésimo quinto día post parto, caracterizándose por ser el período en el cual los cambios post gravídicos finalizan: en términos generales se alcanza el estado normal. El útero desaparece a la palpación y se hace intrapélvico (7, 11, 16, 17). Al décimo segundo día se cierra el orificio interno del cuello uterino, el externo se cierra posteriormente (7, 17). Los loquios se transforman en serosos. Si no hay lactancia sobreviene la primera menstruación al día 21; a los 25 días termina la cicatrización del endometrio; la vagina además, sufre un período transitorio de atrofia que se autolimitará al regresar los valores normales de las hormonas sexuales (6, 7, 13).

B4. PUERPERIO TARDIO:

Se considera después de los 45 días post parto; pero solamente en la mujer que esta lactando, puede caracterizarse por el bloqueo de los órganos genitales debido a la misma lactancia. La vagina esta bien evolucionada y el endometrio se encuentra atrófico (6, 7, 10, 14, 16, 17).

Es en este momento, cuando la mayoría de mujeres reinician las actividades sexuales, además de ser aquí cuando existe el mayor riesgo de disfunciones sexuales. Estas se pueden presentar debido al reacoplamiento de los órganos intrapélvicos, la cicatrización aún no está finalizada en el caso de cesáreas o episiotomías (5, 7, 10, 14, 16, 17).

C. FISILOGIA DE LA CONDUCTA SEXUAL:

C1. GENERALIDADES:

El funcionamiento sexual mutuo entre un hombre o una mujer es uno de los muchos aspectos que deben de acompañar a una relación marital normal, siendo éste el más importante factor para mantener una relación estable, que es uno de los pilares constituyentes de una relación familiar y social firme (1, 5, 8, 11, 14, 17).

El comportamiento sexual es sólo una de las muchas influencias en las relaciones matrimoniales. Una buena vida sexual podría deteriorarse después del matrimonio (1, 2, 20), la funcionalidad sexual en una relación, puede ser buena después del matrimonio, pero puede deteriorarse cuando los problemas de la convivencia con otros individuos trae consigo stress, desiluciones, pérdida de valores, desajustes emocionales de la propia persona, e incluso desajustes sociales importantes (1, 2 18, 19); en este trabajo se pretende evidenciar los problemas en el funcionamiento sexual de la mujer durante un año después de la primera maternidad.

C2. RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

El apareamiento es un fenómeno básico, pero complejo, en el que intervienen muchas partes del sistema nervioso (5,7).

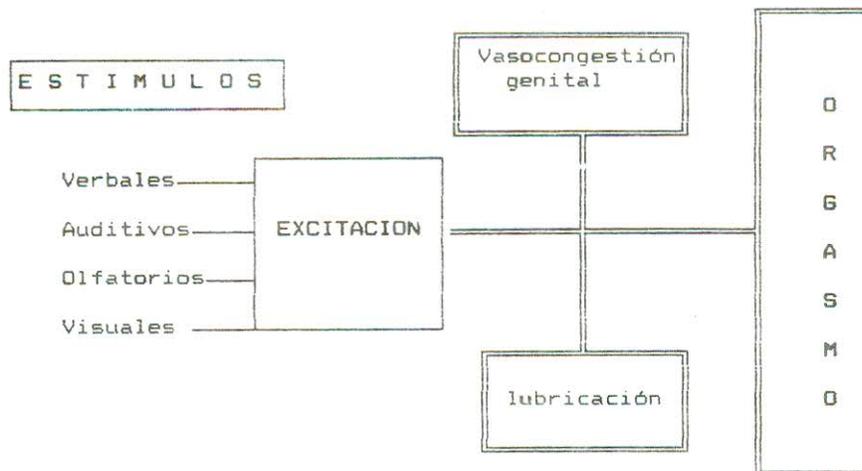
La cópula está compuesta por una serie de reflejos que se integran en los centros espinales y del tallo cerebral bajo, pero los componentes de la conducta que lo acompañan, la sucesión de eventos coordinados entre hombre-mujer, están regulados en alto grado en el sistema límbico (5, 8, 12), además que el hipotálamo representa un factor importante en la integración de todos los factores para la producción de placer como tal (5, 13, 18).

El aprendizaje es parte del desarrollo de la conducta de apareamiento, particularmente en los humanos; pero en los mamíferos no primates, el cortejo y el éxito en el apareamiento puede ocurrir sin experiencias sexuales previas, las respuestas básicas son por lo tanto innatas (5, 12, 16, 19). Sin embargo, en el hombre las respuestas sexuales se han vuelto grandemente encefalizadas y condicionadas por factores sociales y psíquicos (5, 12).

La respuesta normal de tipo sexual, se inicia con el propio deseo sexual que causa vasocongestión genital, la cual a su vez produce lubricación de la vagina como preparación para la penetración. La lubricación se debe esencialmente a la secreción de moco de las glándulas de Bartholin en la vagina, que adicionado a la congestión genital, producen la fase pre-orgásmica llamada también: plataforma orgásmica y seguidamente, si todos los factores se interaccionan, se llega a la fase del orgasmo, etapa en la cual ocurren una serie de contracciones involuntarias de los músculos

esqueléticos de la pelvis, gobernado por el sistema nervioso vegetativo o autónomo (5, 7).

Mucho influyen todos los factores de tipo visual, táctil, auditivos y olfatorios para una buena vasocongestión genital y lubricación para el orgasmo final (5).



El cuadro número 1 resume las etapas y acontecimientos más importantes que se llevan a cabo durante el acto sexual en la mujer.

