

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

“Relación entre la función sexual posparto y el tipo de parto en mujeres atendidas en consulta de matrona de Atención Primaria”

Alumno: Zhurabel Gordiyenko, Svitlana

Tutor: Segura López, Gabriel

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria**

Curso: 2025-2026

RESUMEN

Introducción: La salud sexual femenina en el periodo posparto constituye un aspecto relevante del bienestar de las mujeres y forma parte esencial de su salud integral. Durante este período, las mujeres experimentan importantes cambios físicos, hormonales y emocionales que pueden influir en su vivencia de la sexualidad. La evidencia disponible muestra una elevada prevalencia de alteraciones en la función sexual tras el parto, como disminución del deseo, dispareunia o dificultades en la excitación y el orgasmo. A pesar de su frecuencia e impacto en la calidad de vida, la salud sexual posparto continúa siendo una dimensión poco abordada de forma sistemática en la práctica clínica de Atención Primaria.

Justificación: Diversos estudios sugieren una posible relación entre la función sexual posparto y factores obstétricos, como el tipo de parto o el traumatismo perineal. Sin embargo, existe una evidencia limitada en el contexto asistencial de la consulta de matrona en Atención Primaria, lo que justifica la necesidad de investigar esta área.

Objetivo: Analizar la relación entre la función sexual en el periodo posparto y el tipo de parto en mujeres atendidas en Atención Primaria, así como describir su perfil sociodemográfico y obstétrico y explorar la influencia de otros factores asociados.

Metodología: Se propone un estudio observacional, descriptivo y transversal, a realizar en la consulta de matrona del Centro de Salud Torre Pacheco Oeste y sus consultorios periféricos. Se incluirán mujeres entre el cuarto y el noveno mes posparto que cumplan los criterios de inclusión establecidos. La recogida de datos se realizará mediante un cuestionario autoadministrado que incluye el instrumento SyDSF-AP, junto con un anexo de variables obstétricas específicas y una escala numérica de dolor perineal.

Palabras clave (DeCS): Salud sexual femenina; Posparto; Tipo de parto; Atención primaria; Matrona.

Términos MeSH: Sexual Health; Postpartum Period; Delivery, Obstetric; Primary Health Care; Nurse Midwives.

ABSTRACT

Introduction: Female sexual health in the postpartum period is a relevant aspect of women's well-being and an essential component of their overall health. During this period, women experience significant physical, hormonal, and emotional changes that may influence their sexual experience. Available evidence shows a high prevalence of sexual dysfunction after childbirth, including decreased desire, dyspareunia, and difficulties with arousal and orgasm. Despite its frequency and impact on quality of life, postpartum sexual health remains a dimension that is not systematically addressed in Primary Care clinical practice.

Justification: Several studies suggest a possible relationship between postpartum sexual function and obstetric factors, such as the type of delivery or perineal trauma. However, there is limited evidence in the clinical setting of midwifery consultations in Primary Care, which justifies the need to further investigate this area.

Objective: To analyze the relationship between sexual function in the postpartum period and the type of delivery in women attended in Primary Care, as well as to describe their sociodemographic and obstetric profile and to explore the influence of other associated factors.

Methodology: An observational, descriptive, and cross-sectional study is proposed, to be conducted in the midwifery consultation of the Torre Pacheco Oeste Health Center and its peripheral clinics. Women between the fourth and ninth month postpartum who meet the established inclusion criteria will be included. Data collection will be carried out using a self-administered questionnaire including the SyDSF-AP instrument, along with an annex of specific obstetric variables and a numerical scale to assess perineal pain.

Keywords (DeCS): Female sexual health; Postpartum; Type of delivery; Primary care; Midwife.

MeSH terms: Sexual Health; Postpartum Period; Delivery, Obstetric; Primary Health Care; Nurse Midwives.

Índice

1. Pregunta de investigación:	1
2. Pregunta en formato PICO:	1
3. Antecedentes:	2
4. Estado actual del tema:	3
5. Glosario de términos y clasificaciones clínicas:	4
6. Elementos relacionados:	5
7. Justificación del estudio:	5
8. Hipótesis:	7
9. Objetivos de la investigación:	7
10. Materiales y métodos:	8
10.1 Diseño de la Investigación:	8
10.2 Población diana y población de estudio:	8
10.3 Criterios de inclusión y exclusión:	8
11. Cálculo del tamaño de la muestra y método de muestreo:	9
12. Método de Recogida de Datos:	10
13. Variables de la investigación:	12
13.1 Variable dependiente:	12
13.2 Variable independiente principal:	12
13.3 Variables sociodemográficas:	12
13.4 Variables obstétricas y clínicas relacionadas:	12
14. Estrategia de análisis estadístico:	13
15. Aplicabilidad y utilidad de los resultados:	14
16. Estrategia de búsqueda bibliográfica:	14
17. Limitaciones y posibles sesgos:	16
18. Aspectos éticos de la investigación:	17
19. Calendario y cronograma previsto para el estudio:	18
20. Personal que participará en el estudio:	19
21. Instalaciones e instrumentación:	19
22. Presupuesto:	20
23. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	21
24. ANEXOS	24

1. Pregunta de investigación:

La pregunta de investigación planteada para la realización de este estudio ha sido: ¿Cuál es la relación entre la función sexual en el periodo posparto y el tipo de parto en mujeres atendidas en consulta de matrona de Atención Primaria? Con esta pregunta se pretende responder a dos aspectos fundamentales. Por un lado, analizar cómo se comporta la función sexual femenina en el periodo posparto, teniendo en cuenta que se trata de una etapa caracterizada por múltiples cambios físicos, hormonales y psicosociales que pueden afectar a la sexualidad.

Por otro lado, se busca explorar la posible asociación entre el tipo de parto y la función sexual, lo que implica considerar variables obstétricas como el parto vaginal eutócico, el parto instrumental o la cesárea, así como otros factores relacionados como el traumatismo perineal, la lactancia o el dolor durante las relaciones sexuales.

Esta pregunta es relevante en el ámbito clínico, ya que las alteraciones en la función sexual pueden afectar significativamente al bienestar y a la calidad de vida de las mujeres. El planteamiento de este estudio en Atención Primaria permite mejorar la detección y el abordaje de estas dificultades en la consulta de matrona, favoreciendo una atención más integral y centrada en la mujer.

2. Pregunta en formato PICO:

- P: mujeres en periodo posparto (entre el cuarto y el noveno mes) atendidas en consulta de matrona de Atención Primaria.
- I: tipo de parto (parto vaginal eutócico, parto vaginal instrumental o cesárea) y factores obstétricos asociados (traumatismo perineal, tipo de lactancia, dolor perineal).
- C: no hay grupo control, debido al tipo de estudio observacional planteado, aunque se realizará comparación entre los distintos tipos de parto.
- O: función sexual femenina.

La pregunta en formato PICO es: ¿Cómo se relaciona el tipo de parto con la función sexual femenina en mujeres en periodo posparto, y qué papel desempeñan los factores obstétricos asociados en dicha relación?

