

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“ACTIVIDAD SEXUAL Y MODIFICACIONES DE LA MISMA EN  
PACIENTES EMBARAZADAS PERTENECIENTES DEMOGRÁFICAMENTE  
A LOS CENTROS DE SALUD UNIÓN DE CIUDADELAS Y PÍO XII DURANTE  
LOS MESES DE ABRIL A JULIO DE 2015.”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN**

**GRACE CAROLINA PICHUCHO MUÑOZ**

**FERNANDO PATRICIO SUQUILLO YÁNEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. GINA SOLÓRZANO**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ROSA GOYES**

**QUITO – ECUADOR**

**2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por la vida y salud que nos otorga.

A nuestras familias, que nos alentaron siempre a la culminación de tan noble profesión.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por permitir nuestra formación profesional.

A las Doctoras Gina Solórzano, Rosa Goyes y Carmen Cabezas por dirigirnos y orientarnos en el proceso de esta investigación.

Al Doctor Ibar Gonzalez, Jefe del Distrito Chilibulo A Lloa, por la autorización para realizar el estudio.

A los Centros de Salud Unión de Ciudadelas y Pío XII y sus directivos por permitirnos llevar a cabo este proyecto de investigación en dichas unidades médicas.

A todos nuestros Maestros de Pregrado que con su sabiduría nos permiten cumplir otra meta en la vida.

## **DEDICATORIA**

A mis padres Hugo y Yetsi

A mis hermanos

*Grace Carolina*

A mis padres Johnny y Patricia

A mi hermano Johnny

*Fernando Patricio*

# Lista de Contenidos

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....	1
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	4
2.1 SEXUALIDAD Y RESPUESTA SEXUAL.....	4
2.1.1 Sexualidad.....	4
2.1.2 La libido .....	5
2.1.3 Teorías de la respuesta sexual .....	6
2.1.4 Fisiología de la Respuesta Sexual.....	13
2.2. RESPUESTA SEXUAL EN EL EMBARAZO.....	22
2.2.1. Procesos psicológicos adaptativos durante el embarazo.....	22
2.2.2 Cambios Fisiológicos del Embarazo.....	25
2.2.3 Cambios en la Actividad Sexual .....	31
2.2.4 ¿Es peligroso el coito durante el embarazo?.....	36
2.3. CONCEPTOS SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL EMBARAZO EN DIFERENTES CULTURAS.....	42
2.3.1. Actividad Sexual en los Pueblos Primitivos .....	42
2.3.2 Actividad Sexual durante el Embarazo en la Población Indígena de Oceanía Arapesh.....	43
2.3.3. Actividad sexual durante en el embarazo en los habitantes de Melanesia .....	44
2.3.4. Actividad sexual en el embarazo en la Roma y Grecia Antigua.....	44
2.3.5. Actividad sexual en el embarazo durante el cristianismo .....	45
2.3.6. La Revolución Francesa Y La Mujer .....	46
2.3.7. Actividad Sexual durante el Embarazo en la Población Campesina de la Provincia de Pichincha .....	47
2.3.8 Adaptaciones de la actividad sexual en la mujer embarazada en la época contemporánea.....	48
2.4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR .....	50
3. CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS .....	53
3.1. JUSTIFICACIÓN .....	53
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	54
3.3. HIPÓTESIS.....	55
3.4. OBJETIVOS .....	55
3.4.1. Objetivo General.....	55
3.4.2. Objetivos Específicos.....	55
3.5. METODOLOGÍA .....	57
3.5.1. Operacionalización de Variables .....	57

3.5.2. Universo y Muestra.....	60
3.5.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	61
3.5.4. Tipo de Estudio.....	61
3.5.5. Procedimiento de Recolección de Muestra.....	62
3.5.6 Análisis Estadístico.....	63
3.5.7 Aspectos Bioéticos.....	65
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	66
4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES.....	66
4.1.1 Características generales del grupo estudiado.....	66
4.1.2 Fuentes de información acerca de actividad sexual durante el embarazo.....	71
4.1.3 Número de Mujeres que recibieron información sobre actividad sexual por parte del Profesional del Salud.....	72
4.1.4 Cambios de las características de la actividad sexual durante el embarazo comparados con su situación previa al mismo.....	73
4.1.5 Conocimiento de las embarazadas con relación a las complicaciones producidas por la actividad sexual durante el embarazo.....	74
4.1.6 Trimestre del embarazo en el que existe más modificaciones en la actividad sexual.....	78
4.1.7 Variables sociodemográficas y cambios en las características de la actividad sexual de las embarazadas (edad, instrucción, número de gestas, tiempo de convivencia con la pareja).....	84
5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	107
6. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	115
7. REFERENCIAS.....	119
8. ANEXOS.....	126

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Respuesta Sexual de la Mujer y del Hombre según el Modelo de Master y Johnson.

Figura 2: Modelo Trifásico de Kaplan.

Figura 3: Modelo cíclico de Basson.

Figura 4: Fases Fisiológicas de la Respuesta sexual.

Figura 5: Croquis de la zona “Unión de Ciudadelas”.

Figura 6: Croquis de la Zona “PIO XII”

Figura 7: Distribución de la población por edades

Figura 8: Distribución de la Población por Edad Gestacional en Semanas.

Figura 9: Distribución de la Población por Trimestre de Edad Gestacional.

Figura 10: Distribución de la Población entre Primigestas y Multigestas

Figura 11: Distribución de la Población Según los Años de Relación con la Pareja.

Figura 12: Distribución de la Población Según las Personas con las que viven.

Figura 13: Distribución de la Población según su Nivel de Estudios.

Figura 14: Distribución de la Fuentes de Información según la Frecuencia de Consultas por parte de las Mujeres Embarazadas.

Figura 15: Distribución de la población según su respuesta con respecto al conocimiento de la penetración y daño al feto.

Figura 16: Distribución de la Población según su Respuesta con respecto al conocimiento de la actividad sexual en el último trimestre

Figura 17: Distribución de la Población según su respuesta con respecto al conocimiento de la actividad sexual y el desencadenamiento del parto.

Figura 18: Distribución de la población según su respuesta con respecto al conocimiento de la actividad sexual y las enfermedades relacionadas con el embarazo.

Figura 19: Distribución de la Población según su respuesta con relación al conocimiento de la actividad sexual y los embarazos múltiples.

Figura 20: Frecuencia Coital vs Grupo Etario antes del Embarazo.

Figura 21: Frecuencia Coital vs Grupo Etario durante el Embarazo.

Figura 22: Orgasmos vs Grupo Etario antes del Embarazo.

Figura 23: Orgasmos vs Grupo Etario durante el Embarazo.

Figura 24: Deseo vs Grupo Etario antes del Embarazo.

Figura 25: Deseo vs Grupo Etario durante el Embarazo.

Figura 26: Lubricación vs Grupo Etario antes del Embarazo.

Figura 27: Lubricación vs Grupo Etario durante el Embarazo.

Figura 28: Dolor vs Grupo Etario antes del Embarazo.

Figura 29: Dolor vs Grupo Etario durante el Embarazo.

Figura 30: Comunicación en Pareja vs Grupo Etario antes del Embarazo.

Figura 31: Comunicación en Pareja vs Grupo Etario durante el Embarazo.

Figura 32: Frecuencia Coital vs Número de Gestas antes del Embarazo.

Figura 33: Frecuencia Coital vs Número de Gestas durante el Embarazo.

Figura 34: Orgasmos vs Número de Gestas antes del Embarazo.

Figura 35: Orgasmos vs Número de Gestas durante el Embarazo.

Figura 36: Deseo vs Número de Gestas antes del Embarazo.

Figura 37: Deseo vs Número de Gestas durante el Embarazo.

Figura 38: Lubricación vs Número de Gestas antes del Embarazo.

Figura 39: Lubricación vs Número de Gestas durante el Embarazo.

Figura 40: Dolor vs Número de Gestas antes del Embarazo.

Figura 41: Dolor vs Número de Gestas durante el Embarazo.  
Figura 42: Comunicación en Pareja vs Número de Gestas antes del Embarazo.  
Figura 43: Comunicación en Pareja vs Número de Gestas durante el Embarazo.  
Figura 44: Frecuencia Coital vs Trimestre Gestacional antes del Embarazo.  
Figura 45: Frecuencia Coital vs Trimestre Gestacional durante el Embarazo.  
Figura 46: Orgasmos vs Trimestre Gestacional antes del Embarazo.  
Figura 47: Orgasmos vs Trimestre Gestacional durante el Embarazo.  
Figura 48: Deseo vs Trimestre Gestacional antes del Embarazo.  
Figura 49: Deseo vs Trimestre Gestacional durante el Embarazo.  
Figura 50: Lubricación vs Trimestre Gestacional antes del Embarazo.  
Figura 51: Lubricación vs Trimestre Gestacional durante el Embarazo.  
Figura 52: Dolor vs Trimestre Gestacional antes del Embarazo.  
Figura 53: Dolor vs Trimestre Gestacional durante el Embarazo.  
Figura 54: Comunicación en Pareja vs Trimestre Gestacional antes del Embarazo.  
Figura 55: Comunicación en Pareja vs Trimestre Gestacional durante el Embarazo.  
Figura 56: Frecuencia Coital vs Años de Relación con la Pareja antes del Embarazo.  
Figura 57: Frecuencia Coital vs Años de Relación con la Pareja durante el Embarazo.  
Figura 58: Orgasmos vs Años de Relación con la Pareja antes del Embarazo.  
Figura 59: Orgasmos vs Años de Relación con la Pareja durante el Embarazo.  
Figura 60: Deseo vs Años de Relación con la Pareja antes del Embarazo.  
Figura 61: Deseo vs Años de Relación con la Pareja durante el Embarazo.  
Figura 62: Lubricación vs Años de Relación con la Pareja antes del Embarazo.  
Figura 63: Lubricación vs Años de Relación con la Pareja durante el Embarazo.  
Figura 64: Dolor vs Años de Relación con la Pareja antes del Embarazo.  
Figura 65: Dolor vs Años de Relación con la Pareja durante el Embarazo.  
Figura 66: Comunicación en Pareja vs Años de Relación con la Pareja antes del Embarazo.  
Figura 67: Comunicación en Pareja vs Años de Relación con la Pareja durante el Embarazo.  
Figura 68: Frecuencia Coital vs Nivel de Instrucción antes del Embarazo.  
Figura 69: Frecuencia Coital vs Nivel de Instrucción durante el Embarazo.  
Figura 70: Orgasmos vs Nivel de Instrucción antes del Embarazo.  
Figura 71: Orgasmos vs Nivel de Instrucción durante el Embarazo.  
Figura 72: Deseo vs Nivel de Instrucción antes del Embarazo.  
Figura 73: Deseo vs Nivel de Instrucción durante el Embarazo.  
Figura 74: Lubricación vs Nivel de Instrucción antes del Embarazo.  
Figura 75: Lubricación vs Nivel de Instrucción durante el Embarazo.  
Figura 76: Dolor vs Nivel de Instrucción antes del Embarazo.  
Figura 77: Dolor vs Nivel de Instrucción durante el Embarazo.  
Figura 78: Comunicación en Pareja vs Nivel de Instrucción antes del Embarazo.  
Figura 79: Comunicación en Pareja vs Nivel de Instrucción durante el Embarazo.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción de las Prostaglandinas, receptor en el que actúan y su acción.

Tabla 2: Operacionalización de Variables

Tabla 3: Estadística Descriptiva de la Población por Edades

Tabla 4: Estadística Descriptiva de la Población por Edad Gestacional

Tabla 5: Listado de las Fuentes de Información

Tabla 6: Comparación de las Características de la Actividad Sexual Antes y Durante el Embarazo.

Tabla 7: Comparación del Trimestre de Gestación y la Frecuencia Coital Durante el Embarazo

Tabla 8: Comparación entre Trimestre Gestacional con Orgasmos Durante el Embarazo.

Tabla 9: Comparación entre Trimestre Gestacional con Deseo de mantener relaciones sexuales durante el Embarazo

Tabla 10: Comparación entre Trimestre Gestacional con Lubricación durante la relación sexual durante el embarazo.

Tabla 11: Comparación entre Trimestre Gestacional con Dolor Durante la relación sexual durante el Embarazo.

Tabla 12: Comparación entre Trimestre Gestacional con Comunicación con la pareja durante el embarazo.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los cambios existentes la actividad sexual de las embarazadas con respecto a su conducta sexual antes del embarazo.

**Métodos:** en un estudio descriptivo analítico transversal estudió a 150 mujeres embarazadas pertenecientes a 2 centros de salud del sur de Quito. Un cuestionario anónimo evaluó características de la actividad sexual antes y durante el embarazo así como datos sociodemográficos de las embarazadas.

**Resultados:** En las 150 mujeres la mediana de la edad fue 25 años. Las mujeres embarazadas mostraron un patrón similar de disminución de la actividad sexual comparado con la condición antes del embarazo, durante el primer, segundo y tercer trimestre en frecuencia coital, orgasmos, deseo sexual y lubricación con una significancia de 0,000; excepto por dolor y comunicación con la pareja donde no hubo diferencias. Los aspecto sociodemográficos como años de convivencia con la pareja, nivel de instrucción y con quien convive la embarazada parece ejercer cierta influencia en la actividad sexual pero en este estudio estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos. La fuente de información más consultada por las embarazadas sobre actividad sexual en el embarazo fue la pareja con un 49,33%. Solo el 32.63% recibió información por parte del profesional de salud. El 62,67% conoce que el coito no es perjudicial para el feto siempre y cuando no haya alguna patología del embarazo que lo contraindique. Sin embargo, el 46% creía que el coito en el tercer trimestre podría desencadenar el parto.

**Conclusión:** las carteristas de la actividad sexual si presentan cambios estadísticamente significativos durante el embarazo. Las diferencias encontradas entre trimestres no fueron estadísticamente significativas.