Cuadro No. 1

FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

FASES SEXUALES	CARACTERISTICAS CLINICAS
Fase de Excitación	Lubricación vaginal Aumento y Erección del clítoris Aumento del tamaño de mamas Erección de pezones Expansión de la cavidad vaginal Aumento del tono muscular
Fase de Plataforma (pre-orgásmica)	Cambios en tonos musculares, frecuencia cardíaca y respiratoria Edema de la vulva y labios menores con disminución del diámetro de la vagina.
Fase orgásmica	Contracciones involuntarias de los músculos pélvicos, placenteras y rítmicas. Inicio de la relajación del tono muscular y readecuación genital post-orgásmica.
Fase de relajación	Pérdida de la tensión muscular. Disminución del tamaño de mamas. Deserección del clítoris. Relajación general, cambios a la normalidad de la presión arterial pulso y respiración.

La estimulación directa o indirecta del clítoris, es uno de los factores más importantes en la producción del orgasmo (5), aunque se menciona que en situaciones en el que la manipulación genital no incluya el contacto con el clítoris se pueden producir orgasmos de igual intensidad, estos son los llamados orgasmos vaginales (11), donde la fisiología y todo el contexto emocional es el mismo aún sin la manipulación del clítoris.

Muchos de los factores psíquicos, fisiológicos, anatómicos y del comportamiento se pueden deteriorar luego del embarazo, lo que puede en gran medida interferir con una vida sexual pacentera (5, 7, 11, 16, 17).

D. DISFUNCION SEXUAL

d1. Generalidades.

Desde la formación y el inicio del matrimonio o de una relación de unión entre un hombre y una mujer suelen identificarse problemas de tipo emocional y sexual, debido principalmente a cambios o rechazo de una nueva vida, rechazo a cualquiera de los componentes de la pareja, o bien, problemas de la personalidad en cualquiera de la pareja.

d2. Tipos de Disfunciones Sexuales.

d2.1 Transtornos del Deseo Sexual.

d2.1.a. Deseo Sexual Inhibido (o hipoactivo).

A. Ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad en forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o de ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan el funcionamiento sexual (21).

B. El trastorno no aparece sólo en el curso de otro trastorno del eje I (que no sea una disfunción sexual) como la depresión mayor.

d2.1.b Trastorno por Aversión al Sexo

A. Aversión extrema, persistente o recurrente, hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales.

B. El trastorno no aparece sólo en el transcurso de otro trastorno del eje I (que no sea una disfunción sexual) como un trastorno obsesivo-compulsivo o una depresión mayor.

d2.2. Trastornos de la Excitación Sexual.

d2.2.a. Trastornos de la Excitación Sexual en la Mujer

A.1. Fracaso completo o parcial, persistente o recurrente, en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación del acto sexual.

A.2. Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación sexual y de placer en la mujer durante la actividad sexual.

B. El trastorno no aparece sólo en el transcurso de otro trastorno, como una depresión mayor.

d2.2.b. Trastornos en la Erección en el Hombre.

A.1. Fracaso parcial o completo, persistente o recurrente del hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final del acto sexual.

A.2. Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación y de placer durante la actividad sexual en el hombre.

B. No aparece sino en el curso de otro trastorno del eje I, como una depresión mayor (18, 21)

d2.3 Transtornos del Orgasmo

d2.3.a. Disfunción orgásmica femenina.

A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad sexual adecuada. Algunas mujeres llegan al orgasmo durante la estimulación clitorídea, no coital, pero son incapaces de alcanzar el orgasmo durante el coito, si falta la manipulación clitorídea. En la mayoría de las mujeres, esta respuesta sexual constituye una variante normal y no justifica el diagnóstico. No obstante, en otras mujeres, este tipo de respuesta se debe a inhibiciones psicológicas (12, 13, 21)

B. El trastorno no aparece sino en el curso de otro trastorno del eje I (que no sea una disfunción sexual).

Para hacer un diagnóstico más preciso puede clasificarse el problema de la siguiente forma:

-Anorgasmia primaria: en la cual la paciente nunca ha tenido un orgasmo durante el coito o una actividad autoerótica (20, 22).

-Anorgasmia secundaria: (situacional) en la cual la paciente ha logrado el orgasmo, pero no puede seguirlo haciendo o sólo lo experimenta en situaciones específicas.

d2.3.c. Eyaculación Precoz.

Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

D2.4. Transtornos Sexuales por Dolor

d2.4.a. Dispareunia

Dolor genital persistente o recurrente en un hombre o una mujer, antes o después de la relación sexual. La alteración no está provocada únicamente por falta de lubricación o por un vaginismo (12, 13, 18, 21)

d2.4.b. Vaginismo

Aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la

vagina, que interfiere el coito. La alteración no está provocada únicamente por un trastorno físico, ni es debida a otro trastorno del eje I.

D2.5. Disfunción sexual no especificada

Incluye disfunciones sexuales que no reúnen los criterios de ninguna disfunción sexual específica, por ejemplo: ausencia de sensaciones eróticas, e incluso anestesia completa a pesar de que los componentes fisiológicos del orgasmo son normales; análogo femenino de la eyaculación precoz; dolor genital durante la masturbación.

D2.6. Otros Trastornos Sexuales

Trastornos Sexuales no Especificados.

Incluye trastornos no clasificables en ninguna de las categorías antecedentes. En algunos casos, esta categoría puede usarse en unión de otro diagnóstico específico.

