

## Atención de la matrona a mujeres en edad fértil con dispareunia

Marine-Martínez Julia; Lozano-Molina Ainhoa

DOI: <https://zenodo.org/records/17402428>

### RESUMEN

1. Matrona, Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
ORCID <https://orcid.org/0009-0000-4646-7077>  
Telf: 683 427 369. Correo: [juliamarine.aleixar1@gmail.com](mailto:juliamarine.aleixar1@gmail.com)

2. Doctora en Enfermería y psicóloga, Universidad de Salamanca, Escuela de Enfermería de Ávila). ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2626-6627>  
Telf.: 686 444 415. Correo: [inhoa.lozano.molina@usal.es](mailto:inhoa.lozano.molina@usal.es)

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia y la atención sanitaria de la dispareunia en mujeres en edad fértil que acuden a los Centros de Especialidades: Hermanos Sangro y Moratalaz de la Comunidad de Madrid. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Investigación cuantitativa de tipo observacional, descriptiva y transversal. **RESULTADOS:** Un 37,8% de la muestra experimentó dolor en más de la mitad de las relaciones sexuales con una intensidad moderada y de forma persistente. Se relacionó de forma estadísticamente significativa la presencia de dolor con factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos y con otros aspectos relacionados con la función sexual. Un 60,8% de las mujeres no habían consultado a un profesional. Las matronas fueron el segundo profesional más consultado después del ginecólogo/a y las mujeres expresaron un fuerte acuerdo en que la matrona debería preguntar sobre la salud sexual en las consultas. **CONCLUSIONES:** El estudio subraya la necesidad de abordar el dolor durante las relaciones sexuales en mujeres desde una perspectiva holística, considerando diversos factores y con la participación activa de los profesionales de la salud, especialmente de las matronas, para mejorar la calidad de vida y el bienestar sexual de las mujeres afectadas.

**PALABRAS CLAVE:** Dispareunia, disfunción sexual, salud sexual, matrona.

### Midwifery care for dispareunia in women of childbearing age

### ABSTRACT

**OBJECTIVES:** To determine the prevalence and healthcare of dyspareunia in women of reproductive age attending the Specialty Centers: Hermanos Sangro and Moratalaz, Madrid. **MATERIALS AND METHODS:** Quantitative research of an observational, descriptive, and cross-sectional type. **RESULTS:** 37.8% of the sample experienced pain in more than half of the sexual intercourse with moderate intensity and persistently. The presence of pain was statistically significantly related to sociodemographic factors, gynecological-obstetric history, and other aspects related to sexual function. 60.8% of the women had not consulted a professional. Midwives were the second most consulted professional after gynecologists, and women strongly agreed that midwives should inquire about sexual health during consultations. **CONCLUSIONS:** The study highlights the need to address pain during sexual intercourse in women from a holistic perspective, considering various factors and with the active participation of health professionals, especially midwives, to improve the quality of life and sexual well-being of affected women

**KEY WORDS:** Dyspareunia, sexual dysfunction, sexual health, midwife

### Assistência obstétrica na dispareunia em mulheres em idade fértil

### RESUMO

**OBJETIVOS:** Determinar a prevalência e a assistência em saúde para a dispareunia em mulheres em idade fértil que frequentam os Centros de Especialidades: Hermanos Sangro e Moratalaz, na Comunidade de Madrid. **MATERIAL E MÉTODOS:** Pesquisa quantitativa, de caráter observacional, descritivo e transversal. **RESULTADOS:** 37,8% da amostra relatou dor em mais da metade das relações sexuais, com intensidade moderada e de forma persistente. A presença de dor esteve significativamente associada a fatores sociodemográficos, histórico ginecológico-obstétrico e outros aspectos relacionados à função sexual. Observou-se que 60,8% das mulheres não haviam consultado um profissional de saúde. As parteiras foram o segundo profissional mais consultado, depois dos ginecologistas, e as mulheres demonstraram forte concordância de que as parteiras deveriam abordar a saúde sexual durante as consultas. **CONCLUSÕES:** O estudo ressalta a necessidade de abordar a dor durante as relações sexuais em mulheres a partir de uma perspectiva holística, levando em conta diversos fatores, e com a participação ativa dos profissionais de saúde, especialmente das parteiras, para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar sexual das mulheres afetadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dispareunia, disfunção sexual, saúde sexual, parteira.



Recibido: 14 de noviembre 2024  
Aceptado: 15 de junio 2025  
Publicado: 15 de julio 2025



## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes y estado actual del tema

**La salud sexual de las mujeres:** La salud sexual se define como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, no solo como la ausencia de enfermedad o disfunción. Requiere una visión positiva y respetuosa de la sexualidad y las relaciones, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. La Asociación Mundial para la Salud Sexual afirma que el placer sexual es parte integral de la salud sexual y de sus derechos (1). La OMS también considera la salud sexual fundamental para el bienestar general y el desarrollo socioeconómico (2).

La atención a la salud sexual, a nivel legislativo en España, se recoge en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero que modifica la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (3).