**Palabras clave:** Actividad sexual, embarazo, sexualidad, coito, orgasmo.

## SUMMARY

**Objetives:** Identify the existence of changes in sexual activity of pregnant women with regard to their sexual behavior before pregnancy.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study evaluated 150 healthy pregnant women from two health centers in the south of Quito. An anonymous questionnaire evaluated characteristics of sexual activity before and during pregnancy and sociodemographic data of pregnant women.

**Results:** In the 150 women the median age was 25 years. Pregnant women showed a similar pattern of decline in sexual activity compared to the condition before pregnancy, during the first, second and third trimester in coital frequency, orgasms, sexual desire and lubrication with a significance of 0.000; except for pain and partner communication where there was no difference. Sociodemographic data such as years of living with the couple, education level and with whom lives pregnant woman seems to exert some influence on sexual activity but in this study these findings were not statistically significant. The most consulted source of information for pregnant women about sexual activity in pregnancy was the couple with a 49.33%. Only 32.63% received information from the health professional. The 62.67% know that intercourse is not harmful to the fetus as long as there is some pathology that contraindicated in pregnancy. However, 46% believed that coitus in the third quarter could trigger labor.

**Conclusion:** The characteristics of sexual activity show statistically significant changes during pregnancy. The differences between trimesters were not statistically significant.

**Keywords:** sexual activity, pregnancy, sexuality, intercourse, orgasm

## **1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

La sexualidad humana es un proceso continuo y pluridimensional, se desarrolla desde el nacimiento hasta la muerte y varía de una cultura a otra y en el contexto social e histórico en que se desarrolla (Cabrera & Paredes, 2012).

Los problemas relacionados con la sexualidad son más hondos e importantes para el bienestar y la salud de las personas que lo que se ha admitido, y precisamente, la ignorancia de las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre las mismas guardan una estrecha relación con los diversos problemas de la salud y con la calidad de vida (OMS, 1975).

Sigmund Freud (1856-1939) estableció la importancia que la sexualidad tenía para las personas. Desarrolló su teoría de la personalidad, cuyo tema se centraba en el desarrollo sexual e introdujo en la sociedad el término “libido” como la energía que todas las personas en sus actividades (Freud S. , 1901).

La sexualidad sufre cambios a lo largo de la vida de las personas, con particular importancia de las mujeres. Por ello el embarazo, no puede ser considerado solo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo como lo menciona (Martinotti & Sebastiani, 2002). Es de hecho todo lo contrario. En el embarazo se expresan varias y profundas modificaciones en la función sexual que exigen ser reconocidos para un adecuado asesoramiento sobre actividad sexual durante el embarazo a la mujer y a su pareja (Martinotti & Sebastiani, 2002).

Los textos obstétricos prohibían el coito desde la 6ta semana hasta los 3 meses o más antes del momento del parto. Las razones han variado desde los conceptos más

antiguos como los efectos contraproducentes que tiene la actividad sexual durante el embarazo (introducción del pene, orgasmo, etc.) hasta las precauciones más recientes y actuales sobre los efectos uterinos y cervicales adversos de las prostaglandinas seminales. Otros se expresan en el sentido de una posible conexión entre el acto sexual y la posible inducción de un proceso infeccioso intrauterino en el embarazo según lo expresa Sueiro en su obra *Sexualidad y embarazo* (Piñero, y otros, 2010).

Durante las últimas décadas, la investigación sobre diferentes aspectos de la sexualidad de la mujer embarazada se ha centrado principalmente en algunos comportamientos sexuales específicos (como la actividad coital) o los cambios durante la respuesta, prestando menos atención a los aspectos cognitivos y las experiencias subjetivas relacionadas con la propia actividad sexual que explicaremos más adelante (Carrobbles, 2011).

El embarazo es una situación compleja de stress psicológico durante la vida de una mujer y su familia, este stress también físico y funcional parecería influir en la sexualidad y en las actitudes relacionadas (Tamayo, Calderón, & Colunga, 2003).

Como Molero (2006) lo menciona, la embarazada muestra cambios biológicos que afectan el deseo, la respuesta y el comportamiento sexual; así es como se interrumpen patrones sexuales largamente establecidos. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia, la pérdida del deseo y frecuentes respuestas no orgásmicas en la mujer; los hombres en cambio encuentran dificultades eréctiles, disfunciones eyaculativas y desórdenes de la libido (Martinotti & Sebastiani, 2002).

Como Ortiz (2010) bien lo comenta en su estudio, existe por lo general preocupación en relación con la salud de la madre y del niño, y se efectúan ajustes en la familia en relación con la espera de un nuevo ser (Tamayo, Calderón, & Colunga, 2003).

Como lo dice Seemans (1971) la conducta sexual durante el embarazo constituye un aspecto importante dentro de la vida de la mujer y es determinante para fortalecer la unión de la pareja; en nuestro país la sexualidad todavía se encuentran rodeadas de prejuicios, generalmente por la falta de una adecuada educación sexual (Tamayo, Calderón, & Colunga, 2003).

Se deja de lado, que una buena relación sexual durante el embarazo es determinante para fortalecer la unión de la pareja. Se olvida que, además de vivir el proceso de asumir nuevos roles; el de padres, el hombre y la mujer siguen siendo amantes (Sueiro, 1995).

En la actualidad, el coito no se considera simplemente como una función en pro de la reproducción, sino también como complementaria para el mantenimiento de la pareja. La libido es una función fisiológica más, que, de no realizarse, es causa de múltiples alteraciones somáticas y psíquicas (Piñero, y otros, 2010).

Clínicos y psiquiatras coinciden en el beneficio psicofísico que las correctas relaciones sexuales proporcionan, ya que representan una función integradora que contribuye a mantener la homeostasis o equilibrio del individuo y, por tanto, su estado de salud (Arteaga, 2003).

## 2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### 2.1. SEXUALIDAD Y RESPUESTA SEXUAL

#### 2.1.1. Sexualidad

Al hablar de sexualidad y buscar definirla integralmente encontramos que es una entidad de difícil delimitación o encasillamiento en un concepto puntual, esto se debe a su carácter multidimensional y sus complicadas estructuras, además de su poder para influenciar la conducta humana y su papel en la historia. La misma ha ido evolucionando con el valioso aporte de las influencias del medio y la educación práctica y social que adquiere y se incorpora a la mentalidad humana.

La sexualidad es como una satisfacción instintiva ligada a “algo más” que tan solo la fuerza natural que empuja a los seres humanos a la reproducción o tan solo a la satisfacción del instinto sexual; que son el *eros* y *el ágape*. El *eros* que es el impulso erótico que yace en la creación artística, es un sentimiento estético, que hace amar algo porque es deseable, es algo más que libido o acción sexual pura. Lo erótico en consecuencia es una forma de conducta dirigida a la obtención de placer sexual, pero sujeta a variaciones culturales y personales. El *Ágape* es un tipo de amor incondicional y reflexivo, en el que el amante tiene en cuenta sólo el bien del ser amado (Weeks, 1986; 13).

Comúnmente la sexualidad y el término “sexo” son asumidos como uno mismo, y mucho más complicado son los usos comunes de la palabra sexo; que hace referencia tanto a un acto como a una categoría de persona, es decir una práctica y un género. En el

siglo XVI el término sexo se refería precisamente a las diferencias de género, cuya expresión biológica se concreta en la adolescencia y cuya faceta psicológica es resultado de una larga educación. Sin embargo desde el siglo XIX el significado que se le atribuye se refiere a las relaciones físicas entre los sexos; al acto sexual. El mismo que en este ámbito tan amplio de la sexualidad es un componente esencial pero no exclusivo. Esta concepción del sexo está directamente relacionada con nuestra cultura (Weeks, 1986, págs. 15-22; 14).

Además se debe desligar la errada idea de ver al “sexo” y al “instinto” como sinonimias. El concepto común de instinto presume una forma de actividad que conduce a la satisfacción de una necesidad de manera inevitable, imposible de controlar. El instinto sexual por lo tanto, no es una fuerza biológica básica sino una forma concreta de conducta, psicológica y socialmente condicionada; basada en una formación que le permitirá actuar ya no instintivamente, sino según lo que las normas e ideales propios y sociales le permitan y le direccionen. La actitud individual, del hombre o de la mujer, frente a su sexo es siempre el resultado de este doble juego entre su educación y formación individual, y las posibilidades sociales de realizar una determinada conducta (Ibor Lopez, 1968).

### **2.1.2. La libido**

Hablando de conducta sexual no se puede dejar de mencionar el concepto de la libido. Este término fue introducido por Freud para asignar, según él, “*aquella fuerza o energía con que se manifiesta el instinto sexual*”. El término libido del latín *libido*=placer, voluptuosidad, designa todos los deseos, necesidades y aspiraciones que tienden a la satisfacción del instinto sexual. Significa el deseo de placer, la necesidad de experimentar sensaciones placenteras por sí mismas, cualquiera que sea el medio de

procurárselas (relaciones sexuales, masturbación, fetichismo, etc.). De este modo la libido es el complejo de sensaciones impulsivas que el individuo percibe como voz de dicho instinto. Emociones e instintos (ej. comer, luchar, huir, y comportamientos sexuales) que son comandados por el sistema Límbico, que es la porción del cerebro que deriva del "cerebro viejo del mamífero". MacLean por primera vez introdujo este término en un estudio en 1952. Cuando esta parte del cerebro es estimulada, tal como por corriente eléctrica ligera, las emociones son producidas. MacLean observa que todo en el sistema límbico es "agradable o desagradable." La supervivencia está basada en la evasión de dolor (desagradable) y la recurrencia de placer (agradable). Sin embargo, Freud decía que la dirección del impulso sexual hacia la unión de los sexos es secundario y evolutivamente tardío (Freud S. , 2011).

### **2.1.3. Teorías de la respuesta sexual**

La respuesta sexual en la mujer es altamente variable y multifactorial, y presenta una compleja interacción de componentes fisiológicos, psicológicos e interpersonales. Aunque se han identificado los elementos comunes y los mecanismos fisiológicos, el papel de las diferencias individuales, los factores aprendidos y las influencias socioculturales en la respuesta sexual de la mujer resulta fundamental.

Existen diversos métodos de investigación respecto al ámbito sexual, que han sido empleados en varios estudios, que pueden ser utilizados para realizar una investigación sexológica en relación a la función sexual y su ejercicio (Cabrera & Paredes, 2012).

#### **Modelos fisiologicistas:**

1. Modelo Master & Johnson
2. Modelo Helen s. Kaplan
3. Modelo Basson

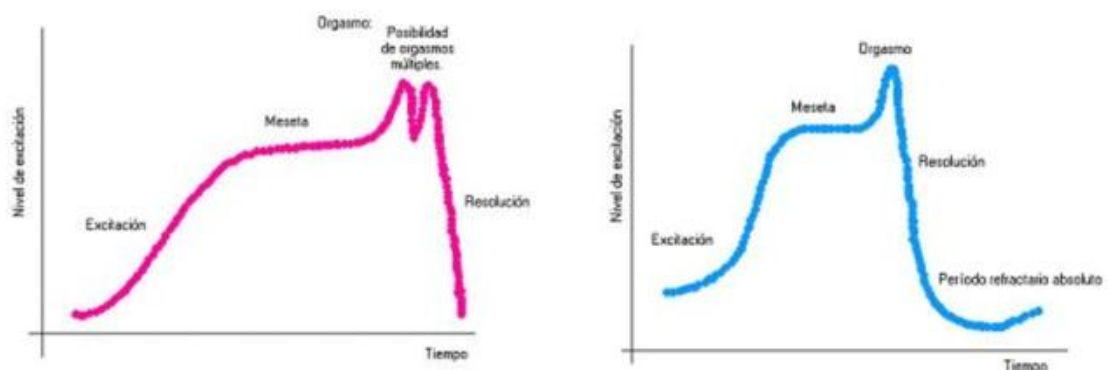
### 2.1.3.1 Modelo lineal de Master & Johnson.

Los doctores William Masters y Virginia Johnson, analizaron las respuestas fisiológicas ante estímulos sexuales de hombres y mujeres entre los 18 y 89 años. En 1954 se inició dicha investigación sobre la anatomía y la fisiología de la respuesta sexual humana en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. En 1959 se instituyó un programa coordinado clínico y de investigación sobre los problemas de inadecuación sexual humana, que se continuó en enero de 1964, bajo los auspicios de la Reproductive Biology Research Foundation.

En la década de 1950, después de un amplio estudio de la fisiología y psicología humana desarrollaron un modelo sexual tanto para hombres como para mujeres con estadios secuenciales de la respuesta sexual como excitación, meseta, orgasmo y resolución (Gutierrez, 2010).

Figura 1

*Respuesta Sexual de la Mujer y del Hombre según el Modelo de Master y Johnson*



Fuente: Tomado de Castillo C. Diana, Paredes U., Victor. Función sexual y su ejercicio en mujeres primigestas que acuden a la Consulta Externa hasta un año después del parto vaginal o por cesárea en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de Quito. Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas. 2012.

#### *2.1.3.1.1 Fase de excitación*

Período que puede ir desde varios minutos hasta horas en el cual se producen cambios fisiológicos corporales, como el incremento de la tensión muscular y de congestión a nivel de los vasos sanguíneos de los órganos genitales, producto de una estimulación sexual física o psíquica. Se manifiesta con lubricación vaginal y a nivel de la uretra masculina las glándulas de Cowper secretan líquido lubricante, esto debido al predominio de acción del sistema simpático (Gutierrez, 2010).

#### *2.1.3.1.2 Fase de meseta*

Durante esta fase los cambios se intensifican. En las mujeres se registra una prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina. Esta reacción se denomina plataforma orgásmica. Como resultado de la vasodilatación, la abertura de la vagina se estrecha, tanto el cuerpo como el glande del clítoris se retraen contra la sínfisis púbica y hay eritema cutáneo (Cabrera & Paredes, 2012). En los hombres los músculos de la base del pene se contraen rítmicamente hasta llegar a la eliminación de semen, mientras la vejiga se cierra para evitar la mezcla de orina con semen (Gutierrez, 2010). Otros atributos de la fase de meseta que son comunes a varones y mujeres son una miotonía generalizada, taquicardia, hiperventilación y aumento de la presión sanguínea (Cabrera & Paredes, 2012).