Ejemplos:

1. Sentimientos de inadecuación respecto al cuerpo, al tamaño y forma de los órganos sexuales, el rendimiento sexual y otras características relacionadas con los estándares personales de masculinidad o feminidad;
2. malestar provocado por conquistas sexuales repetidas u otras formas de adicción sexual no parafilica, que implica el contacto con personas que son usadas como cosas;
3. malestar notable y persistente acerca de la propia orientación sexual (11, 12, 17, 18, 21).

d3. FISIOPATOLOGIA DE LA DISFUNCION SEXUAL

La disfunción sexual puede deberse a interreferencias que se presentan desde el inicio de la relación sexual; aunque es común encontrar fallos en la secuencia de la relación, siendo la más común la anorgasmia (1, 2, 5, 7, 11, 20).

Las enfermedades que deterioran la función neurológica, como la diabetes mellitus o la esclerosis múltiple, pueden evitar la fase de excitación normal; en vista que los efectos táctiles pueden estar disminuidos debido a neuropatías asociadas que contribuyen a una disminución de los impulsos nerviosos desde la piel hasta los centros del placer del sistema límbico o en el hipotálamo (12). Los padecimientos locales de la pelvis como la vaginitis, endometriosis, salpingitis, ooforitis, enfermedades inflamatorias pélvicas e incluso, enfermedades venéreas (12, 14, 16, 19) pueden impedir una respuesta sexual normal, ya que en estos casos, la dispareunia es el síntoma común para todas las pacientes.

Las enfermedades debilitantes como el cáncer de etiología diversa, leucemias, linfomas, trastornos cardiovasculares como la angina de pecho estable o inestable, cardiomiopatías, la hipertensión arterial y el estado post-infarto, en gran medida dificultan una sexualidad plena y satisfactoria (5, 12, 14, 16, 17, 20).

Con mayor frecuencia, la alteración en la respuesta normal sexual se debe a problemas psicológicos que deterioran la excitación normal en la mujer (1, 12, 17).

Otros aspectos importantes en la disfunción sexual son las mujeres histerectomizadas o con mastectomías, pues pueden sentirse " incompletas " (1, 2, 5, 8).

La incapacidad para alcanzar el orgasmo es una forma específica de disfunción sexual; muchas mujeres disfrutan de las relaciones sexuales en diferente grado sin experimentar un orgasmo de manera particular con el compañero que aman, debido al placer derivado de la intimidad de una relación cariñosa (1, 7, 8, 11, 14, 18); sin embargo para la mayoría de las mujeres, las relaciones sexuales con orgasmos esporádicos o ausentes son frustrantes e insatisfactorias (1, 2, 4, 7, 8, 11, 13, 18), debiéndose investigar en cual de las fases de la relación se encuentra el desorden.

Las alteraciones en el sueño que conducen a la fatiga, son principalmente la causa del decremento en el deseo sexual (1, 2).

El decremento en la lubricación vaginal relacionado a una disminución de los estrógenos endógenos por la lactancia también son causa de dolor durante el coito (1, 2, 5, 7, 11,

12, 16); la pareja debe ser informada sobre los hechos relacionados al reinicio de las actividades sexuales, señalándoles que se ven disminuidas en vista de la incomodidad por parte de la misma hasta más o menos un año después del puerperio (2, 7, 11, 14).

La exploración inicial post-parto debe programarse de 2 a 4 semanas después , en vista de que se ha demostrado que aproximadamente del 40 al 60 % de las parejas reinician sus actividades sexuales antes de las seis semanas post-parto (1, 2, 3, 5, 7, 10).

SISTEMA MULTIAIXIAL DE CLASIFICACION DE SALUD MENTAL DSM -III- R (21, 22)

- Eje I : Síndromes clínicos y código V.
- Eje II : Transtornos del desarrollo y de la personalidad.
- Eje III: Transtornos y estados somáticos.
- Eje IV : Intensidad del estrés psicosocial.
- Eje V : Evaluación global del sujeto.

E. TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS PAREJAS EN ESTADIO POST PARTO.

E1. Generalidades.

El médico es el responsable de buscar una salida conciente, lógica y fácil de cumplir en lo que respecta a las disfunciones sexuales en las parejas principalmente en el primer año después del parto, cuando se le presente el caso en la consulta diaria, así como de propiciar el entendimiento, la comunicación y la búsqueda de soluciones por parte de la pareja, siendo el médico un instrumento de entendimiento entre la misma (1, 2, 5, 7, 9, 10, 20).

El paso más importante y definitivo, será el encontrar la causa del problema base; ya sea físico o emocional y de aquí, partir para un tratamiento eficaz.

Los problemas físicos antes discutidos, tienen base en

los cambios hormonales o de anatomía genital femenina; el hecho de discutir la experiencia sexual genital inicial luego del parto y de las posibles dificultades que se le asocien deberán ser el tema central en la visita al ginecólogo. Debe instruirse a la pareja el proceder con cautela en la primera relación post-parto; en el caso de no lubricación vaginal, el uso de un gel hidrosoluble en la vagina o en el pene, alivian el dolor y/o la resequedad (7, 8, 11, 14, 16, 17). La dispareunia por el trauma del parto puede aliviarse con la exploración previa digital lenta a la vagina, antes de la penetración del pene, ésto ayuda a relajar el músculo pubococcígeo, aumenta la estimulación sexual y evita la ansiedad producida por el miedo al dolor (11, 14, 15). Debe instruirse a la pareja respecto al uso de anticonceptivos, en especial para las mujeres que creen que el embarazo no puede ocurrir durante la lactancia (14, 16, 19, 20).

Las parejas deben ser instruidas para cambiar el enfoque del coito, hacia la comunicación mediante el contacto físico; el besarse, acariciarse y masajearse ayudará a las parejas a dar y recibir placer de forma relajada y no exigente (2, 3, 4, 5). Estos ejercicios aumentan la comunicación y el cariño. Conforme se restablece una sólida sensación de intimidad y cercanía en la relación, las caricias genitales y el coito pueden alentarse a incluir la masturbación. Esta no debe invalidar las experiencias sexuales que comparte una pareja, ya que el amor es lo que gobernará su desenvolverse emocional (2, 7, 12, 18).