3. Antecedentes:

La sexualidad forma parte del bienestar integral de las personas y constituye un elemento importante en su calidad de vida. En las últimas décadas, el concepto de salud sexual ha evolucionado hacia una visión más amplia, integrándose dentro de la salud global de la mujer. La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente como la ausencia de enfermedad o disfunción¹. Durante el posparto, las mujeres experimentan cambios físicos, hormonales, emocionales y relacionales que pueden influir en la vivencia de su sexualidad. La literatura científica reciente describe una elevada frecuencia de alteraciones en la función sexual tras el nacimiento, entre ellas disminución del deseo, dolor en las relaciones sexuales, dificultades en la excitación y menor satisfacción sexual^{2,3}. Estas dificultades pueden persistir durante varios meses tras el nacimiento y afectar negativamente la esfera emocional, la relación afectiva y la percepción de salud de la mujer^{3,4}.

El tipo de parto ha sido identificado como una de las variables obstétricas que podrían influir en la función sexual durante el posparto. Algunos estudios señalan que el parto instrumental y la presencia de traumatismo perineal, como episiotomía o desgarros, pueden relacionarse con mayor dolor en las relaciones sexuales y con una recuperación más lenta de la función sexual^{5,6}. No obstante, los resultados no son homogéneos, y la literatura señala que otros factores, como la lactancia materna, el estado emocional, la presencia de dolor persistente y el tiempo transcurrido desde el parto, también desempeñan un papel relevante en la recuperación de la sexualidad^{2,4,7}.

En el ámbito europeo se han publicado estudios recientes que analizan la función sexual posparto y su relación con variables obstétricas y contextuales mediante instrumentos estandarizados de evaluación^{6,8}.

En España, aunque existen aportaciones recientes, todavía se observa un vacío de evidencia aplicada al seguimiento posparto en el nivel comunitario, así como una tendencia a que la salud sexual posparto sea poco abordada en las consultas⁹.

El seguimiento posparto realizado desde Atención Primaria y el ámbito comunitario permite la detección precoz de dificultades en salud sexual, el acompañamiento, la educación sanitaria y la derivación cuando proceda.

Estudios europeos sobre modelos comunitarios de atención posnatal subrayan la relevancia de la continuidad asistencial y del papel de las matronas en la atención tras el alta, reforzando la pertinencia de investigar estos aspectos en el entorno comunitario¹⁰. En este contexto, continúa siendo necesario ampliar el conocimiento sobre la función sexual durante el posparto y analizar su posible relación con el tipo de parto en Atención Primaria, con el objetivo de generar evidencia actualizada que favorezca una atención integral y centrada en las necesidades de las mujeres.

4. Estado actual del tema:

Durante los últimos años, la salud sexual en el periodo posparto ha adquirido mayor relevancia dentro de la investigación científica, debido a su impacto sobre el bienestar y la calidad de vida de las mujeres. Diversos estudios y revisiones recientes coinciden en señalar que las dificultades relacionadas con la sexualidad son habituales después del parto, especialmente durante los primeros meses, y pueden persistir más allá del puerperio inmediato²⁻⁴.

La literatura científica describe que factores obstétricos, como la vía del parto y las lesiones perineales producidas durante el nacimiento, podrían influir en la recuperación de la función sexual posparto. Algunos estudios han observado una mayor prevalencia de dispareunia y dificultades sexuales en mujeres que han tenido partos instrumentales o han presentado episiotomía o desgarros obstétricos, en comparación con partos vaginales eutócicos o cesáreas^{5,6}. Sin embargo, los resultados continúan siendo heterogéneos, ya que otros trabajos no han observado diferencias relevantes entre las distintas modalidades de parto y describen una disminución progresiva de estas alteraciones con el paso del tiempo^{2,4}.

Además del tipo de parto, la evidencia disponible subraya la influencia de otros factores interrelacionados, como la lactancia materna, el estado emocional, la fatiga, el dolor persistente y el tiempo transcurrido desde el parto, lo que dificulta

establecer una relación causal directa entre el tipo de parto y la función sexual femenina^{2,3,7}. Esta heterogeneidad metodológica, junto con la variabilidad en los instrumentos de evaluación utilizados, limita la comparabilidad de los resultados entre estudios.

En el contexto europeo, se han publicado investigaciones recientes que abordan la función sexual posparto desde una perspectiva clínica y obstétrica, aportando datos relevantes sobre la prevalencia y los factores asociados^{6,7}. No obstante, en España la producción científica sigue siendo escasa y se ha centrado principalmente en el ámbito hospitalario, existiendo pocos estudios desarrollados en el nivel de Atención Primaria, donde se realiza el seguimiento posparto habitual.

En la literatura científica, la evaluación de la función sexual femenina se ha realizado mediante distintos instrumentos validados, destacando el Female Sexual Function Index (FSFI), ampliamente utilizado en estudios internacionales^{11,12}.

Por otro lado, aunque existen herramientas validadas para valorar la función sexual femenina, su aplicación en la práctica clínica de Atención Primaria continúa siendo limitada, lo que puede dificultar la detección precoz de alteraciones sexuales durante el posparto. Por ello, resulta relevante desarrollar investigaciones que amplíen el conocimiento sobre la función sexual de las mujeres durante el posparto y su posible relación con el tipo de parto en el ámbito comunitario.

En conjunto, la evidencia disponible refleja la necesidad de seguir investigando la función sexual posparto en Atención Primaria y su relación con los factores obstétricos, con el fin de favorecer un abordaje más integral de la salud sexual femenina durante esta etapa.

5. Glosario de términos y clasificaciones clínicas:

Los principales conceptos y clasificaciones clínicas empleados en el presente estudio se detallan en el Anexo I.

6. Elementos relacionados:

La función sexual femenina durante el posparto está influida por múltiples factores físicos, hormonales, obstétricos y psicosociales que interactúan entre sí y condicionan la vivencia sexual de las mujeres tras el parto²⁻⁴.

Entre los factores obstétricos relacionados con la recuperación posparto, se han estudiado especialmente el tipo de parto y las lesiones perineales producidas durante el nacimiento, como la episiotomía o los desgarros. Algunos estudios sugieren que estos factores podrían asociarse a una recuperación más lenta de la función sexual y a una mayor presencia de dispareunia y otras dificultades sexuales durante las primeras etapas del posparto^{5,6}.

Además de los factores físicos, el dolor perineal persistente y el proceso de recuperación corporal también pueden influir en la satisfacción sexual y en la reanudación de las relaciones sexuales tras el nacimiento^{2,5}. A ello se suman los factores hormonales y reproductivos, entre los que destaca la lactancia materna, asociada a hipoestrogenismo transitorio, sequedad vaginal y disminución del deseo sexual^{2,4}.

Así mismo estudios realizados en España han destacado igualmente la importancia de factores psicosociales y contextuales, como la fatiga, el estado emocional, la adaptación al rol materno, los cambios en la dinámica de pareja y el apoyo recibido durante el seguimiento posparto, en la vivencia de la sexualidad tras el parto⁹. En el contexto español, los documentos de práctica clínica insisten en la importancia de abordar la salud sexual posparto desde una visión integral, teniendo en cuenta la interacción de factores físicos, emocionales y sociales, así como el papel del seguimiento desarrollado desde Atención Primaria y la consulta de matrona¹⁴.