### *2.1.3.1.3 Orgasmo*

Período que en los hombres se alcanza con la eyaculación de semen, previo a esto experimentan la sensación de inevitable contención de los fluidos seminales por la acumulación de estos en el bulbo uretral de la glándula prostática. En las mujeres hay contracciones rítmicas del útero, las mismas que aumentan la presión en el pene y esto contribuye al orgasmo. Se producen contracciones musculares involuntarias, como las esfinterianas o espasmos del músculo carpopedal del pie. Hay aumento de la tensión arterial, Frecuencia cardíaca y respiratoria (Gutierrez, 2010).

#### *2.1.3.1.3.1 Tipo de orgasmo Femenino*

Hablando de la estructura del coito no podemos omitir la diversa respuesta orgástica de la que es capaz la mujer. En general existen dos tipos de orgasmo.

La mujer de alta excitabilidad erótica posee un tipo de orgasmo que algunos autores llaman “orgasmo sostenido”. En un orgasmo de este carácter la mujer experimenta una sensación de placer más o menos estable que dura un cierto período como si la crisis orgástica llegara a una cierta altura y permaneciera ahí indefinidamente produciendo siempre una constante sensación de placer. En cambio en la mujer de baja excitabilidad erótica posee un tipo de orgasmo que según López Ibor en su libro *La Vida Sexual* lo llama “orgasmo puntual”, porque la sensación consta de un período de excitación ascendente, alcanza una cima, un clímax, permanece allí durante un período relativamente corto y luego cesa bruscamente (1968).

#### *2.1.3.1.4 Resolución*

El cuerpo vuelve a los niveles normales de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y contracción muscular, y se experimenta una sensación general de bienestar y cansancio; además de descongestión sanguínea. Muchas mujeres pueden volver de nuevo a la fase orgásmica con mínimos estímulos y pueden experimentar orgasmos repetidos durante más de una hora. Los hombres tienen un período refractario en el que no pueden tener orgasmos aunque sí pueden mantener una erección parcial o completa. Este período tiene una duración variable, desde pocos minutos a varios días (Gutierrez, 2010).

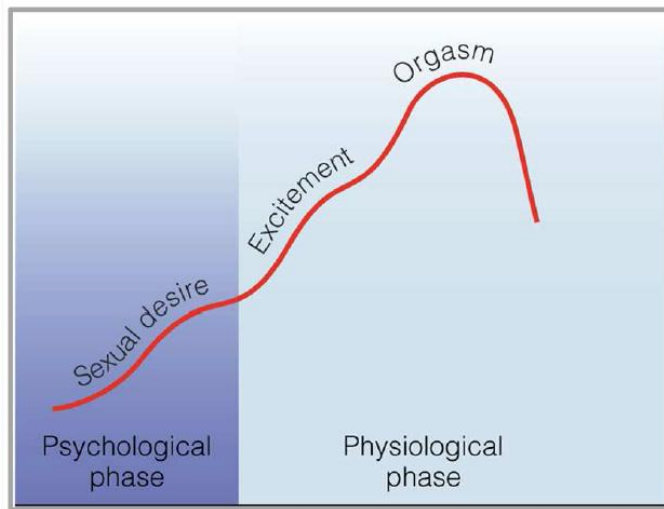
En las mujeres, la plataforma orgásmica desaparece cuando las contracciones musculares del orgasmo bombean la sangre lejos de los tejidos que la forman; la vagina comienza a acortarse, tanto en amplitud como en longitud, y el clítoris vuelve a su posición anatómica normal (Cabrera & Paredes, 2012).

#### ***2.1.3.2 Modelo Trifásico de Helen S. Kaplan.***

El modelo de Master & Johnson fue modificado posteriormente por Kaplan en su libro “La Nueva Terapia Sexual”. Kaplan nació en Viena, Austria el 6 de febrero de 1929. En 1951 obtuvo su grado de maestría en psicología en la Universidad de Columbia; y luego el doctorado en psicología en 1955. Ella introdujo un modelo de tres fases en la respuesta sexual; que consistían en deseo, excitación y orgasmo. Este modelo forma la base de la clasificación del DSM-IV de la disfunción sexual en la mujer actualmente (Cabrera & Paredes, 2012).

Figura 2

*Modelo Trifásico de Kaplan.*



Fuente: Adaptado del modelo de Kaplan Helen. "La Nueva Terapia Sexual".

La primera fase de deseo sexual es definida como un apetito o impulso, sensaciones que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o presentarse receptivo a ellas.

La fase de excitación comprende a las fases de excitación y meseta de Master & Johnson. Integra dos subfases, la de lubricación y la plataforma orgásmica. De presentarse algún trastorno a este nivel podemos decir que existe una disfunción erectiva o sequedad vaginal.

La fase orgásmica como un reflejo genital regido por centros neuronales espinales.

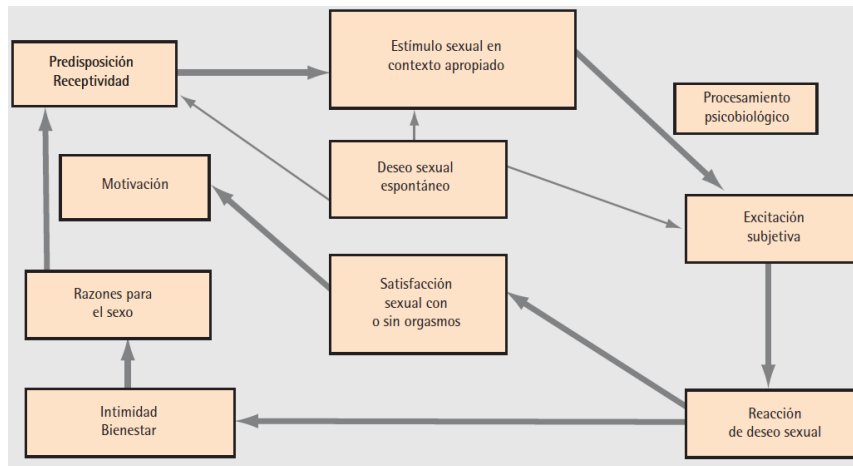
### ***2.1.3.3 Modelo cíclico de Basson.***

Es un modelo biopsicosocial de la respuesta femenina, en el que hay un feedback, entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según Basson (2000), en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual (deseo «espontáneo») o, más frecuentemente, puede darse una postura sexual neutra, una

predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo (deseo «reactivo»). Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer (sea con orgasmo o sin él), y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada), el relax o el bienestar. Todos estos elementos configuran la predisposición de las mujeres, descrita al principio, a tener posteriores encuentros o actividades sexuales, es decir, son estímulos para pasar de una postura sexual neutra a la excitación y el deseo (Gutierrez, 2010).

Distintos estudios concluyeron que la causa más común para disminución de la actividad sexual entre las mujeres era el escaso deseo sexual pero en muchos de estos casos se desarrollaría deseo durante el acto sexual. Un estudio realizado en mujeres portuguesas refleja la diversidad en las motivaciones para el sexo y refuerza la idea de que no hay un modelo universal. Dentro del subgrupo de mujeres con relaciones estables heterosexuales que no mostraban dificultad en la excitación, un 15,5% sólo iniciaban una actividad sexual cuando sentían deseo mientras que el 30,7% declaraban iniciar la actividad sexual sin deseo y, una vez iniciada, se excitaban fácilmente. En este grupo era mayor el porcentaje de mujeres con relaciones de larga duración, más de 10 años, que con relaciones recientes, de menos de 1 año (42,2 frente al 22,4%) (Gutierrez, 2010).

Figura 3

*Modelo cíclico de Basson.*

Fuente: Tomado de Gutierrez T, Blanca. La respuesta Sexual. SemFYC. 2010. Adaptado del Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Respuesta Sexual Normal en la Mujer. Obstetric Gynecology. Clinic of North American. 2006.

Este modelo toma en consideración los variados factores fisiológicos/orgánicos y psicológicos que pueden influir en la respuesta sexual de la mujer, así como el hecho de que las mujeres pueden iniciar el ejercicio de su función sexual, por motivaciones diferentes (Cabrera & Paredes, 2012).

#### 2.1.4. Fisiología de la Respuesta Sexual

Para el entendimiento de los mecanismos de acción de la respuesta sexual debemos comprender primeramente las vías aferentes y eferentes de la compleja red nerviosa que interviene en dicho proceso; además de los sistemas de control a nivel central que determinaran la ejecución de procesos fisiológicos complejos.

Sabemos que el conocimiento preciso de las estructuras neurovasculares vegetativas relacionadas con el útero, el cérvix y la vagina son limitados. Sin embargo la red nerviosa uterina procede del plexo hipogástrico inferior formado por la unión de los nervios hipogástricos (simpáticos D10 a L1) y las fibras esplánicas (parasimpáticas S2 a S4). Este plexo tiene tres porciones: plexo vesical, plexo rectal y plexo uterovaginal (ganglios de Frankenhauser), situado en la base del ligamento ancho, en posición dorsal a los vasos uterinos, y en una localización lateral respecto al ligamento uterosacro y cardinal. Este plexo inerva el cuello uterino, la parte superior de la vagina, la uretra, los bulbos vestibulares y el clítoris a través del ligamento cardinal y los ligamentos uterosacros. A nivel del cuello uterino, los nervios simpáticos y parasimpáticos forman los ganglios paracervicales. El de mayor tamaño recibe el nombre de ganglio cervicouterino, y es a este nivel donde se pueden producir lesiones de las fibras vegetativas de la vagina, los labios y del cuello uterino durante la histerectomía. El nervio pudendo (S2 a S4) alcanza el periné a través del conducto de Alcock y proporciona inervación sensitiva y motora a los genitales externos (Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2009).

La forma en que el sistema nervioso central (SNC) controla la función sexual femenina aún no es conocido a precisión. Datos sugieren que la modulación supramedular descendente de los reflejos genitales femeninos emana de: estructuras del tronco encefálico, como es el núcleo paragigantocelular (acciones inhibitorias por la serotonina), el locus cerúleo (noradrenalina, intumescencia nocturna durante el sueño REM *rapid eyes movements*) y la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo; estructuras hipotalámicas, como es el área preóptica medial, el núcleo ventromedial y el núcleo paraventricular; y estructuras prosencefálica, como es la amígdala. Algunos

factores interactúan a niveles supramedulares para influir sobre la excitabilidad de los reflejos sexuales medulares, incluyendo: las hormonas gonadales, información sensitiva genital mediante la vía mielínica espinotalámica y la vía amielínica espinorreticular; e impulsos procedentes de los centros cognitivos corticales superiores (Castroviejo R., 2010).

Las respuestas de excitación sexual de las múltiples estructuras anatómicas genitales y no genitales periféricas son fundamentalmente producto de mecanismos reflejos a nivel de la médula espinal. Los segmentos medulares están sometidos a control descendente excitador e inhibitorio procedente de múltiples localizaciones supramedulares. La rama aferente es fundamentalmente refleja a través del nervio pudendo. La rama eferente del arco reflejo consiste en una actividad somática y vegetativa coordinada. Un reflejo sexual medular es el reflejo bulbocavernoso, en el que participan los segmentos de la médula sacra S2, S3 y S4, en el cual la estimulación del nervio pudendo tiene como consecuencia la contracción muscular del suelo pélvico. Otro reflejo sexual medular implica la estimulación de los nervios vegetativos vaginales y cavernosos del clítoris, y tiene como consecuencia la tumescencia del clítoris de los labios y de la vagina (Castroviejo R., 2010).

En condiciones basales, los músculos lisos del cuerpo del clítoris y de la vagina mantienen un tono de contracción. Después de la estimulación sexual, la liberación neurogénica y endotelial de óxido nítrico (NO) desempeña un papel importante en la relajación del músculo liso de la arteria cavernosa del clítoris y de las arterias helicinas (Cellek & Moncada, 1998). Esto conduce a un aumento del flujo arterial aferente al cuerpo cavernoso del clítoris, un aumento de la presión intracavernosa del clítoris y a la

ingurgitación del mismo. El resultado es el afloramiento del glande del clítoris y una potenciación de la sensibilidad.

En condiciones de reposo, el epitelio vaginal reabsorbe sodio del trasudado plasmático de los capilares submucosos. Después de la estimulación sexual se liberan varios neurotransmisores, incluyendo el óxido nítrico (NO) y el péptido intestinal vasoactivo (VIP), modulando la relajación del músculo liso vascular y no vascular vaginal. El aumento espectacular del flujo capilar aferente en la submucosa desbordará la reabsorción de sodio, lo cual produce de 3 a 5 ml de trasudado vaginal, que potencia la lubricación fundamental para facilitar la penetración, los movimientos del pene y neutralizar el pH vaginal (normalmente ácido) para permitir la supervivencia de espermatozoides (Gutierrez, 2010). La relajación del músculo liso vaginal produce un aumento de longitud de la vagina y del diámetro de la luz, especialmente en los dos tercios distales de la vagina. El péptido intestinal vasoactivo (VIP) es un neurotransmisor no adrenérgico, no colinérgico, que desempeña un papel potenciando el flujo sanguíneo vaginal, la lubricación y las secreciones (Palle, Bredkajaer, & Ottesen, 1990).

#### ***2.1.4.1 Cambios fisiológicos asociados a la respuesta sexual.***

La fase de excitación es similar en los dos sexos y está caracterizada por fenómenos de vasodilatación con aumento del aporte de sangre a los órganos sexuales.