La comunicación es la base del éxito (1, 8), el médico puede alentar a las parejas a no tomar demasiado en serio el reajuste sexual (2).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio retrospectivo - descriptivo, en el cual se evaluaron los resultados obtenidos en la entrevista realizada a 147 pacientes secundigestas primíparas que acudieron a Control Prenatal del Hospital Roosevelt, durante los meses de mayo a julio de 1,995.

B. SUJETO DE ESTUDIO

Paciente secundigesta primípara en control prenatal en el Hospital Roosevelt.

NOTA: Se eligieron para el estudio pacientes secundigestas primíparas por las siguientes razones:

- a) Son pacientes que ya experimentaron un parto con episiotomía.
- b) Es la experiencia única con respecto a las relaciones sexuales después del puerperio durante un año, es decir, que las pacientes multiparas pudiesen haber tenido experiencias diferentes en cada uno de este período.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se tomó en base a la fórmula estadística:

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

en donde,

N: Número de pacientes secundigestas que acuden a la consulta externa de Maternidad durante un año.

z: La confianza: 95% que corresponde a la tabla a 1.96.
 p y q: Valores basados en estudios anteriores sobre disfunciones sexuales en el año después al puerperio. En este caso 16% (3).

d: Error de estimación que corresponde a un 5 % o sea, más o menos 0.05.

asi sea que:

$$n: \frac{(500) (1.96^2) (0.16) (0.84)}{(0.05)^2 (500 - 1) + (1.96)^2 (0.16) (0.84)}$$

$$n: \frac{(500) (3.84) (0.16) (0.84)}{(0.0025) (499) + (3.84) (0.16) (0.84)}$$

$$n: \frac{258.05}{1.24 + 0.51}$$

$$n: 147$$

es decir, que el tamaño de la muestra es de 147 pacientes.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron en el estudio a :

- Pacientes secundigestas primiparas que acudieron a la Consulta Externa de la Maternidad del Hospital Roosevelt, en los meses de mayo a julio de 1,995.
- Que tuvieron vida sexual activa, después del primer parto.
- Pacientes con compañero sexual único con más de dos años de convivencia.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron del estudio a pacientes:

- Pacientes con resolución de parto anterior por cesárea.
- Con enfermedades mentales clasificadas en el eje I (21).
- Pacientes con antecedente de haber sufrido complicaciones ginecobstétricas (endometriosis, infección de episiotomía) durante el primer puerperio.
- Presencia de enfermedades vaginales infecciosas durante el año subsiguiente al primer puerperio.

F. ANTECEDENTES

Se efectuó una revisión de tesis de los últimos cinco años, sin encontrar trabajo alguno donde se haga mención de disfunciones sexuales femeninas durante el primer año después del parto.

G. VARIABLES A ESTUDIAR

- Primipara secundigesta: Paciente que ya experimentó un parto vaginal y está embarazada por segunda vez.
- Vida sexual activa: Actividad sexual entre la pareja que se lleva a cabo por lo menos dos veces a la semana.
- Relación permanente con la pareja: Convivencia entre dos personas por más de tres años.
- Período post-parto: Se refiere a los cambios progresivos anatómicos y funcionales que hacen regresar a todas las modificaciones gravídicas a una paciente inmediatamente después del parto.

Disfunciones Sexuales:

- **Deseo sexual hipoactivo:** Fantasías sexuales y deseo de actividad sexual, persistente o recurrentemente deficientes o ausentes.
- **Transtorno de aversión sexual:** Aversión extrema persistente o recurrente al contacto sexual genital y evitación de éste en forma total o casi total, con un compañero sexual.
- **Transtorno del despertar sexual:** Fracaso parcial o completo, persistente o recurrente, en una mujer, de alcanzar o mantener la respuesta de aumento de la lubricación de la actividad sexual, hasta la terminación de la misma.
- **Inhibición del orgasmo femenino:** Retraso persistente o recurrente en el orgasmo o ausencia del mismo, en una mujer, después de una fase de excitación sexual normal.
- **Dispareunia funcional:** Dolor genital recurrente o persistente antes, durante o después del coito.
- **Vaginismo funcional:** Espasmo involuntario recurrente y persistente de la musculatura del tercio inferior de la vagina que interfiere en el coito.

H. MATERIALES Y METODOS

H.1 RECURSOS MATERIALES

1. Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.
2. Bibliotecas de :
 - a) Universidad de San Carlos.
 - b) Hospital Roosevelt.
 - c) APROFAM
3. Libro de Registro de pacientes de la Consulta Externa de Maternidad del Hospital Roosevelt.
4. Fapeleta clínica de cada paciente en estudio.
5. Monto aproximado de Q.700.00. de gastos generales.