7. Justificación del estudio:

La salud sexual femenina forma parte del bienestar integral de las mujeres y puede influir de manera importante en su calidad de vida¹. La función sexual femenina abarca distintos aspectos relacionados con la respuesta sexual y el bienestar sexual de la mujer, incluyendo el deseo, la excitación, la satisfacción y

la presencia o ausencia de dolor. La presencia de alteraciones persistentes en cualquiera de estas dimensiones, especialmente en el deseo o la satisfacción sexual, se define como disfunción sexual femenina. Durante el periodo posparto, la sexualidad puede verse afectada por múltiples factores físicos, hormonales, emocionales y sociales derivados del embarazo y del parto, lo que convierte esta etapa en un periodo de especial vulnerabilidad para la función sexual femenina²⁻⁴.

La evidencia científica disponible señala que las alteraciones de la función sexual son frecuentes tras el parto y que pueden mantenerse durante varios meses, influyendo negativamente en el bienestar emocional y en la relación de pareja^{3,4,12}. Asimismo, el tipo de parto y las lesiones perineales producidas durante el nacimiento han sido ampliamente estudiados por su posible influencia sobre la recuperación de la función sexual tras el parto, aunque los resultados publicados hasta el momento continúan siendo heterogéneos y no permiten establecer conclusiones definitivas⁵⁻⁷.

En el contexto español, estudios recientes realizados en mujeres en periodo posparto ponen de manifiesto una elevada frecuencia de alteraciones de la función sexual y su posible relación con variables obstétricas y reproductivas, entre ellas la vía del parto, el traumatismo perineal y la lactancia materna^{16,17}. En la literatura científica, la función sexual femenina ha sido evaluada mediante diferentes instrumentos estandarizados, entre los que destaca el Female Sexual Function Index (FSFI), ampliamente utilizado en estudios internacionales^{10,11}.

Sin embargo, la investigación desarrollada en Atención Primaria y en la consulta de matrona sigue siendo limitada, a pesar de tratarse de un entorno especialmente relevante para la detección y el acompañamiento de las mujeres durante el posparto^{13,14}.

Por todo ello, resulta pertinente desarrollar investigaciones que analicen la función sexual durante el posparto y exploren la posible influencia de la vía del nacimiento en esta etapa, contribuyendo así a reforzar la incorporación de la salud sexual en el seguimiento posparto desde una perspectiva integral.

8. Hipótesis:

La función sexual femenina durante el posparto podría estar influida por distintos factores obstétricos, especialmente por la vía del nacimiento y las lesiones perineales asociadas al parto. En este sentido, se plantea que las mujeres que han tenido un parto instrumental o presentan traumatismo perineal podrían experimentar mayores dificultades en la recuperación de la función sexual en comparación con aquellas con parto eutócico o cesárea.

Asimismo, la función sexual tras el parto puede verse condicionada por otros factores, como la lactancia materna, el dolor persistente o el estado emocional, lo que refleja el carácter multifactorial de esta dimensión.

Esta hipótesis orienta el análisis de la posible influencia de las variables obstétricas sobre la función sexual posparto, con el objetivo de generar evidencia que contribuya a mejorar su detección y abordaje en la práctica clínica.

9. Objetivos de la investigación:

- **Objetivo principal:**

Analizar la relación entre la función sexual de las mujeres en periodo posparto y el tipo de parto recibido (eutócico, instrumental o cesárea) en una muestra de mujeres atendidas en consulta de matrona de Atención Primaria.

- **Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres incluidas en el estudio.
- Evaluar la función sexual durante el posparto mediante el Cuestionario para la Salud y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP)¹⁸, atendiendo a las dimensiones que evalúa, como el deseo sexual, la satisfacción, la presencia de dolor durante las relaciones sexuales y otros aspectos relacionados con la vivencia de la sexualidad.
- Comparar la función sexual en el periodo posparto entre las diferentes modalidades de parto (eutócico, instrumental y cesárea).

10. Materiales y métodos:

10.1 Diseño de la Investigación:

La investigación se desarrollará mediante un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

10.2 Población diana y población de estudio:

- Población diana: mujeres en periodo posparto que hayan tenido un parto eutócico, instrumental o cesárea y se encuentren en seguimiento en consultas de Atención Primaria.
- Población de estudio: mujeres en periodo posparto atendidas en la consulta de matrona del Centro de Salud Torre Pacheco Oeste y en sus consultorios periféricos de Roldán y El Jimenado, pertenecientes a la Zona Básica de Salud nº 83 (Torre Pacheco/Oeste), integrada en el Área VIII Mar Menor del Servicio Murciano de Salud, en la Región de Murcia, que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

10.3 Criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

Se incluirán en el estudio mujeres en periodo posparto comprendido entre el cuarto y el noveno mes tras el parto que cumplan los siguientes criterios:

- Haber tenido un parto vaginal eutócico, instrumental o cesárea.
- Estar adscritas y ser atendidas en la consulta de matrona del Centro de Salud Torre Pacheco Oeste o en sus consultorios periféricos.
- Haber reiniciado las relaciones sexuales tras el parto.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

Se excluirán del estudio mujeres que:

- Presenten patología obstétrica grave o complicaciones posparto que puedan interferir de forma significativa en la recuperación habitual.
- Presenten antecedentes de disfunción sexual diagnosticada previamente al embarazo.

- Presenten alteraciones psiquiátricas graves o limitaciones cognitivas que dificulten la correcta comprensión y cumplimentación del cuestionario.
- Presenten barrera lingüística o intelectual.
- Sean menores de 18 años.
- Rechacen participar en el estudio o no acepten formalmente su participación.

11. Cálculo del tamaño de la muestra y método de muestreo:

La selección de participantes se llevará a cabo mediante un muestreo consecutivo no probabilístico, incluyendo a las mujeres en periodo posparto atendidas en la consulta de matrona para seguimiento puerperal que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

La recogida de datos se llevará a cabo durante un periodo de cuatro meses. La estimación de la captación se basa en la actividad asistencial habitual de la consulta de matrona, observada durante el periodo de rotación clínica, con una media aproximada de dos mujeres al día en revisión puerperal, lo que permite considerar factible alcanzar el tamaño muestral propuesto.

Dado que se trata de un proyecto no llegará a desarrollarse, el tamaño muestral se plantea de forma estimativa con el objetivo de garantizar una adecuada potencia estadística. Considerando que se pretende comparar la función sexual posparto entre tres grupos según la vía del parto (parto vaginal eutócico, instrumental y cesárea), y asumiendo un tamaño del efecto moderado, un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$) y una potencia estadística del 80% ($1-\beta = 0,80$), se estima necesario incluir aproximadamente 159 mujeres.

Con el fin de compensar posibles pérdidas durante el seguimiento o cuestionarios incompletos, se añadió un 10 % adicional al tamaño muestral inicialmente calculado. De este modo, el tamaño muestral final se incrementó hasta 176 participantes, proponiéndose un reclutamiento mínimo de 180 mujeres.

Este tamaño muestral permitirá estudiar la posible influencia de la vía del parto sobre la función sexual posparto con una precisión adecuada. Asimismo, teniendo en cuenta la actividad asistencial habitual observada durante el periodo de rotación clínica, se considera factible alcanzar el tamaño muestral previsto.