Hay que diferenciar la lubricación vaginal de la eyaculación femenina. Esta última está formada en un líquido claro, de consistencia muy parecida a un lubricante, proviene

de los tejidos glandulares y ductos de la parauretra y periuretra. En el año de 1948 el Dr. J.W.Huffman descubrió 31 ductos localizados en la tercera parte frontal del canal uretral. Posteriormente en el año 2001 se reconoció mundialmente por la comunidad médica, debido al trabajo del Dr. Milan Ziviacic, que estas glándulas (antes denominadas glándulas de Skene) como la próstata femenina y como un órgano genital urinario con una específica estructura y función (la primera es la de producir fluido prostático, que constituirá la eyaculación femenina; y la segunda es neuroendocrino por la producción de hormonas (Estrógenos)). La eyaculación femenina es predominantemente una mezcla de fluido prostático, con glucosa y restos mínimos de orina.

En la fase del orgasmo hay diferencias intersexuales en lo que a frecuencia se refiere: casi todos los hombres alcanzan el orgasmo, pero en un elevado porcentaje de mujeres sanas la respuesta orgásmica es menos frecuente durante el coito (Gutierrez, 2010).

Al igual que Gindin (2003), creemos que es evidente el papel de la corteza sensorial, que mencionamos anteriormente, sobre la percepción consciente del orgasmo ya que existen zonas que reciben estímulos eróticos que se transmiten a otras áreas del cerebro, generando así las percepciones eróticas (Cabrera & Paredes, 2012).

Una vez que se produce, no hay grandes diferencias. Según Cavalcanti (1997), esta fase está objetivamente caracterizada por el cuadro miotónico de las contracciones de musculatura lisa genital y esquelética reflejas (Cabrera & Paredes, 2012), en el campo neurológico predomina el sistema simpático y subjetivamente, está marcada por la sensación de placer sexual. El orgasmo incluye la vasodilatación, mediada autonómicamente en los genitales, pezones y en la piel en general. Además se presenta dilatación pupilar (Cabrera & Paredes, 2012).

La fase de resolución consiste en el retorno a los niveles funcionales iniciales con reducción de la congestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un período refractario, de varios minutos de duración, en el que es difícil tener un nuevo orgasmo. Esto es habitual en el hombre; en las mujeres puede haber un nivel elevado de excitación sobre el que se pueden superponer orgasmos adicionales si persiste la estimulación (Gutierrez, 2010).

Además de los cambios en los órganos genitales, se producen cambios en otros aparatos:

- Aumento de la frecuencia cardíaca (100-130 lpm).
- Aumento de la presión arterial (150-180 mmHg de presión sistólica).
- Aumento de la vasopresina, durante la excitación, la oxitocina durante el orgasmo y la prolactina tras éste (Gutierrez, 2010).

Figura 4:

*Fases Fisiológicas de la Respuesta sexual.*

Fase	Órganos genitales		Extragenitales
	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Excitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erección del pene</li> <li>• Aumento del tamaño y elevación de los testículos</li> <li>• Tumescencia del glande, púrpura</li> <li>• Secreción mucóide</li> <li>• Secreción prostática y seminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumescencia del clítoris y labios menores</li> <li>• Lubricación vaginal</li> <li>• Alargamiento de la vagina</li> <li>• Estrechamiento del tercio externo de la vagina</li> <li>• Elevación del clítoris</li> <li>• Secreción de las glándulas parauretrales de Skene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erección de los pezones</li> <li>• Aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Elevación uterina</li> <li>• Aumento de la ventilación</li> <li>• Rubor sexual</li> <li>• Aumento de las areolas mamarias</li> <li>• Aumento del tono muscular</li> </ul>
Orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracción de vesículas, próstata y conducto deferente</li> <li>• Contracción de músculo bulbo e isquiocavernoso con salida de líquido seminal</li> <li>• Contracción del esfínter anal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracción uterina</li> <li>• Contracción de la plataforma orgásmica vaginal</li> <li>• Contracción del esfínter anal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espasmos musculares</li> <li>• Aumento de la taquicardia</li> <li>• Secreción de oxitocina</li> </ul>
Resolución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involución de la erección</li> <li>• Período refractario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la congestión pélvica</li> <li>• Pérdida de la tumescencia de clítoris y labios menores</li> <li>• Puede retornar a la fase orgásmica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración</li> <li>• Descenso de la presión arterial</li> <li>• Descenso de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Secreción de prolactina</li> </ul>

Fuente: Fases fisiológicas de la respuesta sexual. Adaptado de Blanca Gutiérrez Teira. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. La respuesta sexual humana. 2010

**2.1.4.2 Regulación neuroquímica de la Respuesta Sexual.**

Dentro de respuesta sexual de la mujer, intervienen varios factores entre estos se incluyen a factores neuroendócrinos cuyo conocimiento es importantes para el entendimiento de la fisiología de dicha respuesta sexual. Entre estos tenemos:

- Neurotransmisores y neuropéptidos: Se cree según lo que explica Amato (2006), que los neurotransmisores y los neuropéptidos, como la dopamina, la adrenalina, la noradrenalina, la histamina y los opioides son estimulantes de la función sexual, mientras que el ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) y la serotonina son depresores de la función sexual. La respuesta genital se asocia con mecanismos parasimpáticos de vasodilatación, mediados principalmente por el óxido nítrico (NO), la acetilcolina y el péptido intestinal vasoactivo (VIP) (Cabrera & Paredes, 2012). Como lo explica Berman (2003) en la mujer, a través de la vía parasimpática con la acción directa del

nervio pudendo aferente, proveniente de los segmentos S2, S3 y S4, producen; lubricación, erección del clítoris, mientras que a través de la vía simpática se logra engrosamiento vestibulo vaginal contracciones del músculo liso de los genitales y detumescencia del clítoris (Cabrera & Paredes, 2012).

- Factores inmunohistoquímicos Según Amato (2006) se ha confirmado la presencia de varios neurotransmisores en los tejidos vaginales y clitorídeos humanos, como el neuropéptido Y (NPY), péptido intestinal vasoactivo (VIP), óxido nítrico (ON), péptido relacionado con el gen de la calcitonina (PRGC) y sustancia P (Cabrera & Paredes, 2012).

- Hormonas esteroideas sexuales: Según Berman (2003) los estrógenos desempeñan un papel en el mantenimiento de los tejidos vaginales. Los niveles bajos de estrógenos se correlacionan con la disfunción sexual de la mujer. Los niveles séricos de testosterona guardan relación con el deseo sexual en la mujer, se cree que esta hormona desempeña un papel importante en el mismo (Khajehei, Ziyadlou, Safari, Tabatabaee, & Kashefi, 2009).

Recordando que la excitación y por tanto la lubricación y demás fenómenos locales que se originan en la mujer, como efecto de la estimulación sexual, la misma que puede tener un origen físico o psíquico. Es importante reconocer que más allá de los factores químicos y biológicos que intervienen en el logro de una respuesta sexual satisfactoria, este está determinado en definitiva tanto por el administrador así como por el método utilizado durante el ejercicio de la función sexual (Cabrera & Paredes, 2012).

### ***2.1.4.3 Regulación Hormonal de la Respuesta Sexual.***

En la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, pero las fundamentales son: estrógenos y testosterona.

Se cree que los cambios en la función sexual femenina están estrechamente relacionados con situaciones hormonales. La asociación entre las hormonas y la sexualidad es multidimensional, ya que varias hormonas son importantes en la regulación de la conducta sexual. Es bien conocido que los niveles hormonales están influenciados durante el embarazo. Las diferencias entre antes del embarazo y varios periodos trimestrales podrían haber influido en la función sexual de estas mujeres (Aslan, 2005).

- **Estrógenos:** Los estrógenos influyen de forma importante en la función sexual de la mujer. Tiene efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina. En el embarazo la secreción de estrógenos no sigue un patrón habitual y por tanto esto puede ser causa de algunas manifestaciones diferentes de la función sexual como: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital (Mas, 1999).

- **Testosterona:** Cuando los niveles de testosterona descienden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales, de la libido y el orgasmo. Además, estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y de una disminución generalizada de la sensación de bienestar (Guyton & Hall, 1999).

## **2.2. RESPUESTA SEXUAL EN EL EMBARAZO**

### **2.2.1. Procesos psicológicos adaptativos durante el embarazo**

La complejidad de la psicología femenina y mucho más durante el embarazo es de difícil comprensión. El embarazo modifica aspectos de la vida de una mujer, como ya hemos mencionado en capítulos anteriores el cambio corporal, en el ámbito familiar, relaciones, trabajo, estado financiero y planes de vida; sin olvidar que existe una retroalimentación desde nuestra estructura social moderna que también influye en el embarazo.

Hoy en día las mujeres han alcanzado cierto lugar en el mundo de la modernidad, del conocimiento y del desarrollo tecnológico e industrial, este progreso también se ve reflejado en un pensamiento crítico más abierto y basado en el conocimiento, herramienta que nos proporciona la educación, aún mucho más al tratar temas de difícil diálogo dentro de una sociedad como lo es la sexualidad femenina. Es así que la población femenina actualmente es más consciente de su rol y participación en la sociedad pero además del autoconocimiento de su cuerpo, sexualidad y derechos reproductivos de la mujer; por lo que la mayoría desea participar en decisiones importantes sobre fertilidad, embarazo, parto, etc.

El embarazo puede ser visto con mucha frecuencia como la autorrealización, y puede originar una sensación de bienestar y alegría, pero también puede ser una experiencia estresante que muchas veces alcanza conflictos de cierta magnitud. Esto

depende de la adaptación individual de cada mujer, sus experiencias pasadas, personalidad, ritmo laboral, las presiones económicas estilo de vida, nivel de estrés, satisfacción en las relaciones conyugales, problemas físicos y redes de apoyo (DeCherney, 2007).

Si apelamos a un ejemplo, uno de estos factores estresantes para la madre puede ser el caso de que las parejas masculinas puedan recurrir a la infidelidad durante el embarazo. Es posible que los varones envidien la nueva condición de su pareja, que tengan conflictos al no poder lidiar con la sexualidad y el embarazo, o que se sientan amenazados por la capacidad del bebé para sustituirlos como centro de atención de la pareja.

Estas adaptaciones psicológicas varían según la etapa de la gestación. Durante el primer trimestre, la tarea principal de la mujer es incorporar al feto como parte integral de su organismo y persona. Durante el segundo trimestre, al reconocer el movimiento fetal, perciben al feto como una entidad separada y empiezan a visualizarlo como alguien con necesidades propias. Durante el tercer trimestre, la mujer empieza a verse a sí misma como una madre y a establecer una relación de crianza con el nuevo ser (DeCherney, 2007).

### ***2.2.1.1 Primer Trimestre***

En esta primera etapa del embarazo pueden presentarse sentimientos de excitación y ansiedad, el embarazo puede causar ambivalencia por parte de ambos padres al reconocer al proceso como una transformación importante de vida, incluso en la

gestación más deseada. Es quizá la fase más rica en experiencias emocionales y cognitivas.

Si se suma a esto los cambios de adaptación física como fatiga concurrente, hipersensibilidad de mamas, las náuseas, incremento de peso, aumento de apetito, sueño, urgencia urinaria, etc., existirá una mayor preocupación por sí misma y por el crecimiento del feto. Esto puede conducir a una sensación de bienestar y plenitud, pero las emociones pueden ser lábiles. Pueden existir sentimientos de inseguridad y temor por un aborto, la salud del feto, los cambios de funciones y la gran responsabilidad que tienen (DeCherney, 2007).

#### ***2.2.1.2. Segundo y Tercer Trimestre***

En el transcurso del segundo período hay mayor sensación de bienestar y reanudación de los intereses externos. Aprecian una mayor sensación de realidad acerca del embarazo al percibir hacia las 16 a 22 semanas aproximadamente los movimientos fetales.

En la última parte del embarazo puede aumentar el temor o la ansiedad acerca del trabajo de parto y el parto. Las preocupaciones se originan en torno al dolor, la lesión y salud del feto; sentimientos de responsabilidad maternal. A menudo se altera el sueño por dichas preocupaciones y por la incomodidad de posicionamiento (DeCherney, 2007).

### 2.2.2. Cambios Fisiológicos del Embarazo

Durante la gestación se producen cambios progresivos en la anatomía, fisiología, bioquímica y psicología de la madre; el conocer dichas adaptaciones mientras prospera el embarazo nos permitirá entender las determinaciones normales y anormales; así como también el inmenso cambio que representan a casi todos los aspectos de la vida de la mujer. Además que determinará la visión de sí mismas y de su feminidad en cada trimestre del embarazo. El cuidado obstétrico requiere considerar a cada mujer como un ser individual con particularidades diferentes y tener en cuenta que muchos de estos cambios provocarán en diferente intensidad molestias o algún tipo de incomodidad a la gestante.

Los cambios anatómicos externos son quizá los más determinantes para la madre por el impacto que psicológicamente representa al ver las modificaciones corporales; además del discomfort estético, también existen otros cambios que se manifiestan como cambios hiperpigmentarios en la piel como el melasma en la zona malar y centofacial que se exagera con la exposición al sol. Efecto que se debe al aumento de la Hormona estimulante de melanocitos (HSM) y/o estrógenos.

Las estrías gravídicas son bandas o líneas de piel engrosada de aspecto hiperémico que aparecen hacia el segundo trimestre y se localizan en el abdomen, glándulas mamarias, muslos y glúteos. Otros cambios cutáneos incluyen angioedemas, eritema palmar y cutis marmóreo (apariencia moteada de la piel como resultado de la inestabilidad vasomotora)

Las uñas se tornan quebradizas y pueden mostrar surcos (líneas de Beau). El cabello se engrosa debido al aumento del número de folículos en fase de crecimiento; el hirsutismo generalizado se puede agravar en las mujeres que antes tenían vello grueso o distribución androide del mismo o por el contrario una mayor caída del mismo.

Entre las alteraciones musculoesqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño (DeCherney, 2007).