H 2. RECURSOS HUMANOS

1. Investigador.
2. 147 pacientes del estudio.
3. Personal de Enfermería de la Consulta Externa de Maternidad.

I. PROCEDIMIENTO

- Previa información y autorización de la paciente se procedió a pasar una entrevista dirigida individual, en privado, a cada una de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión
- Se eligió la muestra al azar de acuerdo con el método estadístico denominado SELECCION SISTEMATICA, en donde;

$$x: \frac{N}{n}$$

en donde x representa la frecuencia con la que fueron seleccionadas las pacientes que llegaron a la Consulta Externa en forma correlativa, o sea:

$$x: \frac{500}{147}$$

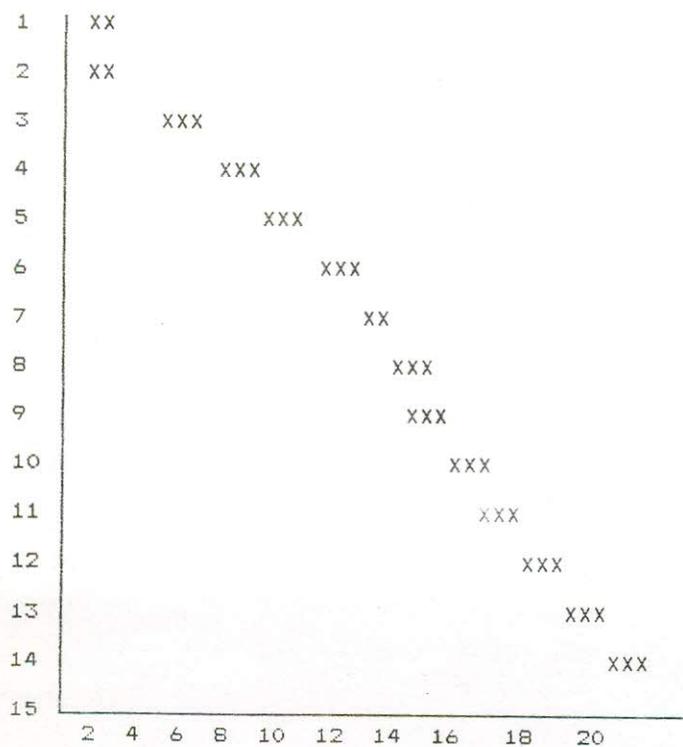
$$x: 3.4$$

- Se eligió entonces, a cada tercera paciente que llegó a la Consulta Externa y que cumpliera con los criterios de inclusión.
- Se procedió a la tabulación de los datos obtenidos con base en las respuestas dadas por las pacientes en la entrevista dirigida.

J. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Para llevar un mejor control de actividades a realizar en este estudio, se hizo la siguiente gráfica:

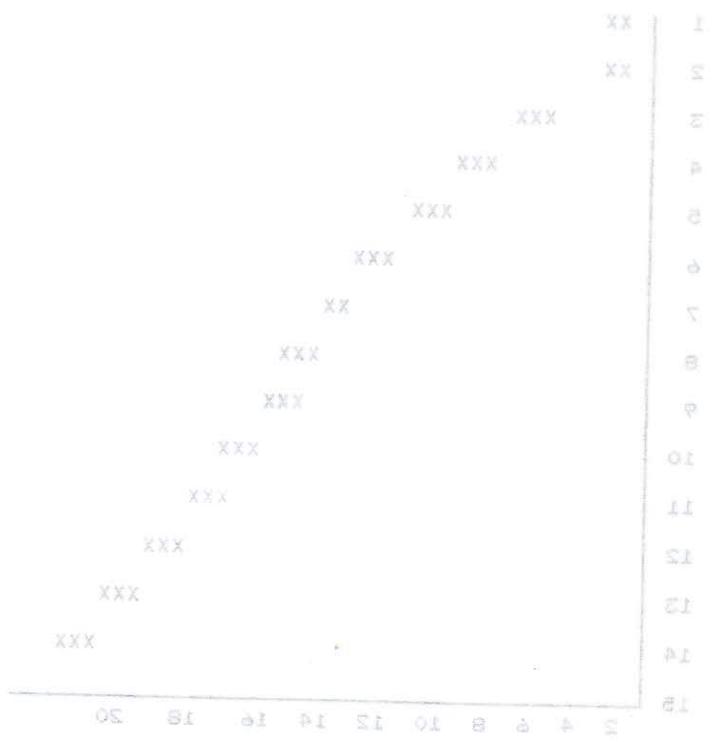
GRAFICA DE GANTT



2. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Para llevar un mejor control de actividades a realizar en este estudio, se hizo la siguiente gráfica:

GRAFICA DE BANTT



K. ACTIVIDADES

1. Selección del tema de investigación.
2. Elección del asesor y el revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y el revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Departamento de Obstetricia.
6. Aprobación del Proyecto por el Comité de Investigación del Hospital Roosevelt.
7. Aprobación del Proyecto por la Coordinación de Tesis.
8. Diseño de instrumentos a realizar.
9. Ejecución del trabajo de campo.
10. Procesamiento de datos y elaboración de gráficas.
11. Análisis y discusión de resultados.
12. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
13. Presentación del informe final para correcciones.
14. Aprobación del informe final.
15. Impresión del informe final y trámites administrativos.
16. Examen Público.

K. ACTIVIDADES

1. Selección del tema de investigación.
2. Elección del asesor y el revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y el revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Departamento de Obstetricia.
6. Aprobación del Proyecto por el Comité de Investigación del Hospital Roosevelt.
7. Aprobación del Proyecto por la Coordinación de Tesis.
8. Diseño de instrumentos a realizar.
9. Ejecución del trabajo de campo.
10. Procesamiento de datos y elaboración de gráficas.
11. Análisis y discusión de resultados.
12. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
13. Presentación del informe final para correcciones.
14. Aprobación del informe final.
15. Impresión del informe final y trámites administrativos.
16. Examen Público.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

DISFUNCIONES SEXUALES EN 147 PACIENTES PRIMIPARAS SECUNDIGESTAS, QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.