12. Método de Recogida de Datos:

La función sexual femenina se evaluará mediante el Cuestionario para la Salud y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP)¹⁸, que se incluye íntegramente en el (Anexo II), instrumento autoadministrado desarrollado para su utilización en el ámbito de Atención Primaria con el objetivo de aproximarse de forma global a la salud sexual femenina y facilitar la detección de posibles disfunciones sexuales.

El SyDSF-AP fue desarrollado y validado en población española, mostrando alta consistencia interna y adecuada reproducibilidad, lo que lo convierte en un instrumento apropiado para su aplicación en el contexto asistencial del presente proyecto¹⁸.

El cuestionario incluye 21 ítems distribuidos en dos dominios principales. El primero, de carácter sociodemográfico y relacionado con el estado de salud (ítems 1–9), recoge información destinada a describir las características de las participantes e identificar variables potencialmente relacionadas con su función sexual.

El dominio de función sexual comprende los ítems 10 a 18 y explora diferentes aspectos relacionados con la vivencia de la sexualidad femenina, tales como el interés o deseo sexual, la excitación, el placer, la presencia de orgasmo, el dolor durante las relaciones sexuales, la satisfacción sexual y el malestar emocional asociado a dificultades en la esfera sexual. Estos ítems se responden mediante una escala tipo Likert con categorías ordinales de frecuencia o intensidad.

El cuestionario incluye además un ítem 19, de respuesta múltiple con posibilidad de especificación abierta, orientado a identificar posibles factores desencadenantes de dificultades sexuales; un ítem 20, que consiste en una

escala numérica de 0 a 10 para valorar la satisfacción con la pareja; y un ítem 21, de carácter abierto, destinado a recoger comentarios adicionales.

En este estudio, para el análisis de la función sexual femenina se utilizará la puntuación obtenida en el dominio de función sexual (ítems 10–18). Las respuestas se codificarán numéricamente de acuerdo con el orden de las categorías de respuesta, permitiendo obtener una puntuación total del dominio, que se analizará como variable cuantitativa continua.

Se opta por el análisis continuo de la puntuación con el fin de preservar la potencia estadística y evitar categorizaciones arbitrarias, dado que el instrumento no establece un punto de corte universalmente aceptado para definir disfunción sexual.

El ítem 20 se analizará de forma independiente como variable cuantitativa continua, mientras que los ítems 19 y 21 se utilizarán con finalidad descriptiva y cualitativa, sin formar parte de la puntuación total del cuestionario¹⁸.

Dado que el SyDSF-AP es una herramienta diseñada para la valoración global de la salud sexual femenina y no recoge de forma específica variables obstétricas relacionadas con el último parto, se incorporará un breve anexo elaborado para el presente estudio con el fin de contextualizar los resultados en el periodo posparto, que se presenta en el (Anexo III).

Este anexo incluirá las siguientes variables obstétricas específicas del último parto:

- Tipo de parto (vaginal eutócico, vaginal instrumental, cesárea programada o cesárea urgente).
- Presencia de episiotomía o desgarro (no; episiotomía; desgarro de primer o segundo grado; desgarro de tercer o cuarto grado).
- Tiempo posparto en el momento de la evaluación (semanas).
- Tipo de lactancia actual (materna exclusiva, mixta, artificial o no lacta).

Estas variables permitirán analizar la posible relación entre las características obstétricas del parto y los resultados obtenidos en el dominio de función sexual del cuestionario.

Asimismo, se incorporará una escala numérica de dolor perineal (0–10) durante las relaciones sexuales, con el objetivo de cuantificar la intensidad del dolor asociado al coito en el periodo posparto. En esta escala, 0 corresponderá a ausencia de dolor y 10 a dolor máximo imaginable. Esta variable se analizará como cuantitativa continua.

13. Variables de la investigación:

13.1 Variable dependiente:

Función sexual femenina en el periodo posparto, evaluada mediante la puntuación obtenida en el cuestionario SyDSF-AP (variable cuantitativa) y/o su clasificación según puntos de corte establecidos por el instrumento.

13.2 Variable independiente principal:

Tipo de parto, categorizado en: parto vaginal eutócico, parto vaginal instrumental, cesárea.

13.3 Variables sociodemográficas:

Se recogerán con el objetivo de describir las características de la muestra y explorar su posible influencia sobre la función sexual. Entre ellas se incluirán la edad, la situación civil, el nivel académico, la actividad laboral, la nacionalidad o país de origen y la convivencia en pareja.

13.4 Variables obstétricas y clínicas relacionadas:

Se recogerán por su posible asociación con la función sexual posparto.

- Tiempo posparto en el momento de la evaluación (semanas o meses; dentro del rango 4.º–9.º mes).
- Paridad (primípara / múltipara).
- Traumatismo perineal: presencia (sí/no), tipo: desgarro (grado I–IV) y/o episiotomía (sí/no).
- Tipo de lactancia (materna exclusiva, mixta, artificial).

- Reinicio de relaciones sexuales (sí/no) y tiempo hasta el reinicio (semanas).
- Dolor perineal/dispareunia (sí/no).

14. Estrategia de análisis estadístico:

Los datos se registrarán inicialmente en una hoja de cálculo Excel, asignando a cada participante un código alfanumérico con el fin de preservar el anonimato. Posteriormente, el tratamiento estadístico se realizará mediante el programa SPSS (versión disponible en el momento del análisis).

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de la muestra. Las variables cuantitativas (edad, meses posparto, puntuación del dominio de función sexual del SyDSF-AP y dolor perineal) se expresarán mediante media y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico cuando no presenten distribución normal. Las variables cualitativas (tipo de parto, traumatismo perineal, lactancia, paridad y variables sociodemográficas) se describirán mediante frecuencias y porcentajes.

Antes del análisis inferencial, se comprobará la distribución de las variables cuantitativas mediante pruebas de normalidad, como Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov.

La variable principal será la puntuación del dominio de función sexual del SyDSF-AP. Para estudiar la posible influencia del tipo de parto, se empleará ANOVA de un factor cuando se cumplan los supuestos de normalidad o, en caso contrario, la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Si se obtienen diferencias estadísticamente significativas, se realizarán comparaciones post-hoc para determinar entre qué grupos aparecen dichas diferencias.

La asociación con otras variables cuantitativas se evaluará mediante coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según la distribución de los datos. Asimismo, se considerará un análisis multivariante mediante regresión lineal para ajustar posibles variables de confusión.

Se establecerá un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

15. Aplicabilidad y utilidad de los resultados:

En caso de confirmarse la hipótesis planteada, este estudio podría aportar información relevante sobre la influencia de la vía del nacimiento en la función sexual durante el periodo posparto en mujeres atendidas en Atención Primaria. Desde el punto de vista clínico, podrían favorecer la incorporación sistemática de la valoración de la salud sexual en el seguimiento posparto en la consulta de matrona, facilitando la detección precoz de alteraciones e identificando a las mujeres con mayor riesgo.

Asimismo, podrían desarrollarse intervenciones educativas centradas en la recuperación de la sexualidad tras el parto, el manejo del dolor, el uso de lubricación y el fortalecimiento del suelo pélvico.