**Disfunciones sexuales en la mujer y la dispareunia:** La función sexual depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, físicos e interpersonales (4, 5). Cuando hay deficiencias, surgen disfunciones sexuales, que son dificultades durante una o más fases de la respuesta sexual. Atendiendo a la clasificación contemplada en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), las disfunciones pueden clasificarse según el área de la respuesta sexual que se vea afectada, se clasifican en trastornos del deseo, excitación, orgasmo y dolor, además de las causadas por enfermedades o sustancias. El trastorno de dolor genito-pélvico se define por cuatro síntomas: dificultad para mantener relaciones sexuales, dolor genito-pélvico, temor al dolor o a la penetración vaginal, y contracción marcada de los músculos del suelo pélvico. Estos síntomas deben persistir por seis meses y causar malestar significativo (6).

**Dispareunia:** La dispareunia es una afección que actualmente presenta varias definiciones. Según la Guía Fistera la dispareunia es el dolor recurrente o persistente que aparece durante las relaciones sexuales (7). La National Library of Medicine, incluye también el dolor genital que se puede experimentar antes, durante o después del coito (8). Otras definiciones engloban los dos puntos anteriores, definiendo esta afección como el dolor genital, persistente o recurrente, asociado a la

actividad sexual que puede aparecer a cualquier edad, justo antes, durante o después del coito y que se manifiesta con varios grados de intensidad y localización, afectando el placer sexual hasta el punto de provocar la evitación de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual (9, 10).

La prevalencia de la dispareunia varía según el grupo poblacional y la definición utilizada (9). El último estudio de la OMS reportó una prevalencia entre 8% y 21.1%, con picos entre los 20-29 años y la menopausia (11). El manual DSM-5 concluye que se desconoce la prevalencia exacta de este trastorno (6) y en España, la prevalencia exacta de la dispareunia es desconocida, pero se reconoce como una queja frecuente en consultas médicas y sexológicas (12). Un metaanálisis en 2022 indicó que una de cada nueve mujeres en atención primaria sufre dolor genito-pélvico (13).

La etiología de este dolor probablemente difiera; es probable que la atrofia vulvovaginal sea la causa del dolor en las mujeres mayores, mientras que la estimulación sexual inadecuada y los problemas psico-relacionales pueden ser más relevantes para las mujeres jóvenes (9,14).

Tanto la historia clínica como la exploración física son fundamentales para orientar el problema, difícil de diagnosticar y que requiere un enfoque multidisciplinario (11,15), aunque existen algunos cuestionarios validados al castellano que pueden ayudar a los profesionales a evaluar la función sexual de las mujeres. Uno de estos cuestionarios es el Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index, FSFI) (16). La resolución de la dispareunia depende mucho de la causa subyacente, el tratamiento debe ser individualizado y realizado desde una visión holística incluyendo aspectos físicos, emocionales y contextuales e igual que el diagnóstico puede implicar un enfoque de equipo multidisciplinar donde tiene una labor importante la figura de la matrona (7).

**Atención de la matrona en la dispareunia y la situación actual de la atención sanitaria:** Según la Orden SAS/1349/2009 (17), la matrona es el profesional sanitario que proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su faceta preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud. Así pues, debe participar de forma activa en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil (18).

La matrona es una profesional que debe trabajar no solo la atención obstétrica de las mujeres, punto donde es un profesional reconocido y ámbito donde se tienen claras sus competencias, sino también debe abordar la atención ginecológica y el acompañamiento en la esfera sexual de la mujer a lo largo de su vida siendo el profesional que puede proporcionar información, contribuir a la reflexión sobre creencias y actitudes, ayudar a disfrutar de la sexualidad sin riesgos, mejorar la vivencia de la sexualidad y la relación con el cuerpo, así como a solucionar dificultades con las relaciones afectivo-sexuales, a desmitificar creencias erróneas y a normalizar las diferentes opciones de vinculación amorosa con otras personas y con uno mismo/a (19, 20).

### Justificación

El estudio de la disfunción sexual femenina concretamente de la dispareunia sigue siendo una asignatura pendiente en nuestra sociedad (21). Algunos estudios consideran que es una condición subestimada y desatendida y que es necesario que los profesionales de la salud sean conscientes de ello para mejorar la asistencia sanitaria (22).

La prevalencia de la dispareunia en mujeres en edad fértil es desconocida, y esto puede impactar significativamente la calidad de vida de las mujeres (23). Esta afección es multifactorial, influida por factores físicos, psicológicos, educacionales e interpersonales. Conocer estos factores y establecer relaciones entre ellos mejoraría el manejo de la dispareunia, permitiendo una identificación temprana crucial para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Además, muchas pacientes no buscan atención sanitaria oportuna, y los profesionales de salud rara vez preguntan sobre salud sexual (24).

La matrona, como profesional de atención integral a la salud sexual y reproductiva, juega un papel clave en detectar y abordar estas alteraciones, promoviendo una vivencia positiva de la sexualidad y proporcionando educación sanitaria.

Se ha observado que muchas mujeres en el climaterio consultan por dispareunia debido a cambios atroficos, pero se desconoce la prevalencia en mujeres jóvenes en edad fértil, y la falta de investigaciones en este grupo plantea interrogantes sobre si no padecen la afección, no buscan atención o no se les pregunta en consulta. Abordar estos

problemas es fundamental para el bienestar y salud sexual de este grupo de mujeres (25).

La justificación de este trabajo radica en la necesidad de abordar y comprender los problemas de la función sexual, específicamente la dispareunia, en mujeres en edad fértil, investigar los factores relevantes que influyen en estos problemas y mejorar la atención sanitaria para garantizar la salud sexual y el bienestar de las mujeres.