DISPAREUNIA	DISMINUCION DE PLACER		DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL			ANDORGASIA	VAGINITIS	TRASTORNO DE AVERSION SEXUAL	TRASTORNO DEL DESPERTAR SEXUAL (lubricación)		
	MAYOR	IGUAL	MEJOR	MAYOR	IGUAL				MEJOR	SI	NO
SI	NO										
65 (44.22%)	82 (55.78%)	30 (20%)	82 (55%)	35 (24%)	23 (15%)	82 (56%)	42 (29%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	51 (34.6%)	96 (65.3%)

CUADRO 2

INCIDENCIA DE DISPARREUNIA DURANTE EL PUERPERIO DEL PRIMER PARTO Y SUS ETIOLOGIAS POR GRUPO ETAREO, EN EL ESTUDIO REALIZADO EN 147 PACIENTES SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PRENATAL DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.

EDAD	SITIO DE LOCALIZACION DE DISPARREUNIA																	
	A			B			C			D			***			DISPARREUNIA		
	Fr.	%	%gl	Fr.	%	%gl	Fr.	%	%gl	Fr.	%	%gl	Fr.	%	%gl	Fr.	%	%gl
15-20	3	9,4	2	3	13,6	2	2	20	1,4	0	0	0	8	12,3	5,45	15	18,3	10,2
21-25	13	4,1	8,8	6	27,3	4,1	3	30	2,1	0	0	22	33,8	14,97	23	28,1	15,6	
26-30	13	4,1	8,9	8	36,3	5,4	2	20	1,4	1	100	0,7	24	37,0	16,32	31	37,8	21,1
31-35	3	9,4	2	5	22,7	3,4	1	10	0,7	0	0	0	9	13,8	6,12	10	12,2	6,8
36-40	0	0	0	0	0	0	2	20	2,0	0	0	0	2	3,1	1,4	3	3,66	2,0
TOTAL	32			22			10			1			65	100	44,22	82	100	58,78

Fr. = Frecuencia

% = Porcentaje dentro del grupo etareo

%gl = Porcentaje global (n= 147)

***= También representa los totales de los rubros A, B, C, D.

Ar Dolor en la episiotomia

B= Dolor en la vagina

CUADRO 3

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA No 3 ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS SECUNDIGESTAS, QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO 1995.

" A QUE TIEMPO REINICIO ACTIVIDAD SEXUAL CON SU PAREJA "

EDAD	ANTES 4 SEM.	ENTRE 4 Y 6 SEM	DESPUES 6 SEM
15-20 A	1 (0.68%)	4 (2.72%)	18 (12.2%)
21-25 A	0 (0.00%)	15 (10.2%)	30 (20.4%)
26-30 A	2 (1.36%)	25 (17.0%)	28 (19.1%)
31-35 A	1 (0.68%)	5 (3.40%)	13 (8.84%)
36-40 A	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5 (3.40%)
TOTAL	4 (2.72%)	49 (33.33%)	94 (63.95%)

N= 147

CUADRO 4

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 4 DE LA ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS SECUNDIGESTAS, QUE ACUDIERON AL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO 1995.
"QUIEN TOMO LA INCIATIVA PARA REINICIAR RELACIONES SEXUALES"

EDAD	USTED	SU PAREJA	AMBOS
15-20 A	0 (0.00%)	14 (9.52%)	9 (6.12%)
21-25 A	1 (0.68%)	23 (15.6%)	21 (14.28%)
26-30 A	0 (0.00%)	34 (23.1%)	21 (14.28%)
31-35 A	0 (0.00%)	17 (11.56%)	2 (1.36%)
36-40 A	0 (0.00%)	3 (2.04 %)	2 (1.36%)
TOTAL	1 (0.68%)	91 (61.90%)	55 (37.41%)

28

n= 147

CUADRO 5

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 5
 EN ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS
 SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL
 DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE
 LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.
 " LA FRECUENCIA CON LA QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES ES.."

EDAD	MAYOR	IGUAL	MENOR
15-20 A	3 (2.04%)	12 (8.16%)	8 (5.44%)
21-25 A	5 (3.40%)	20 (13.60%)	20 (13.60%)
26-30 A	7 (4.76%)	26 (17.68%)	22 (14.96%)
31-35 A	4 (2.72%)	11 (7.48%)	4 (2.72%)
36-40 A	0 (0.00%)	1 (0.68%)	4 (2.72%)
TOTAL	19 (12.92%)	70 (47.61%)	58 (39.45%)

n=147

CUADRO 6

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 6
 EN ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS
 SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL
 DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE
 LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.
 "SIENTE PLACER AL TENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA..."

EDAD	MAYOR	IGUAL	MENOR
15-20 A	5 (3.40%)	16 (10.88%)	2 (1.36%)
21-25 A	6 (4.08%)	24 (16.32%)	15 (10.20%)
26-30 A	14 (9.52%)	31 (21.08%)	9 (6.12%)
31-35 A	5 (3.40%)	11 (7.48%)	4 (2.72%)
36-40 A	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5 (3.40%)
TOTAL	30 (20.40%)	82 (55.78%)	35 (23.80%)

29

n=147

CUADRO 7

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 7 DE ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.

"CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA, TIENE ORGASMO..."

EDAD	MAYOR	IGUAL	MENOR
15-20 A	9 (6.12 %)	11 (7.48%)	3 (2.04%)
21-25 A	5 (3.40 %)	27 (18.36%)	13 (8.84%)
26- 30 A	16 (10.88%)	30 (20.40%)	9 (6.12%)
31- 35 A	7 (4.76%)	7 (4.76%)	5 (3.40%)
36- 40 A	1 (0.68%)	3 (2.04 %)	1 (0.68%)
TOTAL	38 (25.85%)	78 (53.06%)	31 (21.08%)

n=147

CUADRO 8

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN PREGUNTA 8 DE ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.

"SU DESEO DE TENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA ES..."