Dado su carácter multifactorial, el abordaje debería realizarse desde una perspectiva integral y multidisciplinar, favoreciendo la coordinación entre matrona, fisioterapia de suelo pélvico, medicina de familia y salud mental.

Por otra parte, visibilizar estas alteraciones podría ayudar a disminuir el estigma todavía asociado a la salud sexual durante el posparto, favoreciendo una atención más cercana y facilitando la comunicación entre las mujeres y los profesionales de salud.

Finalmente, los resultados obtenidos podrían servir de apoyo para el desarrollo o la actualización de protocolos y guías clínicas orientadas a incorporar de manera habitual el abordaje de la salud sexual durante el seguimiento tras el parto, favoreciendo una atención más adaptada a las necesidades de las mujeres.

16. Estrategia de búsqueda bibliográfica:

Con el objetivo de fundamentar teóricamente el presente proyecto, se efectuó una revisión bibliográfica centrada en la función sexual femenina durante el posparto y en la posible influencia de las variables obstétricas relacionadas con el parto.

La revisión se desarrolló entre enero y marzo de 2026 mediante la consulta de bases de datos PubMed, Embase y la Biblioteca Cochrane. Asimismo, se

consultaron documentos institucionales y guías clínicas relevantes, como los publicados por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Para contextualizar el ámbito de estudio, también se utilizaron datos procedentes del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM)¹⁹.

Se incluyeron publicaciones en inglés y español publicadas entre 2015 y 2026, incorporándose de forma excepcional algunos estudios previos cuando su relevancia científica lo justificaba.

La estrategia de búsqueda combinó descriptores DeCS y MeSH con términos libres como “postpartum period”, “sexual function”, “sexual dysfunction”, “mode of delivery”, “cesarean section”, “instrumental delivery”, “perineal trauma” y “primary health care”, utilizando operadores booleanos (AND, OR) adaptados a cada base de datos.

Las cadenas de búsqueda empleadas fueron las siguientes:

- PubMed:(((“Postpartum Period”[MeSH]) AND (“Sexual Health”[MeSH] OR “Sexual Dysfunction, Physiological”[MeSH])) AND (“Delivery, Obstetric”[MeSH] OR “Cesarean Section”[MeSH] OR “Episiotomy”[MeSH])) AND (“Primary Health Care”[MeSH] OR “Midwifery”[MeSH])
- Embase: ('postpartum period':ti,ab,kw OR 'postpartum':ti,ab,kw) AND ('sexual function':ti,ab,kw OR 'sexual dysfunction':ti,ab,kw) AND ('mode of delivery':ti,ab,kw OR 'cesarean section':ti,ab,kw OR 'instrumental delivery':ti,ab,kw OR 'perineal trauma':ti,ab,kw OR 'episiotomy':ti,ab,kw) AND ('primary health care':ti,ab,kw OR 'midwifery':ti,ab,kw)
- Cochrane Library: (postpartum) AND (“sexual function” OR “sexual dysfunction”) AND (“mode of delivery” OR cesarean OR instrumental OR episiotomy)

Una vez finalizada la revisión bibliográfica, los artículos identificados pasaron por un proceso de selección dividido en tres fases. En primer lugar, se revisaron los títulos para descartar aquellos no relacionados con la temática del estudio. Posteriormente, se evaluaron los resúmenes de los trabajos potencialmente

relevantes, excluyendo los que no abordaban la función sexual durante el posparto o su posible asociación con variables obstétricas.

Por último, se examinó el contenido íntegro de los artículos seleccionados, incluyendo aquellos que cumplían los criterios establecidos y aportaban información relevante para el desarrollo del marco teórico. Se priorizaron revisiones sistemáticas y estudios observacionales, especialmente los realizados en el ámbito europeo y español por su mayor aplicabilidad al contexto asistencial.

17. Limitaciones y posibles sesgos:

El presente trabajo presenta determinadas limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta al analizar los resultados obtenidos.

Al tratarse de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, los datos se recogen en un único momento temporal, lo que impide establecer relaciones de causalidad entre el tipo de parto y la función sexual posparto, limitándose a identificar posibles asociaciones entre ambas variables.

Entre los principales sesgos potenciales se identifican:

- El sesgo de selección, ya que se incluirán únicamente mujeres atendidas en consulta de matrona durante el periodo de estudio, pudiendo quedar excluidas aquellas que no realizan seguimiento posparto en Atención Primaria. Para reducir este sesgo, la captación se realizará de forma consecutiva, incluyendo a mujeres que cumplan los criterios de inclusión establecidos.
- El sesgo de información, dado que la información relacionada con la función sexual se recogerá mediante un cuestionario autoadministrado (SyDSF-AP), lo que podría favorecer respuestas condicionadas por la deseabilidad social o por la dificultad para expresar aspectos relacionados con la sexualidad. Con el objetivo de minimizar este sesgo, se preservará la confidencialidad y el anonimato mediante la asignación de un código identificativo, realizándose la cumplimentación en un entorno privado.
- El sesgo de confusión, ya que la función sexual posparto puede verse condicionada por múltiples variables, entre ellas la edad, la lactancia, el estado emocional o el dolor perineal. Para disminuir este sesgo, se

recogerán variables clínicas y sociodemográficas relevantes, que posteriormente se tendrán en cuenta durante el análisis estadístico mediante modelos multivariantes.

Asimismo, el hecho de que el estudio se desarrolle en un único centro de salud y sus consultorios periféricos puede dificultar la extrapolación de los resultados a otros contextos poblacionales.

Entre las limitaciones operativas, cabe destacar que el periodo de recogida de datos y el carácter voluntario de la participación pueden influir en el tamaño muestral final. Además, podría producirse un posible sesgo de participación, ya que podrían incorporarse con mayor frecuencia mujeres más motivadas o con una relación de mayor confianza con los profesionales sanitarios.

Con el objetivo de minimizar estas limitaciones, se favorecerá la participación mediante una comunicación accesible, respetuosa y adaptada, explicando la finalidad y utilidad del estudio en la mejora de la atención posparto. Asimismo, se promoverá la colaboración del equipo sanitario del centro, incluyendo matronas, médicos y personal de enfermería, con el fin de facilitar la identificación e inclusión de las mujeres que cumplan los criterios de elegibilidad.

18. Aspectos éticos de la investigación:

En todo momento se respetarán los principios éticos fundamentales, entre ellos:

- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013²⁰.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales²¹.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²².
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica²³.

La autorización y colaboración se solicitarán a la Gerencia del Área de Salud y a la Coordinación del Centro de Salud donde se desarrollará el estudio.

Asimismo, se solicitará el informe favorable al Comité de Ética de la Investigación competente, correspondiente al Comité conjunto de las Áreas II y VIII.

Se protegerán la confidencialidad y seguridad de los datos, y se solicitará el consentimiento informado por escrito de las participantes (Anexo IV), junto con el formulario de revocación correspondiente (Anexo V).

También se aplicarán las medidas necesarias para salvaguardar la intimidad de las participantes.

19. Calendario y cronograma previsto para el estudio:

La planificación del proyecto se organizará en tres etapas principales: preparación, ejecución y fase final, con una duración total de doce meses, comprendidos entre marzo de 2027 y febrero de 2028 (Anexo VI).