Como objetivo general, se plantea determinar la prevalencia y la atención sanitaria de la dispareunia en mujeres en edad fértil que acuden a los Centros de Especialidades: Hermanos Sangro y Moratalaz de la Comunidad de Madrid.

### MÉTODOS

**Diseño:** Investigación cuantitativa de tipo observacional, descriptiva y transversal.

**Emplazamiento:** Centros de Especialidades Hermanos Sangro y Moratalaz, del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid (entre octubre de 2023 y enero de 2024).

**Población de estudio:** Mujeres en edad fértil que acudieron a los CEP Hermanos Sangro y Moratalaz y que cumplieron los criterios de inclusión (Tabla 1).

**Tamaño Muestral y Estrategia de Muestreo:** Se calculó el tamaño muestral usando el programa EPIDAT versión 4.2, partiendo del peor de los supuestos ( $p=q=0.5$ ) para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 7%. Se alcanzó un tamaño muestral de 196 mujeres mediante muestreo de casos consecutivos.

**Criterios De Inclusión** Mujeres > 18 años y no diagnosticadas de menopausia  
Entender y escribir el castellano No tener patología neurológica

**Criterios De Exclusión** No aceptar participar en el estudio No cumplimentar >70% el cuestionario

**Variables:** Se consideraron variables sociodemográficas, antecedentes ginecológicos y obstétricos, la escala validada IFFS-6, y variables sobre el dolor y barreras percibidas en la atención sanitaria. Se consideró como variable primaria la

presencia de dolor durante las relaciones sexuales (Pregunta 6 del IFFS-6).

**Recogida de datos:** Los datos se recogieron entre octubre de 2023 y enero de 2024 en los centros mencionados. A las mujeres que cumplían los criterios de inclusión se les ofrecía participar, facilitándoles un código QR para acceder a una hoja informativa y al cuestionario en Google Forms, junto con el consentimiento informado.

El cuestionario auto-administrado constaba de cuatro partes:

- Datos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos.
- Escala de Función Sexual (IFFS-6), frecuencia de dolor durante la penetración vaginal.
- Datos relacionados con el dolor: temporalidad, intensidad, abordaje y consecuencias.
- Barreras percibidas en la atención sanitaria.

Medidas: Previamente a la utilización del cuestionario, se realizó un pilotaje en 15 mujeres que cumplían los criterios de inclusión.

**Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina Abreviado (IFFS-6):** Este cuestionario evalúa la función sexual y es útil para identificar trastornos sexuales. Consta de 6 preguntas que abarcan deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Puntuaciones iguales o inferiores a 18 pueden indicar un trastorno sexual (Sensibilidad: 81.0%, Especificidad: 73.3%).

**Escala EVA:** La escala EVA se utilizó para determinar la intensidad de dolor. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, donde en el extremo izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad, EVA 0, y en el derecho la mayor intensidad, EVA 10 (26, 27).

**Análisis de datos:** Se llevó a cabo un análisis descriptivo exhaustivo de todas las variables de manera global, empleando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas, se utilizó la media y la desviación estándar (DS) si seguían una distribución normal, y la mediana y el rango intercuartílico [RI] en caso contrario.

Se efectuó un análisis comparativo de las variables de interés, utilizando la prueba de Chi cuadrado de

Pearson para las variables cualitativas, y las pruebas T de Student y ANOVA para las variables cuantitativas, según fuera necesario. También se realizó un análisis de subgrupos según características demográficas o comparaciones entre mujeres que buscaron atención médica y las que no lo hicieron. Se consideraron valores estadísticamente significativos cuando  $p\text{-valor} < 0,05$ .

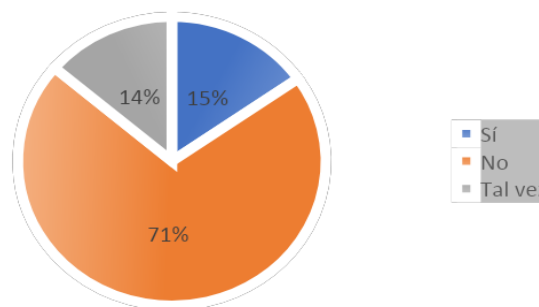
El análisis descriptivo de los datos recopilados se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de 196 cuestionarios, muestra deseada según el cálculo del tamaño muestral, procedentes de los Centros de Especialidades Hermanos Sangro y Moratalaz de la Comunidad de Madrid.

En primer lugar, se realizó un análisis univariable para describir la muestra. La media de edad global de todas las participantes fue de 30,70 (DE 8,150) años. En cuanto a antecedentes gineco-obstétricos, la edad media del inicio de las relaciones fue 16,65 años (2,410) con un máximo de 29 años y un mínimo de 11 años. La mayoría de mujeres, concretamente un 70,9% consideraron que no tenían una educación sexual suficiente al inicio de las relaciones (Gráfico 1). Un 12,2 % de las mujeres estaban embarazadas en el momento de la encuesta. El 66,8% no tenían hijos en comparación con el 33,2% de las mujeres que sí tenían hijos/as. De este 33,2% de las mujeres que sí tenían hijo/as, un 15,4% habían tenido una cesárea mientras que un 84,6% habían tenido partos vaginales. El 69,9% de las mujeres no utilizaban anticonceptivos hormonales en el momento de la encuesta.