EDAD	MAYOR	IGUAL	MENOR
15-20 A	5 (3.40%)	14 (9.52%)	4 (2.72%)
21-25 A	6 (4.08%)	26 (17.68%)	13 (8.84%)
26-30 A	7 (4.76%)	29 (19.72%)	19 (12.92%)
31-35 A	4 (2.72%)	9 (6.12 %)	6 (4.08%)
36-40 A	2 (1.36%)	2 (1.36%)	1 (0.68%)
TOTAL	24 (16.32%)	80 (54.42%)	43 (29.25%)

30

n=147

CUADRO 9

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 9
EN ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS
SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE
LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.

"EVITA TODAS O CASI TODAS LAS VECES A TENER RELACIONES
SEXUALES CON SU PAREJA.."

EDAD	SI	NO
15 - 20 AÑOS	2 (1.36%)	21 (14.28%)
21 - 25 "	2 (1.36%)	43 (29.25%)
26 - 30 "	4 (2.72%)	51 (34.69%)
31 - 35 "	0 (0.00%)	19 (12.92%)
36 - 40 "	0 (0.00%)	5 (3.40%)
TOTAL	8 (5.44 %)	139 (94.55%)

n=147

CUADRO 10

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 11
EN ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS
SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE
LOS MESES DE MAYO A JULIO 1995.

"HA TENIDO DISMINUCION DE LUBRICACION DE LA VAGINA AL TENER
RELACIONES SEXUALES..."

EDAD	SI	NO
15-20 AÑOS	7 (4.75%)	16 (10.88%)
21-25 "	16 (10.88%)	29 (19.72%)
26-30 "	19 (12.92%)	36 (24.48%)
31-35 "	7 (4.76%)	12 (8.16%)
36-40 "	2 (1.36%)	3 (2.04%)
TOTAL	51 (34.69%)	96 (65.31%)
	31	n =147

CUADRO 11

PRESENTACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREGUNTA 12
EN ENTREVISTA REALIZADA A 147 PACIENTES PRIMIPARAS
SECUNDIGESTAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE
LOS MESES DE MAYO A JULIO DE 1995.

"LA CONFIANZA DE HABLAR CON SU PAREJA A CERCA DE LAS
RELACIONES SEXUALES ENTRE USTEDES ES.."

EDAD	MAYOR	IGUAL	MENOR	NO HAY COMUNICACION
15-20a	8 (5.44%)	11 (7.48%)	1 (0.68%)	3 (2.04%)
21-25a	16 (10.8%)	20 (13.6%)	6 (4.08%)	3 (2.04%)
26-30a	14 (9.52%)	33 (22.4%)	6 (4.08%)	2 (1.36%)
31-35a	6 (4.08%)	8 (5.44%)	2 (1.36%)	3 (2.04%)
36-40a	1 (0.68%)	3 (2.04%)	1 (0.68%)	0 (0.00%)
TOTAL	45 (30.6%)	75 (51 %)	16 (10.9%)	11 (7.48%)

n=147

FUENTE: CUADROS 1 AL 11, ANEXO No. 1
"ESCALA DE RELACIONES SEXUALES DESPUES DEL PUERPERIO
DEL PRIMER PARTO"

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron a 147 pacientes primíparas secundigestas, comprendidas entre las edades de 15 a 40 años, de quienes se analizó según las respuestas de la entrevista, la presencia o no, de disfunciones sexuales durante el primer año de su primer puerperio.

Así, se observa en el Cuadro No. 1 que la dispareunia se presentó en el 44.2% de las pacientes, siendo entonces la disfunción sexual más frecuente; seguida de trastornos del despertar sexual (lubricación vaginal) la cual se presentó en un 34.6%, seguido de la disminución del deseo sexual el cual fue de un 29%. Vale la pena mencionar que no se presentó ningún caso de anorgasmia ni de vaginismo.

En el Cuadro No. 2 vemos la incidencia de dispareunia por grupos etáreos, encontrando, como se mencionó anteriormente que el 44.6% de las pacientes padecieron de la misma, y además, que la causa más frecuente de ésta fue la episiotomía (32%), seguido de dolor localizado en la vagina propiamente dicho (22%). También es importante resaltar que en base al porcentaje global (147 pacientes), el grupo etáreo más afectado con esta disfunción fue el de 26-30 años.

Se aprecia en el Cuadro No. 3 el tiempo al que reiniciaron relaciones sexuales las pacientes luego de su primer parto, siendo que el 63.9% de éstas reiniciaron actividad sexual después de las 6 semanas post-parto. El 2.7% reiniciaron relaciones sexuales antes de las 4 semanas post-parto.

Se muestra en el Cuadro No. 4 que en el 61.9% de los casos, fue el hombre quien tomó la iniciativa para reiniciar actividad sexual y positivamente observamos que en el 37.4% la decisión fue tomada por la pareja.

En el Cuadro No. 5 se observa que la frecuencia con que tenían relaciones sexuales disminuyó en un 39.4%, fue mayor en un 12.9% y no tuvo cambios es un 47.6%, es decir que después del primer parto esta frecuencia de relaciones sexuales tiende, en una leve mayoría a sufrir algún tipo de cambio.

Se muestra en el Cuadro No. 6 que la sensación de placer durante el acto sexual disminuyó en un 23.8% de las pacientes, sin embargo llama la atención el incremento de dicha sensación en el 20% de las pacientes.

El Cuadro No. 7 indica que para el 53% de las pacientes no hubo cambio alguno con respecto a la sensación del orgasmo, mientras que el 25.8% indicó haber tenido mayor número de orgasmos.

Vemos en el Cuadro No. 8 que el 54% de las pacientes no sintieron cambios en cuanto a su deseo de tener relaciones sexuales con su pareja, mientras que el 29% éstas experimentó una disminución de deseo de interacción sexual con su pareja.