### ***2.2.2.1 Cambios Cardiovasculares***

Con el crecimiento uterino y la elevación del diafragma el corazón gira sobre su propio eje longitudinal y se desplaza hacia la izquierda. El tamaño del corazón se incrementa hasta un 12 %, lo que origina aumento del volumen sanguíneo que alcanza su punto máximo alrededor de la 30 semana gracias a hormonas como los estrógenos y progesterona al activar el sistema renina – angiotensina- aldosterona que promueve la retención de agua; y como efecto secundario se produce hemodilución fisiológica que puede provocar lipotimias y mareos. La somatotropina coriónica humana promueve la eritropoyesis, lo que incrementa un 30% la masa de hematíes (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

Dentro de otros cambios cardiovasculares tenemos el incremento del gasto cardíaco, alcanzando valores máximos alrededor de las 20 a 24 semanas de gestación. Efecto producido por el cortocircuito arteriovenoso de la circulación útero-placentaria. Aumento del riego sanguíneo cutáneo provocando sensación de acaloramiento, piel húmeda y congestión nasal. La Frecuencia Cardíaca en reposo hacia el final del embarazo tiene en promedio 15 latidos por minuto más. En embarazos múltiples los efectos sobre el

sistema cardiovascular son más profundos, con un gasto cardíaco 20% mayor en comparación con los casos de embarazo único.

Hacia el tercer trimestre la posición supina hace que el útero gravídico cause compresión sobre la vena cava, reduciendo el retorno venoso y la presión arterial. En cambio la posición de cubito lateral izquierdo puede aliviar la compresión de la vena cava restaurando la presión arterial.

La presión venosa progresivamente aumenta en las extremidades inferiores, por enlentecimiento del retorno venoso debido al efecto de compresión uterino antes mencionado, en esta ocasión además sobre las venas ilíacas comunes; favoreciendo así la aparición de edema, venas varicosas que se manifiestan clínicamente con sensación de fatiga y pesadez en las extremidades. Además de hemorroides y dilataciones venosas en la vulva. (DeCherney, 2007)

#### ***2.2.2.2 Cambios Pulmonares***

Con el crecimiento del útero, el diafragma se eleva alrededor de 4 cm. La caja torácica se desplaza hacia arriba, el diámetro inferior del tórax se incrementa aproximadamente 2 cm y de la circunferencia del tórax hasta 6 cm. Los músculos abdominales tienen menor tono y actividad, causando que el diafragma sea el responsable de la mayor parte del proceso respiratorio. Todo esto conduce a que muchas mujeres experimenten disnea.

Con respecto a los volúmenes y capacidades pulmonares, el volumen corriente y la capacidad inspiratoria aumentan 30 – 50% en el primero y 5-10% en el segundo. La

elevación del diafragma se asocia con la reducción de la capacidad pulmonar total y la capacidad residual funcional en un 5 y 20% respectivamente.

Un fenómeno de hiperventilación del embarazo se desarrolla en el curso del primer trimestre y puede estar mediado por la intervención de progesterona sobre las neuronas centrales involucradas en la regulación de la respiración; desencadenando un descenso del umbral e incremento de la sensibilidad de la respuesta a los quimiorreceptores activados por cambios en la concentración de CO<sub>2</sub> como un mecanismo protector fetal. (DeCherney, 2007)

### ***2.2.2.3 Cambios Gastrointestinales***

Empezando desde la cavidad oral se produce un aumento de la salivación (ptialismo), las encías se tornan hiperémicas e hipertróficas, dándoles una textura esponjosa y friable, provocando gingivorragia. Esto puede ser causado por el efecto estrogénico y de los esteroides sexuales a nivel sistémico.

La percepción de estas manifestaciones gastrointestinales pueden resultar incómodas y por lo tanto limitantes al momento de la relación sexual como: reflujo y pirosis por aumento de secreciones gástricas, peristalsis del esófago disminuida, retraso del vaciamiento gástrico que contribuye a la regurgitación, estreñimiento por incremento en la absorción de agua (Van Theil & Gravalier, 1977).

#### ***2.2.2.4 Cambios Renales***

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvoureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. El aumento del flujo plasmático renal y el filtrado glomerular provocarán una eliminación urinaria con una mayor proporción de sustancias como la urea y la creatinina, y por lo tanto, disminuirá su concentración en plasma sanguíneo. Al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria. La vascularidad de la vejiga se incrementa y el tono muscular disminuye, lo que aumenta la capacidad vesical (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007).

#### ***2.2.2.5 Cambios Hormonales***

La endocrinología del embarazo es determinante para lograr la gama de cambios fisiológicos adaptativos. Estas modificaciones hormonales son gracias a la contribución de la placenta y el feto también.

- **Gonadotropina coriónica humana (hCG):** Es una glucoproteína producida por el sincitiotrofoblasto placentario encargada de la esteroideogénesis al inicio del embarazo, además comparte semejanzas biológicas e inmunológicas con la hormona luteinizante LH. La hCG está constituida por dos subunidades una  $\alpha$  y  $\beta$ . La subunidad  $\alpha$  es similar en las glucoproteínas y la  $\beta$  le da especificidad única a la hormona. Detectable en sangre materna desde el séptimo al noveno

día después del pico de LH. Las concentraciones de dicha hormona duplican su valor cada dos días alcanzando valores máximos (100 000 mUI/ml) dentro del primero trimestre entre los días 60 y 90, y sufre una disminución hacia el inicio del segundo trimestre.

Actúa mediante la unión a receptores de LH/CG en el cuerpo lúteo que activa en el ovario la esteroideogénesis, proceso que se realiza mientras la placenta adquiere su potencial esteroideogénico, que será la responsable de mantener la integridad endometrial y el reposo uterino. Por el hecho de que la placenta es la mayor productora de hCG, la medición de sus concentraciones plasmáticas es una herramienta útil para evaluar la evolución del embarazo (DeCherney, 2007).

- **Progesterona:** Producto placentario sintetizado a partir de colesterol, el mismo que se convierte en pregnenolona y por medio de la deshidrogenasa 3 $\beta$ -hidroxiesteroide en progesterona. La concentración de progesterona en suero materno aumenta desde 25 ng/ml a mitad de la fase lútea hasta 150 ng/ml a término. Los principales efectos de esta hormona en el embarazo es mantener el reposo uterino mediante la inhibición de la síntesis de prostaglandina, disminuye su excitabilidad, su sensibilidad a la oxitocina y su actividad eléctrica espontánea, en tanto que aumenta su potencial de membrana. Los efectos en las mamas son el estimular el desarrollo de lóbulos y alveolos. Induce la diferenciación del tejido conectivo y apoya la función secretora de la mama durante la lactancia. Además actúa como inmunomodulador al bloquear las reacciones inmunitarias celulares contra antígenos extraños, evitando el rechazo al feto (Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2009).
- **Estriol:** La producción placentaria de estrógenos depende de los precursores provenientes de la glándula suprarrenal fetal, la misma que aparece hacia la

cuarta semana y es más grande que la del adulto. La parte más inferior de esta glándula suprarrenal fetal se llama zona fetal, y sufre una rápida regresión después del nacimiento. La corteza suprarrenal fetal produce sulfato de dehidroepiandrosterona DHEAS, que es el precursor androgénico principal, el mismo que será hidroxilado para formar 16 $\alpha$ hidroxi – DHEAS a nivel del hígado fetal. En la placenta se convierte en DHEA por la acción de la enzima sulfatasa que desdobla el sulfato; posteriormente se convierte en androstenediona, testosterona y, por último será transformado en estríol por acción de la aromatasas en la placenta. No se debe olvidar que el estradiol, se produce con la misma concentración o incluso más y quizá es la causa de los efectos estrogénicos observados (DeCherney, 2007).

### **2.2.3. Cambios en la Actividad Sexual**

También se producen cambios con su pareja que pueden ser para mejorar o empeorar. Esos cambios en las áreas física, psíquica, comportamental y también social afectarán más o menos a cada pareja en función de la información que se posea acerca del proceso del embarazo. Es así que mientras más ideas erróneas, dudas y miedos, más ansiedad existirá.

Uno de los mayores conflictos dentro de la pareja puede deberse a que durante la gestación la actividad sexual se verá a sí misma afectada por ese proceso de cambio, que requerirá una adaptación específica. En los mamíferos, la mayoría de las hembras evitan el coito durante la gestación. En los primates, algunas hembras parecen aceptarlo cuando la presión es muy grande. Pero únicamente la hembra humana presenta la

posibilidad de mantener una relación sexual continuada cuando no existen tabúes sociales que la repriman y razones médicas de salud que las prohíban. Los estudios antropológicos muestran, a pesar de todo, que de sesenta culturas diferentes, veinte de ellas aproximadamente reprimen o prohíben la actividad sexual durante el embarazo (Farré Marti, 2010).

En un estudio realizado por Davis, en 1.000 esposas americanas se observó que sólo el 11.6% dijeron nunca haber tenido actividad sexual durante el embarazo, el 62% afirmaron haber tenido al menos durante parte de la gestación, y más de la cuarta parte del grupo copuló a lo largo de todo el período.

A pesar que somos parte de una cultura avanzada no existen demasiados estudios sobre sexualidad y específicamente actividad sexual durante el embarazo; esto puede ser debido a una actitud médica excesivamente prudente, que ha desaconsejado las relaciones sexuales durante el embarazo incluso en casos en los cuales no estaba medicamente justificado. Y ellos por influencia de tabúes sociales. Es así que se ha aceptado de forma implícita que la sexualidad durante la gestación era algo peligroso, incómodo e incluso indecoroso o inmoral. Esto se puede evidenciar por el hecho de que hasta los años sesenta no se mencionaba en los libros de obstetricia este tema. (Farré Marti, 2010)

Hasta el día de hoy Masters y Johnson siguen siendo los pioneros en el campo de investigación sobre la respuesta sexual femenina durante la gestación y en el puerperio (1972). Si hacemos un breve resumen de los resultados de algunos de sus estudios referente a este tema, se aprecia que en general puede llegarse a la conclusión de que

durante el embarazo disminuye el deseo, la frecuencia coital, la capacidad de alcanzar el orgasmo y la satisfacción sexual en la mujer.

Pero según estudios más recientes y que han sido realizados con metodología más concreta como el de la Falicov (1973), psicóloga estadounidense. Estudio la adaptación sexual de 19 primíparas, y encontró que el embarazo tuvo un efecto adverso generalizado. La frecuencia coital, el deseo sexual y el erotismo declinaron durante el primer trimestre, se incrementaron ligeramente en el segundo trimestre y la parte inicial del tercero y decrecieron en la última parte del tercer trimestre. Con lo que podemos ver que los cambios que se producen en la actividad sexual durante la gestación varían según la fase en que se halla el embarazo (Soria Becerril, 2012).

#### ***2.2.3.1. Modificaciones en la actividad sexual durante el Primer trimestre***

Durante esta etapa se ponen de manifiesto dichas manifestaciones con disminución del interés sexual, en tanto que aumenta el deseo de afecto. En cuanto al deseo sexual se ha comprobado que alrededor del 40% de las embarazadas manifiestan disminución del mismo, un 50% refieren tener un impulso igual que antes y un 15% dicen experimentar un aumento. La excitación se ve reflejada en un aumento de la lubricación vaginal, y en un 70% de las mujeres se mantiene igual. Además debido al aumento de la sensibilidad y tumefacción mamaria hay mayor molestia ante una estimulación que antes era grata en esta región. Haciendo referencia a la frecuencia coital, parece que esta es menor de lo habitual por el temor de provocar un aborto, por las molestias físicas y la falta de deseo. La frecuencia de orgasmos en esta fase se mantiene prácticamente igual para la mayoría de las mujeres, pero alrededor de un 20% dicen tener una mayor facilidad para

obtenerlo. En cuanto a la intensidad del orgasmo un 65% manifiesta no haber percibido cambios y un 15% dice haber notado un aumento (Farré Marti, 2010).

### ***2.2.3.2. Modificaciones en la actividad sexual durante el Segundo Trimestre***

Durante este período no se observan modificaciones sobre el deseo de mantener relaciones sexuales en comparación con el primer trimestre, pero son más las mujeres que manifiestan un aumento del mismo. En este punto la mayoría de las molestias físicas iniciales ya han desaparecido y experimentan mayor bienestar y menor temor de a perder el feto. Pero el hecho de percibir los primeros movimientos del niño provoca en algunas parejas nuevos temores y recelos. En base a la evaluación de la frecuencia coital se ha planteado que la excitación y la intensidad de las sensaciones orgásmicas van disminuyendo progresivamente a medida que avanza la gestación. La lubricación y la vasocongestión pélvica no se presentan únicamente ante la estimulación sensorial, ya que existen de forma continuada. Hasta la mitad de este segundo trimestre las sensaciones son igualmente placenteras, pero parece que hacia el final la congestión es tan intensa, tanto en la vulva como en la vagina y el clítoris, lo que provoca que la intensidad de las sensaciones percibidas sea menor. Considerando además el hecho del evidente aumento del volumen corporal algunas mujeres se muestran preocupadas por su atractivo físico y, por tanto, por su capacidad de despertar el interés sexual del compañero. En la fase de resolución, cuando toda la tensión y vasocongestión se reducen tras el clímax, se producen alteraciones a partir del segundo trimestre, debido a que la vasocongestión es permanente, y la sensación de alivio y bienestar habitualmente tras el orgasmo es muy lenta y no total. En el segundo trimestre esta fase tarda entre 10 a 15 minutos en producirse en primíparas y entre 30 y 45 minutos en las multíparas,

mientras que en las mujeres no embarazadas es inmediata. La sensación durante ese rato produce en algunas mujeres una tensión sexual desagradable (Farré Marti, 2010).

### ***2.2.3.3 Modificaciones en la actividad sexual durante el Tercer Trimestre.***

La mayoría de mujeres en esta etapa presentan una disminución del deseo y tan solo un 5% de las mujeres aducen un aumento del deseo sexual, un 40% aproximadamente dicen que el deseo es el mismo de siempre y algo más del 50% se queja de una disminución o ausencia del mismo.

Con respecto a la excitación se observa que las sensaciones ante la estimulación, la frecuencia e intensidad orgásmica son menores, y la fase de resolución aún más lenta. Debido a que los cambios físicos han llegado a su punto máximo, la mujer siente una intensa necesidad de mimos y cuidados que van más allá de un deseo de tipo sexual. Si esa necesidad es claramente expresada, muchas veces el hombre malinterpreta este acercamiento físico y ambos pueden sentirse incómodos. Así mismo, ambos pueden sentirse más fríos sexualmente, tanto por la pérdida de atractivo como por la dificultad que en ocasiones se experimenta al intentar conjugar el papel paterno con el erótico (Farré Marti, 2010).