Gráfico 1: Percepción del nivel de educación al inicio de las relaciones (Elaboración propia).



La mayoría de las mujeres (55,1%) refirieron no tener problemas ginecológicos de ningún tipo, aunque debemos tener en cuenta, que un 26,5%

había tenido algún tipo de infección genital resaltando la presencia de vulvovaginitis de repetición e infecciones de transmisión sexual.

En segundo lugar, se valoraron los resultados de la escala FSFI. Del total de 196 mujeres encuestadas, 179 mujeres (91,3%) habían tenido actividad sexual las últimas 4 semanas mientras que 17 mujeres (8,7%) no habían tenido.

En relación con la presencia de dolor durante las relaciones sexuales, el número de mujeres que refirieron dolor “Siempre”, la “mayoría de veces” y “a veces” en la encuesta suponen un total de 71 mujeres. A este número le tenemos que sumar 3 mujeres que no habían mantenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas, por lo que no respondieron el cuestionario FSFI, pero que sí refirieron tener dolor en las relaciones (motivo por el cual no habían tenido relaciones). En total, las mujeres que apuntaron tener dolor fue un total de 74 mujeres, que representa un 37,8% de la muestra total (Gráfico 2).

Gráfico 2: Frecuencia de dolor en las relaciones sexuales

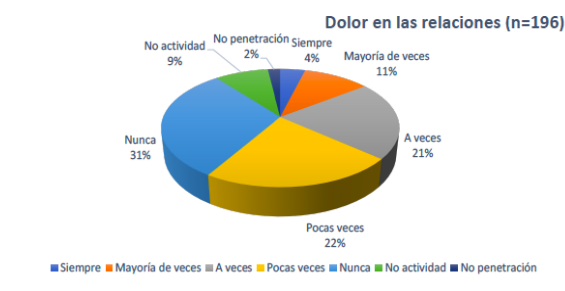


Gráfico 2 Frecuencia de dolor en las relaciones sexuales (Datos cuestionario)

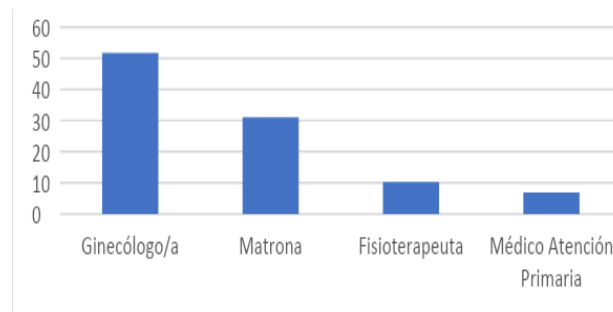
En relación con el tiempo de evolución del dolor de las 74 mujeres con dolor, el 17,6% refirieron un tiempo de evolución de 0-3 meses, el 14,9% de 3-6 meses, el 13,5% de 6-12 meses y el 54,05% más de un año. En relación con la intensidad de dolor valorada mediante la escala EVA, la media de intensidad de dolor fue de 3,81 (1,382). El máximo valor puntuado fue de 10 y el mínimo valor EVA 1.

La consulta a algún profesional la realizaron un 39,2% de las mujeres con dolor, mientras que el 60,8% no consultaron. El profesional más consultado fue el ginecólogo/a (51,72%), seguido de la matrona (31,03%) (Gráfico 3).

De las mujeres que consultaron a un profesional, un 58,6% consideraron que habían recibido respuesta a su problema alegando motivos como: “me ayudó

a la recuperación postparto” o “estamos tratando la infección”, por ejemplo.

Gráfico 3: Profesional consultado (Elaboración propia)



Mientras que un 41,4 % de las mujeres consideraron que no recibieron respuesta al problema, dando los siguientes motivos: “me derivaron a fisioterapia, ahora no puedo permitírmelo”, “me dijeron que estaba todo bien”, “me dijeron que utilizara lubricantes y ya”, entre otros.

Del total de 196 mujeres encuestadas, 151 mujeres (77%) dijeron que no les habían preguntado en la consulta sobre el dolor en las relaciones.

El 91,3% estaban totalmente de acuerdo en que la matrona debería preguntar a las mujeres sobre su salud sexual.

En tercer lugar, se realizó un análisis bivalente considerando como variable primaria la presencia de dolor en más de la mitad de las relaciones sexuales.

No se encontró una diferencia significativa en la edad entre mujeres con dolor en más de la mitad de las relaciones (edad media 31,39 años) y aquellas con dolor en menos de la mitad o nunca (edad media 30,29 años). La nacionalidad tampoco mostró una relación significativa con el dolor, el 75,7% de las mujeres con dolor eran españolas mientras el 24,3% eran extranjeras.

La situación laboral y el nivel educativo sí mostraron relaciones significativas con el dolor. El 60,8% de las mujeres con dolor tenían una jornada laboral completa y el 33,8% tenían estudios universitarios, frente a un 39,3% de mujeres sin dolor con estudios universitarios y un 38,5% con estudios de posgrado.

No se encontró relación significativa entre el estado civil y el dolor durante las relaciones sexuales.