- **Etapas I: Fase de preparación (marzo – mayo 2027)**

Durante este periodo se desarrollará la fase de preparación del proyecto, orientada a garantizar una adecuada planificación científica, metodológica y administrativa. Se gestionarán los permisos éticos y administrativos, se elaborará la documentación dirigida a las participantes y se tramitará la solicitud de ayudas económicas a entidades financiadoras.

Se contempla un periodo de un mes (junio de 2027) destinado a la obtención de las autorizaciones éticas y administrativas necesarias, previo al inicio del trabajo de campo.

- **Etapas II: Fase de ejecución (julio – diciembre 2027)**

Durante los meses de julio a diciembre de 2027 se llevará a cabo la fase de ejecución del estudio, que incluirá el reclutamiento de participantes y la obtención sistemática de información en la consulta de matrona del Centro de Salud Torre Pacheco Oeste y sus consultorios periféricos.

- **Etapas III: Fase final (enero – febrero 2028)**

Entre enero y febrero de 2028 se desarrollará la fase final del proyecto, centrada en el análisis definitivo de los datos, la preparación del informe final y la difusión científica de los resultados mediante su presentación en congresos y/o revistas especializadas.

20. Personal que participará en el estudio:

El estudio se desarrollará en el ámbito de Atención Primaria por parte de la investigadora principal, matrona del centro de salud, con la colaboración del equipo sanitario del mismo.

- Investigadora principal (matrona del centro de salud):

Encargada de la coordinación general del estudio, el diseño metodológico, la preparación del protocolo, el reclutamiento de participantes durante las consultas de seguimiento posparto, la obtención de datos, el tratamiento estadístico y la elaboración del informe final.

- Equipo sanitario del centro (médicos y personal de enfermería):

Colaborarán en la identificación de posibles participantes elegibles y en la derivación a la consulta de matrona cuando proceda, facilitando el proceso de inclusión en el estudio.

- Asesoramiento metodológico:

Se podrá contar con apoyo puntual para el análisis estadístico y la interpretación de los resultados mediante el programa SPSS.

21. Instalaciones e instrumentación:

El estudio tendrá lugar en la consulta de matrona del centro, donde se realiza el seguimiento habitual de las mujeres en el periodo posparto. Estas instalaciones permiten garantizar un entorno adecuado para la recogida de datos, asegurando la privacidad y confidencialidad de las participantes.

Instrumentación utilizada:

- Cuestionario autoadministrado SyDSF-AP, validado en población española y destinado a valorar la función sexual femenina.
- Escala numérica de dolor perineal (0–10).
- Ficha de recogida de datos estandarizada que incluye variables sociodemográficas y obstétricas.
- Historia clínica electrónica (HCE), para la verificación de datos clínicos cuando sea necesario.
- Material de apoyo: equipos informáticos con acceso a la HCE, dispositivos para el almacenamiento seguro de la información, impresoras y material de papelería necesario para la gestión documental y la administración de los cuestionarios.

22. Presupuesto:

El presente estudio requerirá financiación externa parcial para cubrir los gastos derivados de su desarrollo y de la difusión científica de los resultados. Para ello, se solicitará ayuda económica al Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia y a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

Se estiman los siguientes costes:

CATEGORÍA	CONCEPTO	COSTE (€)	TOTAL (€)
Gastos de personal	Investigadora principal	0 €	
	Colaboración equipo sanitario	0 €	0 €
Material fungible	Cuestionarios y consentimientos	200 €	
	Material de oficina 100 €	150 €	350 €
Equipamiento y software	Software estadístico (SPSS)	0 €	
	Ordenador y acceso a historia clínica electrónica	0 €	0 €
Difusión científica	Inscripción a congreso	300 €	
	Transporte	150 €	
	Dietas	100 €	
	Alojamiento	200 €	750 €
SUBTOTAL			1100 €
Costes indirectos	(10%)		110 €
TOTAL ESTIMADO (incluyendo costes indirectos)			1210 €

23. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach [Internet]. [citado 2 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151288>.
2. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sex Med*. 2020;8(1):8-13. [doi:10.1016/j.esxm.2019.10.005](https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005).
3. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Exploring the complexities of postpartum sexual health. *Curr Sex Health Rep*. 2021;13(4):128-135. [doi:10.1007/s11930-021-00315-6](https://doi.org/10.1007/s11930-021-00315-6).
4. Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2022;129(7):1017-1028. [doi:10.1111/1471-0528.16934](https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934).
5. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*. diciembre de 2018;18(1):196. [doi:10.1186/s12884-018-1838-6](https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6).
6. Fanshawe AM, De Jonge A, Ginter N, Takács L, Dahlen HG, Swertz MA, et al. The Impact of Mode of Birth, and Episiotomy, on Postpartum Sexual Function in the Medium- and Longer-Term: An Integrative Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 24 de marzo de 2023;20(7):5252. [doi:10.3390/ijerph20075252](https://doi.org/10.3390/ijerph20075252).
7. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012;119(3):647-655. [doi:10.1097/AOG.0b013e3182479611](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611).
8. Donarska J, Burdecka J, Kwiatkowska W, Szablewska A, Czerwińska-Osiptak A. Factors affecting women's sexual functioning after childbirth: a pilot study. *Eur J Midwifery*. 2023;7(Suppl 1). [doi:10.18332/ejm/172347](https://doi.org/10.18332/ejm/172347).
9. Pardell-Dominguez L, Palmieri PA, Dominguez-Cancino KA, Camacho-Rodriguez DE, Edwards JE, Watson J, et al. The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):92. [doi:10.1186/s12884-021-03578-y](https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y).

10. Lumia C, Molinari I, Mazzoleni B, Nespoli A. The experience of family and community midwives in postnatal care: a qualitative study in Italy. *Eur J Midwifery*. 2025;9:1-8. [doi:10.18332/ejm/204272](https://doi.org/10.18332/ejm/204272).
11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208. [doi:10.1080/009262300278597](https://doi.org/10.1080/009262300278597).
12. Blümel JE, Binfa L, Cataldo AP, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2). [doi:10.4067/S0717-75262004000200006](https://doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006).
13. Ministerio de Sanidad. Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [cited 2026 Feb 2]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: MSSSI; 2014.
15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Lesión obstétrica del esfínter anal y otros desgarros perineales [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 2]. Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf.
16. Hidalgo-Lopezosa P, Pérez-Marín S, Jiménez-Ruz A, López-Carrasco JDLC, Cubero-Luna AM, García-Fernández R, et al. Factors Associated with Postpartum Sexual Dysfunction in Spanish Women: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med*. 2 de junio de 2022;12(6):926. [doi:10.3390/jpm12060926](https://doi.org/10.3390/jpm12060926).
17. Prado Fontan N, Cuña Carrera I, Calvente Martín A, González González Y. Disfunciones sexuales en el período posparto: una revisión de la literatura. *Med Natur*. 2022;16(1):48-56.
18. Casas Aranda I, Guirao Sánchez L, García-Giralda Ruiz L, Alfaro González JV, Sandoval Martínez C, García-Giralda Ruiz FJ. SyDSF-AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las

- disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria. Semergen. 2007;33(1):9-13. [doi:10.1016/S1138-3593\(07\)73836-4](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73836-4).
19. Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). Censo de población anual. Datos municipales: población según zonas de salud y edad, por sexo [Internet]. [cited 2026 Feb 2]. Available from: https://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PM_censo/c24/sec26_sec26.html.
 20. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. [cited 2026 Feb 2]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 21. Samper MB. Protección de datos personales: esquemas [Internet]. 1st ed. Madrid: Dykinson; 2020 [cited 2026 Mar 3]. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctv17hm980>
[doi:10.2307/j.ctv17hm980](https://doi.org/10.2307/j.ctv17hm980).
 22. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2002 Nov 15; núm. 274.
 23. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2007 Jul 4; núm. 159: 28826-28848.