Son conocidos los cambios posturales que requiere el coito en el tercer trimestre, sustituyéndose las posturas de uno encima del otro por posturas laterales, como la conocida con el nombre de Dax, a gatas o en cualquier posición que evite presión sobre el abdomen y que permita a la mujer una cierta libertad de movimiento. En general en

esta etapa las parejas actúan con prudencia, evitando empujes coitales muy profundos y una excesiva rapidez (Farré Martí, 2010).

#### **2.2.4. ¿Es peligroso el coito durante el embarazo?**

El temor de causar daño al feto o a la madre es tan habitual que aproximadamente el 30% de las personas lo sienten. Lo cierto es que no existe peligro al respecto en los embarazos normales, es decir, en los que no hay una dilatación cervical, oligoamnios, ni hemorragias en cualquiera trimestre del embarazo. En el embarazo normal, el ascenso del útero impide que eso ocurra.

Otro de los temores más comunes está en relación con la posibilidad de causar una infección que puede desencadenar la ruptura prematura de membranas, un parto pretérmino y el ascenso de la infección a la cavidad amniótica. Si la higiene es correcta y ninguno de los dos sufría una infección bacteriana, viral o micótica previamente, las bacterias vaginales que pueden ser empujadas son detenidas por las barreras de protección cervicales como el moco cervical, siempre y cuando sea un cérvix competente.

Una duda manifiesta es que el orgasmo pueda iniciar contracciones uterinas prematuras, desencadenando un aborto o parto pretérmino. El orgasmo de hecho si provoca contracciones y, en algunas embarazadas, son recurrentes durante largo rato; sin embargo, en los estudios realizados para valorar su influencia no existe constancia de que las mujeres que lo experimentan tengan más riesgo de parto pretérmino que otras (Farré Martí, 2010).

Sin embargo, cuando existen ciertas patologías propias de la madre, del feto o desarrolladas a causa del embarazo como Diabetes, enfermedades Cardiopulmonares que representen una demanda energética y circulatoria excesiva; que puedan comprometer la perfusión adecuada de la placenta y por ende del feto. También las infecciones de tracto genitourinario pueden ocasionar ruptura prematura de membranas. En relación a aquellas patologías desarrolladas durante el embarazo podemos mencionar a la incompetencia cervical, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, problemas en la placenta como placenta previa e insuficiencia placentaria.

#### ***2.2.4.1 Coito y Orgasmo: desencadenante de la labor de parto al final del embarazo***

Durante el coito es frecuente la idea que la exposición al semen (Taylor & Kelly, 1974) y la estimulación mamaria (Kavanagh, Kelly, & Thomas, 2005) promuevan el inicio del trabajo de parto y la actividad uterina, provocado por el orgasmo durante las relaciones sexuales durante el embarazo (Chayen, Tejani, Verma, & Gordon, 1986). El coito en mujeres sanas a término se asocia con una gestación más corta y una menor necesidad de la inducción del trabajo de parto para un embarazo prolongado, y la frecuencia del coito se correlaciona positivamente con un inicio acelerado del trabajo (Tan, Andi, Azmi, & Noraihan, 2006). Sin embargo estos hallazgos no son reportados consistentemente. A pesar de esto, según reporta un estudio realizado en clínicas del medio oeste por Jonathan Schaffir; las creencias populares más comunes acerca de la inducción del parto de forma natural fueron caminar y tener relaciones sexuales. Estas

creencias fueron igualmente prevalente en todas las edades, paridades y niveles de educación (Schaffir, 2002).

El líquido seminal es un líquido blanco lechoso resultante de una mezcla de varios fluidos que se forman en el aparato reproductor masculino. Está constituido por espermatozoides, que se forman en los túbulos seminíferos de los testículos y son almacenados y capacitados en el epidídimo. La próstata aporta con un volumen líquido que oscila entre 13% y 33%, rico en enzimas (fosfatasas) y ácido cítrico. Las glándulas de Cowper ubicadas en la uretra bulbar también aportan con un líquido lubricante al semen. Las vesículas seminales producen una densa secreción que conforma la mayor parte del volumen eyaculatorio. El mismo que está constituido por fructosa, flavinas (pigmento amarillo) y las sustancias de mayor relevancia de nuestro estudio, las prostaglandinas (PGs) A, E y F. Entre otros componentes del líquido seminal tenemos fósforo, potasio, L-carnitina, calcio, sodio y zinc.

Las prostaglandinas, nombre proveniente de la glándula prostática, debido a que fueron aisladas por primera vez en el líquido seminal en 1936. Son metabolitos del ácido araquidónico, sintetizadas por la vía de la ciclooxigenasa (COX). Las prostaglandinas tienen acción estimuladora sobre la musculatura lisa e intervienen en la erección, eyaculación, motilidad espermática y transporte espermático en el tracto femenino.

Las prostaglandinas en los diferentes niveles del organismo tienen diferentes efectos como moduladores de diversas condiciones fisiológicas y patofisiológicas. En el aparato reproductor femenino no es la excepción. Aquí cumplen funciones como:

- Facilita la ovulación

- Induce la luteolisis
- Modula la motilidad tubárica
- Produce contracciones uterinas
- Interviene en la patogenia del inicio del parto
- Interviene en la patogenia de las Dismenorreas y Endometritis (Sanchez G. & J., 2008).

Según se muestra en el gráfico a continuación, las prostaglandinas E y F se unen a receptores específicos presentes en órganos femeninos como el útero. Por lo que en teoría las PGs E y F del líquido seminal podrían inducir el inicio de la labor de parto en embarazos a término.

Tabla 1:

*Descripción de las Prostaglandinas, receptor en el que actúan y su acción.*

PROSTAGLANDINA	RECEPTOR	ACCIÓN
PGE2	EP1	Broncoconstricción. Contracción músculo liso gastrointestinal.
	EP2	Broncodilatador. Vasodilatación. Relajación músculo liso gastrointestinal.
	EP3	Disminución de la secreción acida gástrica. Aumenta secreción mucosa gástrica. Contracciones uterinas durante el embarazo.
PGF2 $\alpha$	FP	Contracción uterina.

Fuente: Modificado de Sánchez G. Ma del Mar. Prostaglandinas y función reproductiva. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario. Virgen de las Nieves. Granada

#### ***2.2.4.2 Acción de las Prostaglandinas (PGs) en el Embarazo.***

La producción de las prostaglandinas es proporcional a la edad gestacional, y es un hecho fisiológico que se sintetizan en las membranas fetales, la decidua, el miometrio y la placenta. El amnios y el corion producen principalmente PGE<sub>2</sub>, la decidua sintetiza PGE<sub>2</sub> y PGF<sub>2</sub>, el miometrio secreta sobre todo PGI<sub>2</sub>. La placenta produce grandes cantidades de PGI<sub>2</sub> que protege la circulación a baja presión del espacio intervelloso contra la trombosis.

Durante el tercer trimestre las PGs juegan un papel crucial en el inicio de la labor de parto ya que intervienen en la contractilidad del miometrio, borramiento y dilatación cervical. Durante el parto y en gestaciones a término aumentan de forma fisiológica las concentraciones de PGF<sub>2</sub> $\alpha$  y PGE<sub>2</sub> en líquido amniótico, plasma y orina (Cunningham, y otros, 2001).

El mecanismo de acción de estas sustancias se realiza de diferentes formas:

1. Disminuye el umbral uterino a la oxitocina pudiendo disminuir el riesgo de parto pretérmino
2. Formar uniones GAP célula a célula y receptores de oxitocina.
3. Estimulando la contracción y coordinación miometrial.

Es así que se conoce que las prostaglandinas al final del embarazo aumentan su secreción por la acción de la oxitocina, estrógenos, relaxina y la hiperdistensión mecánica del útero; para desencadenar y mantener la labor de parto. Además conocemos que la dilatación mecánica del cuello y desprendimiento de las membranas

(maniobra de Hamilton) está relacionada con el aumento de un metabolito de  $\text{PGF2}\alpha$  en sangre materna por el reflejo de Ferguson (Cunninghm, y otros, 2001).

Y haciendo alusión al tema de investigación de este estudio se puede plantear como una teoría que las PGs del semen liberadas durante el coito al final del embarazo pueden ayudar a desencadenar el parto a pesar de que los estudios encontrados referentes al tema no reportan hallazgos consistentes. Como lo muestra un ensayo de intervención en donde las mujeres programadas para la inducción del parto no urgente fueron situadas al azar a un grupo de consejería de sexo para promover el trabajo de parto y un grupo control. Este estudio mostró que el asesoramiento médico puede aumentar la tasa de coitos reportados pero la tasa de parto espontáneo no fue afectada. (Tan PC, 2007). Y en el estudio de investigación “*Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labour and pregnancy outcome*” realizado en Singapore en el 2009 en 209 mujeres también reportaron que aquellas que informaron tener relaciones sexuales tenían menos probabilidades de entrar en trabajo de parto espontáneo antes de su inducción del parto programado. De igual manera Torkestani, y otros (2012) no encontraron asociación significativa entre la actividad sexual durante el embarazo y el parto prematuro, la edad gestacional, ruptura de la membrana, y el bienestar fetal.

## **2.3. CONCEPTOS SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL EMBARAZO EN DIFERENTES CULTURAS**

### **2.3.1. Actividad Sexual en los Pueblos Primitivos**

En agosto de 1908, el obrero Josef Szombathy descubrió en Austria cierta estatuilla de once centímetros que hoy la conocemos con el apodo de “la Venus de Willendorf”, dicho elemento había dado un viaje de entre 20 000 a 22 000 años antes de llegar a las manos del obrero. Su autor quiso representar la figura desnuda de una mujer de formas monstruosas, con vientre enorme, senos muy voluminosos, ombligo horizontal, piernas regordetas y cortas, rodillas no muy bien torneadas y un monte de venus extraordinariamente abultado. Pero esta estatuilla poco nos dice sobre su autor; este coincide con otros artistas del paleolítico superior que insisten en resaltar las partes sexuales de la mujer (Witcome, 1995).

A partir de este dato, se han formulado diversas teorías que, hasta el momento, ninguna ha sido sustentada con algún documento. Algunos hablan de que estas estatuillas son la representación de la maternidad, es decir a la mujer en su función más importante en dicha época. Otros dicen que estas producciones abundarían por un deseo de hombres de ver a la mujer desnuda porque tenían muy pocas ocasiones de ver a la mujer así por el clima extraordinariamente frío de dicho período de tiempo.

Esta es una época en la que el hombre se hallaba en un estado de evolución muy elemental, la sexualidad debió tener algún nivel de superioridad sobre otras potencialidades del ser humano, el acto sexual se realizaba de manera expedita, donde el

elemento psíquico no había evolucionado y la promiscuidad era común y tenía bases sólidas (Ibor Lopez, 1968).

Lamentablemente estas estatuillas no nos dan información más que la dicha al momento sobre lo que se consideró la actividad sexual durante el embarazo.

### **2.3.2. Actividad Sexual durante el Embarazo en la Población Indígena de Oceanía Arapesh**

El papel del padre durante el embarazo de la madre, ha sido ampliamente estudiado en las sociedades primitivas. Según Margaret Mead (1961), entre los Arapesh, “la tarea procreadora del padre no termina con la fecundación”. Los Arapesh, una tribu de Papúa Nueva Guinea, si tenían conciencia de la relación entre la actividad sexual y el embarazo. El rol del padre no terminaba después del acto sexual (como en muchas tribus primitivas ocurrían), aquí el padre es fundamental en el desarrollo de la vida del niño en el útero. Para ellos en el embarazo se distinguen dos etapas: La primera etapa es “*La Formación*”, en la que el padre debe esforzarse por tener la mayor cantidad de relaciones sexuales con su esposa embarazada para alimentar y ayudar con el crecimiento de su hijo. Y la segunda etapa es “*El Descanso*” que se distingue porque los senos de la madre muestran características de hinchazón y decoloración, se dice que el niño está terminado: es un huevo perfecto descansando en el útero materno. A partir de este momento se prohíbe todo contacto sexual, pues el niño debe dormir tranquilo, absorbiendo plácidamente los alimentos buenos para él (Mead, 1961).

### **2.3.3. Actividad sexual durante en el embarazo en los habitantes de Melanesia**

Entre los habitantes de Melanesia, según Malinowski, a medida que el embarazo avanza y aumenta el volumen del vientre de la madre deben abandonarse las relaciones sexuales, pues dicen los indígenas “el pene podría matar al niño” (Malinowski, 1975).

### **2.3.4. Actividad sexual en el embarazo en la Roma y Grecia Antigua**

En los Tratados Hipocráticos también encontramos incluidas todas las creencias de aquella época sobre la mujer y el embarazo. Pouilloux (1954) explica en un ejemplo: El “morbus virgineus” o enfermedad de las vírgenes, lo que actualmente se conoce como Síndrome Premenstrual. El libro explica que esta enfermedad aparece en las mujeres cuando se está pasando una edad óptima para casarse y embarazarse. Pero al llegar a quedar embarazada a la mujer se le prohibía tener relaciones sexuales, por considerarlo inapropiado para la salud de la mujer y del producto que se está formando (Pouilloux, 1954).

Pero para el esposo había ciertas salidas a este “problema” para que él pueda continuar con su vida sexual activa mientras su esposa estaba embarazada, una de ellas era el concubinato.

### **2.3.5. Actividad sexual en el embarazo durante el cristianismo**

Agustín de Hipona o San Agustín fue el máximo pensador del cristianismo del primer milenio, además de haber sido un gran teólogo, es considerado como uno de los más grandes genios de la humanidad. Él, junto a los demás filósofos y teólogos de la edad media fueron los precursores de la santificación y de la penitencia por los pecados.