En términos de antecedentes gineco-obstétricos, la edad de inicio de las relaciones sexuales no mostró asociación significativa con el dolor. Tampoco se estableció una relación significativa entre la educación sobre relaciones sexuales y el dolor. El 75,7% de las mujeres con dolor dijeron que no tenían suficiente información en el inicio de las relaciones.

El uso de anticonceptivos hormonales se asoció significativamente con el dolor, donde el 40,5% de las mujeres que los utilizaban experimentaban dolor. Además, el 33,8% de las mujeres con dolor reportaron infecciones genitales, siendo la candidiasis recurrente la más común.

El estudio analizó varios factores obstétricos relacionados con el dolor en las relaciones sexuales de las mujeres. No se encontró una relación significativa entre el embarazo y el dolor (14,9% de mujeres con dolor estaban embarazadas frente a un 10,7% sin dolor). Sin embargo, tener hijos/as se asoció significativamente con el dolor, siendo más común en mujeres con hijos/as (43,2% con dolor frente a 33,2% sin dolor).

No se pudo establecer una relación significativa entre el parto vaginal y el dolor (78,1% de los partos vaginales fueron en mujeres con dolor). La temporalidad del último parto sí mostró una asociación significativa, donde el 60% de las mujeres con dolor habían tenido el parto hacia más de un año.

Se encontró una relación significativa entre la episiotomía y el dolor, con un 25% de las mujeres con episiotomía experimentando dolor. Además, el 65,5% de las mujeres que tuvieron un desgarro perineal manifestaron tener dolor, mostrando también una relación significativa.

Por último, se valoraron las variables incluidas en el cuestionario FSFI. Los hallazgos incluyen que no hubo relación significativa entre haber tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas y la presencia de dolor. El 95,9% de las mujeres con dolor habían mantenido relaciones sexuales en ese periodo. Se encontró una relación significativa entre el deseo sexual, la excitación, la lubricación, la dificultad para alcanzar el orgasmo y la satisfacción y la presencia de dolor (Tabla 2).

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación subrayan la importancia de abordar el dolor durante las

relaciones sexuales en mujeres, especialmente desde la perspectiva de las matronas.

Un 37,8% de las mujeres encuestadas experimenta dispareunia en más de la mitad de las relaciones sexuales, una cifra superior a la reportada en estudios previos en España, pero similar a datos globales (11, 13).

La mayoría de las mujeres que sufren dolor lo hacen durante más de un año (54%), indicando que el dolor no es un problema temporal, sino que puede persistir a largo plazo si no se aborda adecuadamente y no se hace un seguimiento de la disfunción tal y como apuntan las guías de abordaje de las disfunciones sexuales femeninas (25). Además, se observó una relación entre el dolor y el puerperio, sugiriendo la necesidad de que las matronas aborden este tema durante las consultas postparto (15, 29, 30, 31).

La intensidad media del dolor, medida con la Escala Visual Analógica, es 3,81 (DE 1,382), lo que sugiere un dolor moderado con impacto significativo en la calidad de vida. Aunque un 39,2% de las mujeres ha buscado ayuda profesional, el 60,8% no lo ha hecho, citando razones como vergüenza o la creencia de que el dolor es normal, estos argumentos también fueron aportados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en un artículo sobre el dolor en las relaciones sexuales (32)

La mayoría de las mujeres consultaron a ginecólogo/as, seguido de matronas, fisioterapeutas y médicos de atención primaria. Un 58,6% sintió que recibió respuestas adecuadas, mientras que un 41,4% no, mencionando problemas como derivaciones ineficaces y tratamientos insuficientes. Estos datos son acordes a los ya aportados por la Estrategia Nacional de Salud Sexual, donde se mencionaba que la mayoría de las personas preocupadas por la salud sexual, no buscaron atención para solucionar la problemática (33).

Solo un 12,75% de las mujeres fue preguntada sobre el dolor durante las consultas, evidenciando una falta de atención clínica al tema y un 41,4%, sintió que no recibieron respuestas adecuadas a la problemática. Algunas de las razones citadas incluyen la derivación a fisioterapia, dificultades económicas para acceder a tratamientos, el diagnóstico de "todo está bien" sin abordar adecuadamente sus preocupaciones y la sugerencia de lubricantes como solución rápida sin investigar

más a fondo la causa subyacente del problema. Esto difiere de lo que manifestaba la ENSS que afirmaba que el grado de satisfacción mostrada por la atención recibida en consulta era alta (32).

Los resultados obtenidos al contrastar la variable de dolor durante las relaciones sexuales con diversas características sociodemográficas proporcionan información valiosa sobre posibles factores asociados a este fenómeno y ponen en relevancia la multifactorialidad asociada a la dispareunia, punto ya observado en otros estudios (4,5). La investigación revela que la edad, la nacionalidad y el estado civil no tienen una relación significativa con la dispareunia. Sin embargo, la ocupación laboral y el nivel educativo sí muestran una relación, sugiriendo que el estrés laboral y la educación sobre la salud sexual podrían influir en la experiencia de dolor.

El uso de anticonceptivos hormonales y antecedentes ginecológicos como infecciones genitales y desgarras perineales están significativamente asociados con el dolor. Además, factores sexuales como el deseo, la excitación, la lubricación y la capacidad de alcanzar el orgasmo también están relacionados con la dispareunia, influyendo en la satisfacción sexual general.