24. ANEXOS

ANEXO I: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y CLASIFICACIONES CLÍNICAS

Primeramente, se definen los términos más relevantes relacionados con el presente proyecto de investigación, con el objetivo de unificar criterios conceptuales y facilitar la comprensión de las variables analizadas. A continuación, se describen las principales clasificaciones clínicas empleadas en el estudio.

- **Función sexual femenina.**

La función sexual femenina forma parte de la salud sexual y se concibe como un proceso complejo que integra componentes físicos, psicológicos y relacionales, influyendo de manera directa en el bienestar y en la calidad de vida de las mujeres¹. Este concepto abarca no solo la respuesta sexual en sentido fisiológico, sino también la vivencia subjetiva de la sexualidad, condicionada por factores individuales, emocionales, de pareja y contextuales.

En el periodo posparto, la función sexual femenina puede verse modificada por los cambios hormonales, físicos y emocionales propios de esta etapa, así como por las demandas derivadas de la maternidad y de la adaptación a un nuevo rol. Estas modificaciones pueden afectar a distintas dimensiones de la función sexual, como el deseo sexual, la excitación, la satisfacción sexual y la presencia o ausencia de dolor durante las relaciones sexuales²⁻⁴.

- **Disfunción sexual femenina.**

La disfunción sexual femenina se define como la alteración persistente o recurrente de alguna de las fases de la respuesta sexual femenina que provoca malestar personal o dificultades en las relaciones interpersonales. En el periodo posparto, las disfunciones sexuales más frecuentemente descritas incluyen la disminución del deseo sexual, la dispareunia, las dificultades en la excitación u orgasmo y la disminución de la satisfacción sexual²⁻⁴.

- **Posparto.**

El posparto es el periodo que sigue al parto y durante el cual el organismo materno experimenta un proceso de recuperación física, hormonal y emocional, así como una adaptación progresiva al nuevo rol materno. Desde una

perspectiva clínica, este periodo no se limita al puerperio inmediato, sino que puede prolongarse durante varios meses tras el nacimiento, etapa en la que persisten cambios relevantes en la salud física y psicosocial de la mujer²⁻⁴.

Durante el posparto se producen modificaciones hormonales, anatómicas y emocionales que pueden influir en diferentes aspectos de la salud de la mujer, incluida la vivencia de la sexualidad. La recuperación posparto es un proceso gradual y heterogéneo, condicionado por factores individuales, obstétricos y contextuales. En el presente proyecto se considerará el posparto comprendido entre el cuarto y el noveno mes tras el parto, intervalo en el que muchas mujeres han retomado las relaciones sexuales y pueden persistir alteraciones en la función sexual²⁻⁴.

- Atención Primaria

La Atención Primaria constituye el primer nivel de contacto de la población con el sistema sanitario y proporciona una atención integral, continuada y centrada en la persona. En este nivel asistencial se realiza el seguimiento habitual del posparto y se abordan aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, de acuerdo con el modelo organizativo del sistema sanitario español¹³.

- Consulta de matrona en Atención Primaria.

La consulta de matrona en Atención Primaria desempeña un papel fundamental en el seguimiento del puerperio, la educación sanitaria y la promoción de la salud sexual y reproductiva. La matrona es una figura clave en la detección precoz de problemas de salud, el acompañamiento integral de las mujeres tras el parto y la derivación a otros niveles asistenciales cuando resulta necesario¹⁴.

A continuación, se describen las principales clasificaciones clínicas utilizadas en el presente estudio.

1. Tipo de parto

El tipo de parto hace referencia a la forma en la que se produce el nacimiento y constituye una variable obstétrica relevante en el periodo posparto. De acuerdo con la práctica clínica habitual y con la literatura científica, el parto puede clasificarse en:

- Parto vaginal eutócico, cuando el nacimiento se produce de forma espontánea sin necesidad de intervenciones instrumentales.
- Parto vaginal instrumental, cuando se requiere el uso de instrumentos como fórceps o ventosa.
- Cesárea, cuando el nacimiento se realiza mediante intervención quirúrgica abdominal⁵⁻⁷.

Esta clasificación resulta especialmente pertinente en estudios relacionados con la recuperación posparto, ya que cada tipo de parto implica diferentes grados de intervención obstétrica y de impacto físico sobre el cuerpo de la mujer. Diversos estudios han señalado que el tipo de parto puede influir en aspectos como el dolor perineal, la recuperación del suelo pélvico y la reanudación de las relaciones sexuales, factores que pueden estar relacionados con la función sexual femenina en el periodo posparto⁵⁻⁷.

2. Tipos traumatismo perineal

El traumatismo perineal se define como cualquier lesión que afecte a los genitales externos y estructuras adyacentes durante el proceso del parto, ya sea de forma espontánea (desgarros) o quirúrgica (episiotomía). Dada su implicación en la morbilidad a corto y largo plazo, especialmente en la aparición de dispareunia y disfunciones del suelo pélvico, es fundamental emplear una clasificación estandarizada para su correcta valoración clínica y análisis.

De acuerdo con la clasificación adoptada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)¹⁵, los desgarros perineales se clasifican en:

- Grado I: Lesión que afecta únicamente a la piel del periné o a la mucosa vaginal, sin compromiso de la musculatura subyacente. Generalmente no requieren sutura a menos que exista sangrado activo.
- Grado II: Lesión que se extiende a los músculos del periné (músculo transverso superficial del periné y bulboesponjoso), pero que no afecta al complejo del esfínter anal. Es la lesión más frecuente en los partos vaginales.
- Grado III: Lesión del periné que involucra el complejo del esfínter anal (EAI: esfínter anal interno y EAE: esfínter anal externo). Este grado se subdivide a su vez en:
 - 3a: Desgarro de menos del 50% del espesor del EAE.

3b: Desgarro de más del 50% del espesor del EAE.

3c: Desgarro que afecta tanto al EAE como al EAI.

- Grado IV: Lesión que afecta al complejo del esfínter anal (EAE y EAI) y se extiende a través de la mucosa rectal, exponiendo la luz del canal anal.
- La episiotomía es una incisión quirúrgica realizada en el periné, generalmente mediolateral en el contexto español, con el objetivo de ampliar el canal del parto durante el periodo expulsivo. Aunque se realiza con fines terapéuticos, se considera un traumatismo perineal controlado de segundo grado¹⁵.



ANEXO II. CUESTIONARIO PARA LA SALUD Y DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (SYDSF-AP).