Se inició una etapa de exaltación de la castidad y de la virginidad. En un periodo de lucha dura y de resistencia feroz pudo cuajar la necesidad de mortificar la carne. Incluso dentro del matrimonio se aconseja la máxima continencia (Moreno V, 2003).

La continencia absoluta, la supresión de toda práctica sexual, empezó a ser considerada como una medida necesaria para alcanzar la máxima perfección. Para lograr este fin, era bueno cualquier medio. Orígenes, una de las mentes más preclaras de aquellos primeros tiempos, llegó a adoptar la medida máxima, con una acción que incluso objetivamente estaba penada por el quinto mandamiento del Decálogo: queriendo dar al mundo un ejemplo de valentía y de renuncia a la carne, resolvió castrarse (Manlio, 2012).

Al existir estos pensamientos de que, incluso en el matrimonio, se tenga la mayor capacidad de continencia frente a las relaciones sexuales, es claro que aquí también estaban prohibidas las relaciones sexuales durante el embarazo.

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos de la iglesia Católica por mantener un mensaje de “purificación del cuerpo”, muchas personas tenían su vida sexual a escondidas.

### **2.3.6. La Revolución Francesa Y La Mujer**

Un buen número de mujeres participaron activamente en las tareas de la revolución, alentadas por los cerebros dirigentes, que veían en ellas a las conductoras naturales de la ingente población femenina. La mujer sentó las bases para futuras conquistas, pero las que vivieron en la época del estallido no pudieron ver realizados sus sueños.

Las mujeres se rebelaron contra aquel estado de cosas en el que eran consideradas como un objeto. La rebelión tuvo que partir de las mujeres de la clase media, ahogadas en el tedio de la inactividad. Al propio tiempo, las mujeres se sintieron humilladas por el hecho de que su sexo era el único medio de lograr la subsistencia. El matrimonio se vio igualmente atacado, puesto que hasta el momento sólo había servido para asegurar la manutención de la mujer. Había muchas mujeres que no habían encontrado la solución de su existencia en el matrimonio y, por tanto, debían contribuir con su propio esfuerzo a la subvención de sus necesidades.

La práctica de la lucha feminista surgió, pues, de una necesidad elemental. Las mujeres exigieron mejor preparación y una participación más activa en la vida de la sociedad (Ibor Lopez, 1968).

### **2.3.7. Actividad Sexual durante el Embarazo en la Población Campesina de la Provincia de Pichincha**

Eduardo Estrella (1991) estudió a la población campesina de la parroquia de Cangahua, en el cantón Cayambe, y de acuerdo a la información de madres, el papel del padre en el proceso de gestación es pasivo, un tanto indiferente. Por cierto que cumple la norma cultural que prohíbe las relaciones sexuales durante el embarazo. El autor cita varias frases que las mujeres expresan cuando se habla del tema:

Una partera expresó:

*“Si la mujer ya está en cinta, si ya tiene el niño en su vientre, ya no deben tener relaciones sexuales, porque los niños pueden salir enfermos. Se han oído que los niños nacen enfermos de los ojos, de los oídos, porque claro, a veces la gente no comprende y se une”*

Una señora expreso:

*“Apenas una se siente en cinta, ya no se puede estar con el marido, ya no se debe hacer uso del matrimonio. Es malo, la gente dice que es malo y aseguran que por no cumplir con esto les nacen mellizos”.*

El autor con eso concluye que las enfermedades del recién nacido, la presencia de malformaciones y la posibilidad de partos múltiples, son las principales consecuencias que pone a prueba el tabú de las relaciones sexuales. Los padres aceptan la imposición cultural y participan así en el desarrollo de su hijo.

Sin embargo, refiere que un escaso número de informantes dijo que se podía continuar con las relaciones al menos hasta el crecimiento del vientre materno no sea tan excesivo (Estrella, 1991).

### **2.3.8. Adaptaciones de la actividad sexual en la mujer embarazada en la época contemporánea.**

Diversos estudios hablan sobre cómo se ve influenciada la sexualidad de la mujer durante el embarazo, pero no abarcan características de la sexualidad específicos que deben ser considerados para hablar de una sexualidad plena.

Se encontró que conforme avanza el embarazo la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó considerablemente. El 72% de las mujeres a las 36 semanas de gestación declaró tener relaciones sexuales menos de una vez por semana (MSP Ecuador, 2007).

Masters W y Johnson (1996) publicaron los resultados de sus investigaciones sobre la respuesta sexual influenciada por el embarazo, demostrando que el embarazo influye inexorablemente sobre la sexualidad en el 98,9 % de las mujeres (Piñero, y otros, 2010).

En otro estudio se atribuyó este fenómeno a un menor libido (58%) y al miedo de dañar al producto (48%) (Bartellas, Crane, Daley, Bennett, & Hutchens, 2000).

Además, en otra investigación se encontró que 93% de las mujeres mostraron una reducción de la actividad sexual durante la gestación debido a la preocupación por alteraciones fetales (Fok, Chan, & Lau T, 2006).

Similares resultados reporta un estudio en Turquía, que coinciden con el hallazgo de la disminución progresiva de la actividad sexual durante la gestación, con afección principalmente de los comportamientos y la satisfacción sexual en la mujer y la pareja. (Aslan, 2005). Al igual que en el estudio Fok (2006), se encontró una reducción del placer de la gestante y su esposo en 60 y 40% respectivamente.

En Colombia, Alzate (2001) realizaron una investigación que pretendía indagar acerca del perfil psicosexual de la pareja gestante y entre los hallazgos refieren que el deseo sexual y la manifestación de la sexualidad durante el primero y segundo trimestres de la gestación se mantienen, pero en el tercer trimestre se experimenta una relativa disminución de las prácticas sexuales asociada a los cambios físicos en la mujer, principalmente por el aumento del tamaño del abdomen y el temor de la pareja a causar daño al feto.

Sin embargo, no existen estudios que se enfoquen en la actividad sexual de la mujer y en todos sus aspectos.

## 2.4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR

Esta sección se propone presentar una breve selección de las Políticas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

1. Derecho a la vida que incluye el derecho a no morir por causas evitables relacionada con el embarazo, parto y puerperio.
2. Derecho a la salud que incluye el derecho a la salud reproductiva.
3. Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales que incluye el derecho a no ser sometida/o a torturas o tratos crueles o degradantes.
4. Derecho a estar libre de violencia basada en el sexo o género.
5. Derecho a vivir libre de explotación sexual.
6. Derecho a tener o no hijos, a decidir el número e intervalo de los mismos que incluye el derecho a la autonomía reproductiva.
7. Derecho a realizar un plan de procreación con asistencia técnica o de una partera reconocida en un hospital o en un ambiente alternativo.
8. Derecho a la intimidad que incluye el derecho a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas.
9. Derecho a la igualdad y a la no discriminación que incluye el derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud sexual y salud reproductiva y a la opción sexual.
10. Derecho al matrimonio y a fundar una familia que incluye el derecho a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.
11. Derecho a contraer o no matrimonio.
12. Derecho a disolver el matrimonio.

13. Derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.

14. Derecho al empleo y la seguridad social que incluye el derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.

15. Derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.

16. Derecho a no ser discriminada por embarazo o maternidad.

17. Derecho a no ser despedida por causa de embarazo.

18. Derecho a la educación que incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva.

19. Derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.

20. Derecho a la información adecuada y oportuna que incluye el derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud.

21. Derecho a ser informadas e informados sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.

22. Derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer que incluye el derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.

23. Derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para la reproducción humana asistida.

24. Derecho a no ser objeto de experimentación en el área de reproducción humana.

25. Derecho a que se restituyan los derechos en caso de ser conculcados (MSP Ecuador, 2007).

En lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador, el punto que hace énfasis a nuestro tema es el punto 21, en el cual podemos interpretar que todas las mujeres embarazadas están en derecho de ser bien informadas con respecto a los beneficios y riesgos de la actividad sexual durante el embarazo.

### **3. CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. JUSTIFICACIÓN**

Muchos de los problemas de salud que afrontamos las personas involucran cierto grado de desconocimiento con lo que respecta a nuestro cuerpo y sus cambios en las diferentes etapas de la vida; sobre todo si el tema es poco abordado como la actividad sexual y mucho menos durante el embarazo. La mayoría de la población gestante desconoce de los cambios que se producen en sus cuerpos y a nivel hormonal, hechos que además alteran el ciclo normal de su vida sexual y relación de pareja.

Por lo tanto el propósito de realizar este estudio fue aportar con los datos suficientes sobre cómo se ven influenciados todos los aspectos de la sexualidad de la mujer (Frecuencia coital, orgasmos, deseo, lubricación, dolor, comunicación con la pareja, además de fuentes de información y conocimientos sobre actividad sexual durante el embarazo) en los diferentes trimestres por los cuales están cursando.

A pesar que dentro de las casas de salud se ofrece una buena orientación a las gestantes durante su embarazo, creemos que la consejería tiene ciertas deficiencias en cuanto a la sexualidad de la mujer gestante. Por lo que es pertinente abordar la consejería sobre dicho tema desde el primer contacto médico-paciente, sin descuidar dicha consejería conforme avanza el embarazo; brindándole a la paciente la información oportuna para afrontar todos los cambios de los aspectos de su sexualidad durante el embarazo.

Consideramos que los datos obtenidos servirían tanto para estudios posteriores como para brindar una orientación adecuada a la paciente y a la pareja sobre lo que puede

pasar durante el embarazo y cómo afrontar ciertos cambios, es decir, contribuir con la educación sexual de esta población y permitirles que disfruten de su sexualidad plenamente y si generar complicaciones para el embarazo. Teniendo en cuenta que no existen estudios de similar abordaje dentro de nuestro país, esperamos que esta tesis investigativa tenga validez para que el profesional de salud proporcione información adecuada para garantizar la salud sexual y reproductiva de la mujer.

### **3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La vida sexual de las mujeres cambia dependiendo de la etapa de la vida en la que se encuentren y los factores Biopsicosociales que las influyen. Debemos considerar que la carga emocional y tensional que implica el embarazo puede ser en algún punto un factor que altere la función sexual.

Otros factores que pueden condicionar esta variable son los cambios fisiológicos del embarazo por sí mismos. Por lo tanto nos planteamos las siguientes preguntas como las principales inquietudes a resolver con la presente investigación:

¿Se ve alterada la actividad sexual en mujeres gestantes en comparación con su situación antes del embarazo?

¿Cuáles son los cambios de los aspectos de la actividad sexual influenciados por el embarazo?

### **3.3. HIPÓTESIS**

La actividad sexual y sus componentes se ven alterados en mujeres gestantes en comparación con su situación antes del embarazo.

### **3.4. OBJETIVOS**

#### **3.4.1. Objetivo General**

- Identificar los cambios existentes en la actividad sexual de la mujer embarazada con respecto a su conducta sexual previa al embarazo.

#### **3.4.2. Objetivos Específicos**

- Registrar las fuentes de información (Pareja, profesional médico, familiares, amigos, nadie etc), más frecuentemente consultadas por las embarazadas con respecto a la Actividad Sexual durante el embarazo.

- Determinar el número de mujeres que recibieron información médica sobre Actividad Sexual durante sus consultas de control prenatal por parte del profesional.

- Demostrar que las características de la actividad sexual (Frecuencia coital, orgasmos, deseo, lubricación, dolor y comunicación con la pareja) cambian durante el embarazo comparadas con su situación previa al mismo.

- Detectar los conocimientos de las embarazadas con relación a la actividad sexual durante el embarazo.

- Determinar en qué trimestre del embarazo existen mayores modificaciones de las características de la Actividad sexual durante el embarazo.

- Relacionar las variables sociodemográficas con los cambios de las características de la actividad sexual de las embarazadas (edad, instrucción, número de gestas, estado civil).
- Establecer el número de mujeres embarazadas que presentaron cambios en su actividad sexual durante embarazo.

### 3.5. METODOLOGÍA

#### 3.5.1. Operacionalización de Variables

Tabla 2:

*Operacionalización de Variables*

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
<b>Actividad sexual</b>	Expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el predominante.	Comunicación de pareja Deseo Lubricación Dolor Orgasmo Coito	de Porcentaje Porcentaje Porcentaje Porcentaje Frecuencia	Siempre Casi siempre La mitad de las veces Casi nunca Nunca 0 – 1 v/semana 2 – 3 v/semana >3 v/semana	Conclusión de OPS 2000.
<b>Embarazo</b>	Período que transcurre desde la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto. Englobando cambios metabólicos, fisiológicos y morfológicos que se producen en la mujer encaminados al desarrollo del producto.	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Semanas de gestación	0 – 13.7 14 – 27.7 28 – 41	Obstetricia de Williams. Décimo segunda edición. 22f.

<b>Edad</b>	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.		Porcentaje	< 15 años 16 – 20 años 21 – 30 31 – 40 ≥ 41	
<b>Instrucción</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Porcentaje	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Ministerio de Educación del Ecuador. 2010.
<b>Convivientes</b>	Personas con las que comparten un mismo techo		Porcentaje	Sola Piso compartido Pareja Familia	
<b>Años de relación con la pareja</b>	Número de años cumplidos dentro de una relación amorosa.		Porcentaje	No < 1 año 1 – 5 años > 5 años	
<b>Número de gestas</b>	Número de embarazos anteriores y gesta actual.		Número de hijos vivos y/o muertos		
<b>Conocimientos previos</b>	Conocimientos adquiridos sobre las relaciones sexuales y su perjuicio al practicarla durante el embarazo	La Penetración causa daño al feto  En el último trimestre no se deben mantener relaciones sexuales		V o F Desconoce  V o F Desconoce	

La relación sexual desencadena el trabajo de parto

V o F  
Desconoce

En embarazos múltiples deben suspenderse las relaciones sexuales

V o F  
Desconoce

En caso de sangrado genital, pérdida de agua de fuente, disminución de los mov. Fetales.

V o F  
Desconoce

Fuente de información.