Por último, la mayoría de las mujeres expresaron un fuerte acuerdo en que la matrona debería preguntar sobre la salud sexual durante las consultas. Esto indica una demanda por una atención más integral y sensible a las necesidades sexuales de las mujeres y resaltan la necesidad de una mayor conciencia y educación sobre el dolor durante las relaciones sexuales, así como de una atención y apoyo adecuados para las mujeres que lo experimentan.

## CONCLUSIONES

El presente estudio proporciona una visión detallada sobre el dolor durante las relaciones sexuales en mujeres en edad fértil, respondiendo a los objetivos planteados al inicio de la investigación y destacando varios hallazgos significativos.

En primer lugar, se identificaron factores estadísticamente significativos asociados al dolor durante las relaciones sexuales, como la ocupación laboral, el nivel de estudios, el uso de anticonceptivos hormonales, antecedentes ginecológicos (infecciones genitales, enfermedades pélvicas), características del

embarazo y parto (desgarro perineal), y aspectos de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción sexual).

La investigación muestra una alta prevalencia del dolor, apuntando que el 37,8% de la muestra experimenta dispareunia en más de la mitad de las relaciones sexuales. La media de intensidad de dolor medida en la Escala EVA fue de 3,81, considerado moderado, con un impacto en la calidad de vida y en las relaciones íntimas y sociales de las mujeres afectadas.

En relación con la persistencia y duración del dolor, este, puede persistir a largo plazo si no se aborda adecuadamente, con un 54% de las mujeres reportando más de un año de duración del dolor. Aquellas con una duración menor a un año habían tenido un parto vaginal reciente, relacionando el puerperio con la presencia de dolor en las relaciones.

Un 60,8% de las mujeres no habían buscado ayuda profesional. Las barreras incluyen la percepción de que el dolor desaparecerá solo, la vergüenza de discutir el tema y la creencia errónea de que es normal experimentar dolor durante las relaciones sexuales.

Se resalta la importancia del papel de los profesionales de la salud, especialmente las matronas, en el abordaje del dolor durante las relaciones sexuales. Las matronas fueron el segundo profesional más consultado después del ginecólogo/a. Un 41,4% de las mujeres con dolor sintieron que no habían recibido respuestas adecuadas a su problemática.

Se destaca la importancia de considerar diversos aspectos relacionados con la función sexual al evaluar y tratar el dolor durante las relaciones sexuales para mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas. La mayoría de las mujeres expresaron que las matronas deberían preguntar sobre la salud sexual durante las consultas, indicando una demanda por una atención más integral y sensible a las necesidades sexuales de las mujeres.

**Limitaciones del estudio:** El estudio se realizó con una muestra captada en las salas de espera de los Centros de Especialidades del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, utilizando un muestreo por conveniencia que podría limitar la validez externa de los resultados. Fue difícil

conseguir la muestra deseada, aumentando el margen de error del trabajo al 7%.

**Propuesta de mejora:** Desarrollar actuaciones específicas del campo de la matrona para abordar la sexualidad y sus disfunciones. Incorporar en el estudio las opiniones de los profesionales y conocer la formación que tienen las matronas sobre el abordaje de la sexualidad.

**Nuevas líneas de investigación:** Se ha evidenciado la falta de diagnósticos de Enfermería relacionados con esta temática. En la Clasificación NANDA, el diagnóstico “disfunción sexual” y el NIC “Cuidados posparto” no incluyen cuidados de episiotomía/desgarro ni suelo pélvico. Tampoco existe el NOC “Recuperación de suelo pélvico posparto”, por ejemplo.

**Financiación:** Este trabajo no ha recibido financiación.

**Conflicto de intereses:** Declaro que no existe ningún conflicto de intereses que pueda influir de manera inapropiada en nuestro trabajo. No existen relaciones financieras o personales con otras personas u organizaciones que puedan presentar un conflicto de intereses relacionado con el contenido del presente trabajo.

**Recuento del resumen y del cuerpo del manuscrito, excluidas la bibliografía y las tablas:**

Resumen estructurado: 237 palabras /Abstract: 221 words / 229 palabras.

Cuerpo del manuscrito: 3,264 palabras

**Agradecimientos:** Un agradecimiento a Consuelo Soto, por su invaluable orientación y apoyo durante todo el proyecto y a los equipos de los Centros de Especialidades por su crucial colaboración en la recolección de la muestra, su ayuda ha sido fundamental para la realización de este estudio.