Anexo. Este cuestionario es anónimo y pretende valorar la salud sexual de la mujer y detectar la disfunción sexual femenina (SyDSF-AP)

- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Estado civil?:

Casada ☐	Soltera ☐	Separada ☐	Viuda ☐	Divorciada ☐
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------
- ¿Tiene pareja estable en los últimos seis meses?

Sí ☐	No ☐
-----------------------------	-----------------------------
- Número de embarazos ☐
- Número de hijos ☐
- Nivel de estudios:

Ninguno ☐	Primarios ☐	Secundarios ☐	Superiores ☐
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------
- Situación laboral:

Activa ☐	Sin trabajo ☐	Pensionista ☐
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------
- Hábitos: ¿realiza ejercicio físico?:

Sí ☐	No ☐
-----------------------------	-----------------------------

Tabaco	Sí ☐	No ☐
Alcohol	Sí ☐	No ☐
- ¿Padece alguna enfermedad?

HTA ☐	Diabetes ☐	Hipercolesterolemia ☐	Depresión ☐	S. Ansiedad ☐
Artrosis ☐	Otras ☐	¿Cuál? ☐		

¿Toma fármacos?	Sí ☐	No ☐
-----------------	-----------------------------	-----------------------------

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

¿Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? En caso afirmativo conteste a las siguientes preguntas:

- ¿Está satisfecha con su vida sexual?

Nada ☐	Un poco ☐	Algo ☐	Bastante ☐	Mucho ☐	Muchísimo ☐
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- ¿Ha decaído su interés por el sexo?

Nada ☐	Un poco ☐	Algo ☐	Bastante ☐	Mucho ☐	Muchísimo ☐
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- ¿Tiene menos sensaciones placenteras durante su relación sexual?

Nunca ☐	Casi nunca ☐	A veces ☐	A menudo ☐	Casi siempre ☐	Siempre ☐
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------
- ¿Se siente excitada o estimulada durante su relación sexual?

Nada ☐	Un poco ☐	Algo ☐	Bastante ☐	Mucho ☐	Muchísimo ☐
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- ¿Siente dolor durante la relación sexual?

Nada ☐	Un poco ☐	Algo ☐	Bastante ☐	Mucho ☐	Muchísimo ☐
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- ¿Logra tener orgasmos?

Nunca ☐	Casi nunca ☐	A veces ☐	A menudo ☐	Casi siempre ☐	Siempre ☐
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------
- ¿Tiene dificultades sexuales cuando tiene sexo con su pareja, pero no cuando se masturba en soledad?

Nunca ☐	Casi nunca ☐	A veces ☐	A menudo ☐	Casi siempre ☐	Siempre ☐
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------
- Si por usted fuera, ¿podría prescindir de las relaciones sexuales?

Nunca ☐	Casi nunca ☐	A veces ☐	A menudo ☐	Casi siempre ☐	Siempre ☐
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------
- ¿Se siente deprimida y nerviosa porque tiene problemas sexuales?

Nunca ☐	Casi nunca ☐	A veces ☐	A menudo ☐	Casi siempre ☐	Siempre ☐
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------
- En caso de tener problemas sexuales, éstos comenzaron después de... (marque todas las que considere)

Enfermedad ☐	¿cuál? _____
Embarazo ☐	
Nacimiento de un hijo ☐	
Ingesta de anticonceptivos ☐	
Toma de fármacos ☐	
Algún hábito tóxico ☐	
Violencia doméstica ☐	
Problemas de pareja ☐	
- ¿Qué nota le pondría a su pareja de 0 a 10? ☐ ☐
- ¿Desea realizar algún comentario? _____

ANEXO III. VARIABLES OBSTÉTRICAS ESPECÍFICAS.

Tipo de parto:

- ☐ Vaginal eutócico
- ☐ Vaginal instrumental (fórceps o ventosa)
- ☐ Cesárea programada
- ☐ Cesárea urgente

Presencia de episiotomía o desgarro:

- ☐ No
- ☐ Sí, episiotomía
- ☐ Sí, desgarro de primer o segundo grado
- ☐ Sí, desgarro de tercer o cuarto grado

Semanas posparto en el momento de contestar:

_____ semanas

Tipo de lactancia actual:

- ☐ Lactancia materna exclusiva
- ☐ Lactancia mixta
- ☐ Lactancia artificial
- ☐ No lacta

Escala numérica de dolor perineal (0–10):

¿Qué intensidad de dolor perineal o vaginal presenta habitualmente durante las relaciones sexuales?

(0 = ningún dolor, 10 = dolor máximo)

[0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10]

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: “Relación entre la función sexual posparto y el tipo de parto en mujeres atendidas en consulta de matrona de atención primaria del Centro de Salud Torre Pacheco Oeste y en sus consultorios periféricos de Roldán y El Jimenado, pertenecientes a la Zona Básica de Salud nº 83 (Torre Pacheco/Oeste), integrada en el Área VIII Mar Menor del Servicio Murciano de Salud”

Yo,

Dña. _____,

mayor de edad, con D.N.I./N.I.E _____, declaro, mediante la firma del presente, que he sido debidamente informada, de forma oral y por escrito, sobre los objetivos y procedimientos del estudio, así como de la voluntariedad de la participación en él.

Declaro conocer que la información facilitada será tratada de forma confidencial y anónima, respetando el contenido y tratamiento de los datos personales según se recoge en la reciente Ley 3/2018, de 6 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Además, declaro de manera expresa e inequívoca que estoy conforme con que se proceda a la recogida de datos durante la consulta entendiendo que mis respuestas y datos se usarán sólo con fines académicos y de investigación para este estudio.

Con lo anterior, presto mi participación, así como el consentimiento para que los datos recabados sean utilizados para cumplir con los objetivos del estudio.

No obstante, la autorización de mi participación podrá ser revocada en cualquier momento, sin perjuicio en mi atención como paciente, debiendo ser automáticamente eliminados mis datos de los ficheros del responsable del tratamiento.

En _____, a ____ de _____ de 2027.

Fdo.: _____

ANEXO V: REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: “Relación entre la función sexual posparto y el tipo de parto en mujeres atendidas en consulta de matrona de atención primaria del Centro de Salud Torre Pacheco Oeste y en sus consultorios periféricos de Roldán y El Jimenado, pertenecientes a la Zona Básica de Salud nº 83 (Torre Pacheco/Oeste), integrada en el Área VIII Mar Menor del Servicio Murciano de Salud”

Yo,

Dña. _____,

mayor de edad, con D.N.I./N.I.E. _____,

DECLARO:

Que deseo revocar mi consentimiento previamente otorgado para participar en el estudio mencionado.

Solicito que mis datos personales y la información recogida en el marco del estudio sean eliminados de los ficheros del responsable del tratamiento, de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos.

He sido informada de que esta decisión no tendrá ninguna repercusión en la atención sanitaria que recibo.

Y para que así conste, firmo el presente documento.

En _____, a ____ de _____ de 2027.

Fdo.: _____

ANEXO VI: CRONOGRAMA

[illegible]

	Etapas del Proyecto.	Investigadora principal (IP).	Actividad conjunta IP y Colaboradores.	Asesoramiento metodológico.
--	----------------------	-------------------------------	--	-----------------------------