De acuerdo con el Cuadro No. 9 únicamente el 5.4% evita casi todas las veces a tener relaciones sexuales con su pareja, siendo la causa principalmente extrínseca (comportamiento inadecuado de la pareja).

Con respecto al cambio de lubricación vaginal durante el acto sexual el 34.6% de las pacientes, en alguna ocasión, después de su primer puerperio padeció de disminución de la misma, mientras que el 65.3% no sintieron cambio, o bien, un leve aumento de lubricación (Cuadro No. 10).

En el Cuadro No. 11 se puede observar que en 51% de los casos no hubo cambios en cuanto a la comunicación y confianza de hablar sobre relaciones sexuales con su pareja; y el 30.6% experimentó un aumento de la confianza. Se observa también que en el 7.4% del total de pacientes no existe comunicación entre la pareja.

IX. CONCLUSIONES

1. La disfunción sexual más común en la mujer durante su primer año post-parto es la dispareunia.
2. La episiotomía durante el parto, es la causa más común (32%) de dispareunia en mujeres durante el primer año post-parto.
3. La mayoría de las pacientes primíparas secundigestas (63.9%) reinician relaciones sexuales post-parto, después de las 6 semanas del mismo.
4. En un 61.9% es el hombre quien toma la iniciativa para tener relaciones sexuales post-parto.
5. Hay un alto porcentaje (39.4%) de disminución de la frecuencia de relaciones sexuales después del primer parto.
6. La sensación de placer y el deseo de tener relaciones sexuales con la pareja, después del parto fue menor en la quinta parte de las pacientes; asimismo, en igual proporción la otra quinta parte de las pacientes experimentaron un incremento en dichas sensaciones.
7. El 25.8% de las pacientes tuvo incremento en el número de orgasmos en sus relaciones sexuales después de su primer parto.
8. El vaginismo y la anorgasmia son disfunciones sexuales que no fueron manifestadas en las pacientes del presente trabajo.
9. Existe un notable incremento en cuanto a la comunicación y confianza de hablar sobre relaciones sexuales entre las parejas, después del nacimiento de su primer hijo.

X. RECOMENDACIONES

1. Que se creen e impulsen mayor número de programas en el sistema de salud, sobre Educación Sexual dirigidos a mujeres después de su parto conjuntamente con su pareja.
2. Que se concientize y motive al personal médico y de enfermería, especialmente a quienes tienen a su cargo el control post-parto de las pacientes, de llevar a cabo un plan educacional sexual de rutina, dirigido a resolver dudas sobre estos aspectos a la paciente y su pareja.
3. Que se efectuen estudios más profundos y específicos sobre disfunciones sexuales no sólo en pacientes post-parto sino que también en toda paciente con vida sexual activa, que conlleven a mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Berman EM, Lief HI. Marital Therapy from a psychiatric perspective: An overview. *Am J Psychiatry*. 132: 583, 1,985.
2. Fischman S, Rankin EA, Soeken K y Cols. Changes in relationships in postpartum couples. *JOGN NURS*, 15: 58-63. 1,986.
3. Fordney BS. Dispareunia and Vaginism. *Clin Obstet Gynecol*, 21: 205. 1,987.
4. Gordon I, Carty E. Sexual Adjustment of postpartum couples. *Can Fam Phys*. 24: 1191- 1198. 1,988.
5. Guyton, AC. *Tratado de Fisiología Médica*. 6a. ed. Editorial Americana, México D. F. págs. 868-870. 1,985.
6. Hames CT. Sexual Needs and Interest postpartum Couples. *JOGN NURS* 1: 313-315. 1,990.
7. Jones Howard Jr, Seegar J. Novak, *Tratado de Ginecología*. 10 ed. Nueva Editorial Interamericana. México D.F. págs 868-970. 1,985.
8. Kaplan HS. Disorders of sexual desires. *Bruner/Mazel*. 123 - 138. 1,992.
9. Klemer RH. Counseling in marital and sexual problems. *A Physician's Hand Book* Williams Wilkins. 2244-2356. 1,985.
10. Levine SB. Marital Sexual Function. Erectyle Function. *Ann Intern Med*. 85: 342 1,993.
11. Master W. Johnson V. *Human Sexual Response*. Little Brown, Boston. 1,988.
12. Petersdorf RG, Raymond A, et al. *Harrison, Principios de Medicina Interna*. 10a. ed. Libros McGraw-Hill. México D. F. págs. 330-337 . 1,986.
13. Perkins RP. Sexual Behavior and response in relation to complication of pregnancy. *Am Obstet Gynecol* 134: 498. 1,989.

14. Romney SL. *Gynecology and Obstetrics, The Health care of Women*. New York, McGraw-Hill. 456-567. 1,990.
15. Robson KM, Brandy HA, Kumar R. Maternaly Sexuality during first pregnancy and after child birth. *Br J Obstet Gynecol*. 88: 882-888. 1,991.
16. Schwarcz R. Sala V, Duverges R. *Obstetricia* 3a. ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires , Argentina. Págs 299-311. 1,979.
17. Vincent CE. *Sexual and Marital Health. Gynecology*. MacGraw- Hill. 67-68. 1,983.
18. Wolff R. *Human Sexual Behavior*. Litle Brown. Boston 1,988.
19. Wuver RG. Dyspareunia . *Clin Obstet Gynecol*. 22:23-45. 1,988.
20. Zames CT., Corman A. Sexual postpartum couples. *JONG Nurs*. 9: 313-323. 1,990.
21. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales. Sociedad Americana de Psiquiatría . Tercera ed. revisada. Masson S. A. México D. F. págs. 155-168. 1,988.*