## REFERENCIAS

- Asociación Mundial para la Salud Sexual [Internet]. Estados Unidos: Asociación Mundial para la Salud Sexual. [citado 8 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf)
- Salud sexual [Internet]. OMS. World Health Organization; [citado 7 de marzo 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)
- Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado. 2023 [citado 23 junio de 2023] (España). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-5364-consolidado.pdf> Recibido: 13 de diciembre 2024
- Lituna Campoverde GM. Prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual durante la transición a la menopausia y posmenopausia, en el personal docente y administrativo de la universidad de Cuenca 2022 [Internet]. Universidad de Cuenca. 2023 [citado 23 marzo 2023]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31339/3/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n%201.pdf>
- Wheeler LJ, Guntupalli SR. Female Sexual Dysfunction: Pharmacologic and Therapeutic Interventions. Obstet Gynecol. 2020 Jul;136(1):174-186. doi: 10.1097/AOG.0000000000003941. PMID: 32541291.
- Association AP. DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial / DSM-5®. Editorial Médica Panamericana; 2015
- Rabanal Carrera A, Biec Amigo T, Jiménez Martín N. Dispareunia [Internet]. Guía Fisterra. Elsevier; 2017 [citado 19 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dispareunia/>
- Tayyeb M, Gupta V. Dyspareunia [Internet]. National Library of Medicine. 2022 [citado 19 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
- Spengler-González L, de-Dios-Blanco E, Roque-Ortega L, Moraguez D. Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2020 [citado 20 marzo 2023]; 49 (3) Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/450>
- Lagaert L, Weyers S, Kerrebroeck H Van, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. Eur J Contracept & Reprod Heal Care [Internet]. 2017;22(3):200-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>
- Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. Cureus. 2018 Mar 27;10(3):e2379. doi: 10.7759/cureus.2379. PMID: 29805948; PMCID: PMC5969816.
- Velázquez J. Dispareunia: Una afección en distintas etapas de la vida sexual de la mujer. Cent Salud La Paz [Internet]. 2017;45. Disponible en: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlaneacionMunicipal/observatorio/Shared\\_Content/Documentos/2019/Pautas metodológicas caracterizaciones poblacionales Agosto 2019.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlaneacionMunicipal/observatorio/Shared_Content/Documentos/2019/Pautas metodológicas caracterizaciones poblacionales Agosto 2019.pdf)
- Berenguer-Soler M, Navarro-Sánchez A, Compañ-Rosique A, Luri-Prieto P, Navarro-Ortiz R, Gómez-Pérez L, et al. Genito Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD) in Spanish Women—Clinical Approach in Primary Health Care: Review and Meta-



- Analysis. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2022 Apr 22;11(9):2340. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11092340>
14. Hugo E, Franco Z, Antony K, Alejandro J, Moreira Z, Stefania S, et al. Etiología y tratamiento de la dispareunia. Recimundo [Internet]. 2019;3(3):643-58. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/617/906%0Ahttps://recimundo.com/index.php/es/article/view/617>
15. Jumilla A, Ondiviela PC, Bueicheku RD, Cuartero M del M. Dispareunia en el posparto. Rev Sanit Invest. 2021;2(8).
16. Mateu Arrom L, Girabent-Farrés M, González M, Palou J, Errando-Smet C, Ramírez-García I. Development and validation of a short version of the Female Sexual Function Index in the Spanish population. BMC Womens Health [Internet]. 2021;21(1):63. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01213-8>
17. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, 129. Sec. III España; 2009 p. 44697-729. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881)
18. Organización Mundial de la Salud OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 23 de marzo 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
19. International definition of the midwife [Internet]. International Confederation of the Midwife. 2017 [citado 14 marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)
20. Sexualidad a lo largo de la vida: La Matrona, profesional de Referencia [Internet]. Matronas y Tú. Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2014 [citado 14 marzo 2023]. Disponible en: <https://matronasytu.com/2014/12/01/sexualidad-a-lo-largo-de-la-vida-la-matrona-profesional-de-referencia/>
21. Portillo Sánchez S, Pérez Medina T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. Progresos Obstet y g [Internet]. 2017;60:320-7. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03\\_TIRSO\\_Trabajo\\_San.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03_TIRSO_Trabajo_San.pdf)
22. Margueritte F, Fritel X, Zins M, Goldberg M, Panjo H, Fauconnier A, et al. The Underestimated Prevalence of Neglected Chronic Pelvic Pain in Women, a Nationwide Cross-Sectional Study in France. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2021 Jun 3;10(11):2481. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10112481>
23. Nimbi FM, Rossi V, Tripodi F, Luria M, Flinchum M, Tambelli R, et al. Genital pain and sexual functioning: Effects on sexual experience, psychological health, and quality of life. The Journal of Sexual Medicine. 2020;17(4):771-83.
24. Tayyeb M, Gupta V. Dyspareunia [Internet]. National Library of Medicine. 2022 [citado 19 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
25. González LMS, Blanco EDD, Ortega LR, Moraguez DM. Dispareunia and vaginism, sexual disorders due to pain. Rev Cuba Med Mil. 2020;49(3):1-22.
26. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 3 julio 2023]; 28(3): 33-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es).
27. Pardo C., Muñoz T., Chamorro C.. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [Internet]. 2006 nov [citado 3 julio 2023]; 30(8): 379-385. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es).
28. Rodríguez ML, González AL. Disfunción sexual femenina [Internet]. Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España; 2019 [citado 19 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/sabidi.urv.cat/guias-clinicas/disfuncion-sexual-femenina/>
29. Arbués ER, Gil MS, Castillo MM, Rubio VP, Forné NB, Sebastián MT De, et al. Dispareunia. etiología y manejo terapéutico. NURE Investig Rev Científica enfermería [Internet]. 2013; 62:1. Disponible en: <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=7668710>
30. Junqueira Vasconcellos de Oliveira, S.M., de Souza Caroci, A., de Paula Batista Mendes, E., Guimarães de Oliveira, S. y Penha Silva, F. 2018. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. Enfermería Global. 17, 3 (jun. 2018), 26-67. DOI: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.6018/eglobal.17.3.292821>
31. Rosen NO, Dawson SJ, Binik YM, Pierce M, Brooks M, Pukall C, et al. Trajectories of Dyspareunia From Pregnancy to 24 Months Postpartum. Obstet Gynecol. 2022;139(3):391-9.
32. Dolor en las relaciones sexuales [Internet]. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; [citado 10 mayo 2023]. Disponible en: [https://sego.es/mujeres/Dolor\\_relaciones.pdf](https://sego.es/mujeres/Dolor_relaciones.pdf)
33. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR); 2011 [Internet]. [citado 10 mayo 2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Tabla 2: Resultados del cuestionario FSFI según el dolor (Elaboración propia)

| Cuestionario FSFI                                         |                                    | Mujeres con dolor > mitad de las RRSS (N=74) | Mujeres con dolor < mitad RRSS (N=122) | Sig. (p)   |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|------------|
| ACTIVIDAD SEXUAL ÚLTIMAS 4 SEMANAS                        | Si                                 | (fi=71) 95,95%                               | (fi=108) 88,5%                         | 0,07>0,05. |
|                                                           | No                                 | (fi=3) 4,1%                                  | (fi=14) 11,5%                          |            |
| DESEO O INTERÉS SEXUAL                                    | Siempre o casi siempre             | (fi=2) 2,7%                                  | (fi=8) 6,6%                            | 0,014<0,05 |
|                                                           | Bastantes veces                    | (fi=23) 31,1%                                | (fi=50) 41%                            |            |
|                                                           | A veces                            | (fi=26) 35,1%                                | (fi=34) 27,9%                          |            |
|                                                           | Pocas veces                        | (fi=19) 25,7%                                | (fi=12) 9,8%                           |            |
|                                                           | Casi nunca o nunca                 | (fi=1) 1,4%                                  | (fi=4) 3,3%                            |            |
|                                                           | No he tenido actividad sexual      | (fi=3) 4,1%                                  | (fi=14) 11,5%                          |            |
| LUBRICACIÓN VAGINAL HASTA EL FINAL DE LA ACTIVIDAD SEXUAL | No he tenido actividad sexual      | (fi=3) 4,1%                                  | (fi=14) 11,5%                          | ,0<0,05    |
|                                                           | Siempre o casi siempre             | (fi=7) 9,5%                                  | (fi=48) 39,3%                          |            |
|                                                           | La mayoría de las veces            | (fi=18) 24,3%                                | (fi=41) 33,6%                          |            |
|                                                           | A veces (alrededor de la mitad)    | (fi=24) 32,4%                                | (fi=10) 8,2%                           |            |
|                                                           | Pocas veces (menos de la mitad)    | (fi=17) 23%                                  | (fi=8) 6,6%                            |            |
|                                                           | Casi nunca o nunca                 | (fi=5) 6,8%                                  | (fi=1) 0,8%                            |            |
| EXCITACIÓN SEXUAL DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL             | No he tenido actividad sexual      | (fi=3) 4,1%                                  | (fi=14) 11,5%                          | 0,001<0,05 |
|                                                           | Siempre o casi siempre             | (fi=17) 23%                                  | (fi=54) 44,3%                          |            |
|                                                           | La mayoría de las veces            | (fi=29) 39,2%                                | (fi=39) 32%                            |            |
|                                                           | A veces (alrededor de la mitad)    | (fi=18) 24,3%                                | (fi=9) 7,4%                            |            |
|                                                           | Pocas veces (menos de la mitad)    | (fi=6) 8,1%                                  | (fi=6) 4,9%                            |            |
|                                                           | Casi nunca o nunca                 | (fi=1) 1,4%                                  | (fi=0) 0,0%                            |            |
| DIFICULTAD ALCANZAR ORGASMO                               | No he tenido actividad sexual      | (fi=3) 4,1%                                  | (fi=14) 11,5%                          | 0,002<0,05 |
|                                                           | Extremadamente difícil o imposible | (fi=2) 2,26%                                 | (fi=2) 1,7%                            |            |
|                                                           | Muy difícil                        | (fi=9) 11,8%                                 | (fi=5) 4,2%                            |            |
|                                                           | Difícil                            | (fi=28) 36,8%                                | (fi=23) 19,2%                          |            |
|                                                           | Poco difícil                       | (fi=31) 40,8%                                | (fi=57) 47,5%                          |            |
|                                                           | Nada difícil (fácil)               | (fi=3) 3,9%                                  | (fi=19) 15,8%                          |            |
| SATISFACCIÓN VIDA SEXUAL                                  | Muy satisfecha                     | (fi=4) 5,3%                                  | (fi=21) 17,5%                          | 0,00<0,05  |
|                                                           | Moderadamente satisfecha           | (fi=29) 38,2%                                | (fi=58) 48,3%                          |            |
|                                                           | Ni satisfecha ni insatisfecha      | (fi=30) 39,5%                                | (fi=17) 14,2%                          |            |
|                                                           | Moderadamente insatisfecha         | (fi=9) 11,8%                                 | (fi=9) 7,5%                            |            |
|                                                           | Muy insatisfecha                   | (fi=1) 1,3%                                  | (fi=1) 0,8%                            |            |
|                                                           | No he tenido actividad sexual      | (fi=3) 4,1%                                  | (fi=14) 11,5%                          |            |