Pareja  
Profesional  
Amigos  
Familia  
Otros  
Pareja- profesional  
Pareja- familia  
Nadie

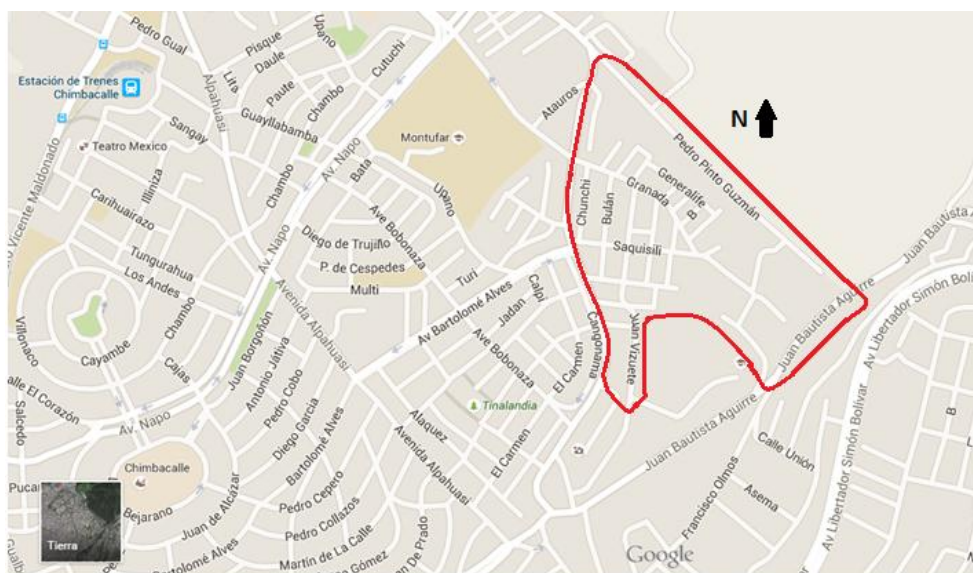
### 3.5.2. Universo y Muestra

En el Ecuador, en la provincia de Pichincha; al suroriente del Distrito metropolitano de Quito se asientan los centros de salud del Ministerio de Salud Pública, Unión de Ciudades y Pío XII; pertenecientes al Área # 4 Sector Chimbacalle, ubicadas en las calles Saquisilí S/N y Juan Vizúete Esq. Y Cangonama S6-746 y Bobonaza respectivamente.

Se trabajó con el universo de mujeres embarazadas de las áreas determinadas, con la proyección del Ministerio de Salud Pública para el 2015, se contaba con 55 mujeres del Centro Unión de Ciudades y con 95 mujeres embarazadas en el Centro Pío XII. Decidimos integrar estas dos casas de salud por el hecho de obtener un tamaño mayor de la muestra; considerando que ambas poblaciones comparten las mismas características sociodemográficas.

Figura 5

*Croquis de la zona “Unión de Ciudades”.*



Nota: Limitada al Noreste: Calle Pedro Pinto Guzmán. Al Sureste: Avenida Juan Bautista Aguirre. Al Sur: Calle Ramón Pacheco, Calle Juan Vizúete y Calle S7. Al Oeste: Avenida Juan Bautista Aguirre.  
Fuente: Editado de Google Maps.



### 3.5.5. Procedimiento de Recolección de Muestra

Obtuvimos los datos mediante encuesta dirigida personal e individualizada en visita domiciliaria y en consulta externa de obstetricia del Centro de Salud Unión de Ciudadelas y del Centro de Salud PÍO XII.

Entre los materiales empleados se encuentra el consentimiento informado (Anexo 1), firmado por todas participantes del estudio. En éste se explica brevemente la finalidad de la información que recogemos, la confidencialidad y el anonimato del estudio.

Aplicamos la entrevista propuesta con preguntas diseñadas concretas para obtener respuestas sencillas y específicas, de fácil comprensión, con una duración adecuada de tiempo y encaminadas a obtener la información de nuestro estudio (Anexo 2).

El cuestionario fue estructurado basándonos en varios artículos de revisión referentes al mismo tema. Este consta de varios ítems que se dividen en 3 grupos de preguntas.

- Preguntas Descriptivas
- Preguntas de Evaluación de la actividad sexual
- Preguntas de Conocimiento

Las preguntas descriptivas se realizaron con el fin de obtener información sociodemográfica y antecedentes obstétricos.

- Edad
- Número de gesta

- Fecha de última menstruación
- Trimestre gestacional
- Años de convivencia en pareja
- Convivencia
- Instrucción

Las preguntas de evaluación de la actividad sexual valoran:

- Frecuencia coital
- Orgasmos
- Deseo
- Lubricación
- Dispareunia
- Buena comunicación con la pareja

Estos últimos fueron valorados en su antes y durante el embarazo con la escala propuesta en la Operacionalización de variables.

Las preguntas de conocimiento fueron valoradas con la escala de Verdadero, Falso y Desconoce.

### **3.5.6 Análisis Estadístico**

Para el manejo estadístico de nuestros datos utilizamos el soporte del Programa IBM SPSS 23 con licencia autorizada para la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Se inicia con el análisis descriptivo de la muestra en las variables sociodemográficas (edad, años de relación con la pareja, convivencia y nivel de instrucción), variables

Obstétricas (Edad gestacional, número de gestas y trimestre de gestación), las preguntas de conocimiento y el número de mujeres que recibieron información por parte del profesional médico; utilizando medidas de tendencia central como frecuencias, mediana, media y medidas de dispersión como desviación típica y varianza. No en todas las variables se pudo utilizar las mismas medidas de tendencia.

Tomando en cuenta, que como variable independiente se utilizó la variable Trimestre de gestación y como variables dependientes las relacionadas con las características de la actividad sexual se continuó con el siguiente análisis.

Se inició con una comparación de medias con la Prueba T de Student de correlación para variables relacionadas, en este caso fueron las variables dependientes entre antes del embarazo y durante el mismo.

Para determinar otro de los objetivos se realizó una comparación mediante ANOVA (análisis de varianza) de un Factor; que se trata de una prueba T para más de dos variables independientes. En este caso fue la comparación entre trimestres para cada una de las características de la actividad sexual. Y un análisis *Post hoc*, mediante el test de *Scheffé (asumiendo varianzas iguales)* para controlar la tasa de errores en los múltiples contrastes de este análisis.

Para relacionar las variables sociodemográficas y los cambios en las características de la actividad sexual de las embarazadas se utilizó la diferencia de los porcentajes de las frecuencias comparadas entre el antes y el durante del embarazo.

### **3.5.7 Aspectos Bioéticos**

La información recopilada de las mujeres embarazadas en el presente estudio a través de un instrumento que constituye un cuestionario dirigido fue llevada a cabo por los investigadores participantes mediante una entrevista personalizada con la gestante explicándole la importancia de su participación, anonimato y confidencialidad de la información que nos proporcione. La identidad de las participantes fue de absoluta reserva y se respetó su libertad de participar o no en el estudio.

Para corroborar todo lo antes mencionado se proporcionó un formato de consentimiento informado para obtener su aprobación previa explicación de los objetivos del estudio y el método de obtención de datos.

Además se obtuvo las autorizaciones requeridas previamente a la ejecución de esta investigación por parte del Jefe Distrital de la Zona Chilibulo A Lloa y los Directivos de cada centro de salud.

## 4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES

#### 4.1.1. Características generales del grupo estudiado

Mediante un análisis descriptivo de la población se conoce que de las 150 mujeres entrevistadas la media de edad de las mismas fue 25.29 años mientras la mediana fue de 25.0 años, en su mayoría se encontraban distribuidas en las edades de 21 a 30 años (73 mujeres) (48,66%), en menor porcentaje entre 15 a 20 años (43 mujeres) (28,66%); entre 31 a 40 años (33 mujeres) (22%) y una mujer tenía 41 años (0,66%).

Tabla 3:

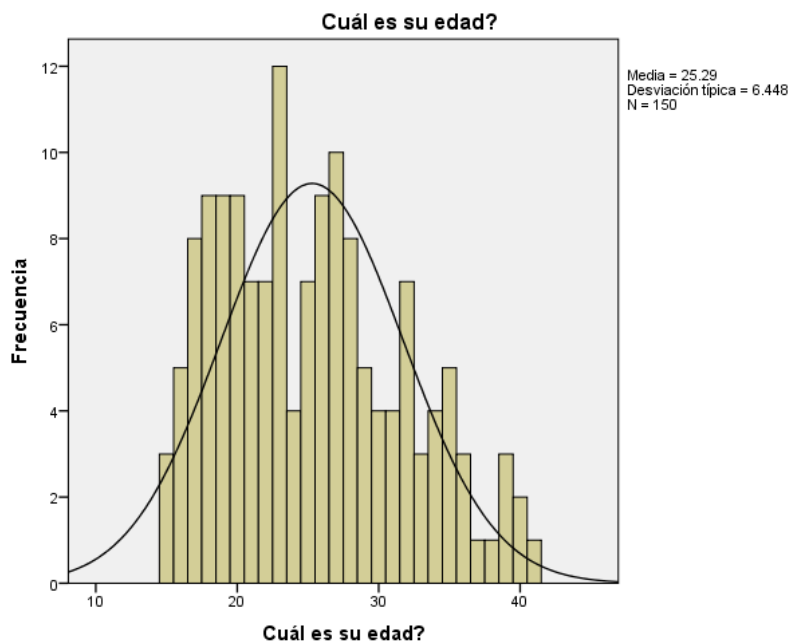
*Descripción de la Población por Edades*

	¿Cuál es su edad?
Media	25.29
Mediana	25
Moda	23
Desv. típ.	6.448
Varianza	41.578

Fuente: Elaboración Propia.

Figura 7

*Distribución de la población por edades.*



Fuente: Elaboración propia

Con relación a la edad gestacional se obtuvo que el promedio fue de 26.19 semanas y una mediana de 26,3 semanas de gestación. Encontrándose la mayoría en el tercer trimestre de gestación con un 47.33% (71 mujeres); en el segundo trimestre un 40% (60 mujeres) y en el primer trimestre un 12,66% (19 mujeres).

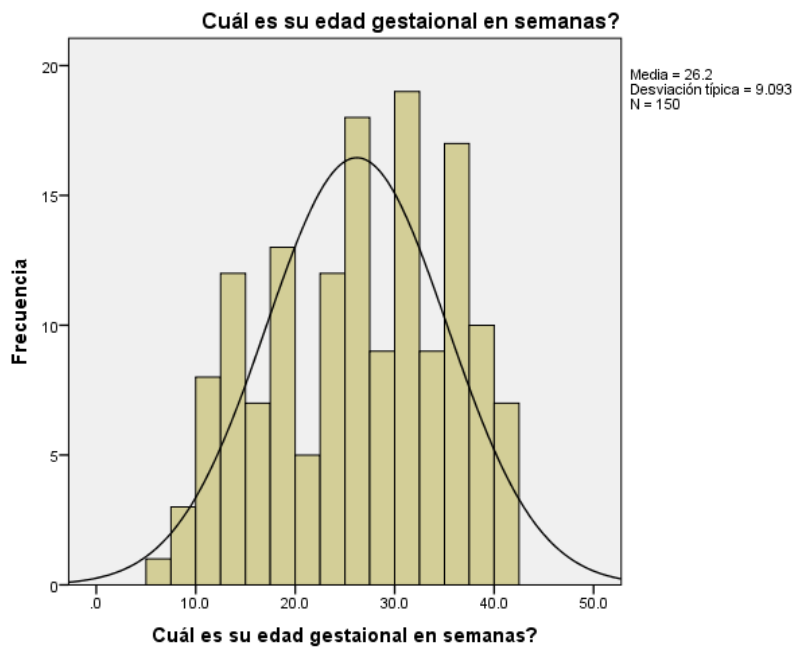
Tabla 4:

*Descripción de la Población por Edad Gestacional*

¿Cuál es su edad gestacional en semanas?	
Media	26.197
Mediana	26.35
Moda	32
Desv. típ.	9.0926
Varianza	82.675

Fuente: Elaboración propia

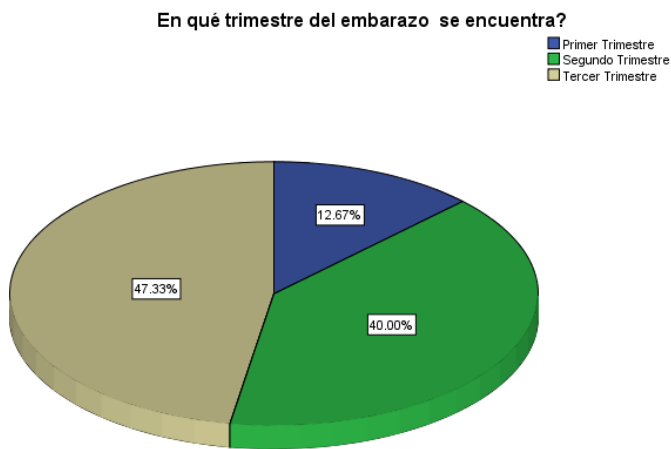
Figura 8:

*Distribución de la Población por Edad Gestacional.*

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9

*Distribución de la Población por Trimestre de Edad Gestacional.*



Fuente: Elaboración propia.

Además el 55.33% (83 mujeres) fueron primigestas y un 47,67% (67 mujeres) fueron multigestas.

Figura 10:

*Distribución de la Población entre Primigestas y Multigestas.*



Fuente: Elaboración propia

Continuando con el análisis se observó que el 42% (63 mujeres) de la población se encontró en una relación estable de pareja entre un lapso de tiempo de 1 a 5 años.

Figura 11

*Distribución de la Población Según los Años de Relación con la Pareja.*



Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo se puede notar que el 50,66% (76 mujeres) conviven con familia (padres, hermanos, abuelos), y en menor porcentaje pero muy similar conviven con la pareja e hijos, 48,67%. (73 mujeres), 1 mujer vivía sola.

Figura 12

*Distribución de la Población Según las Personas con las que viven.*

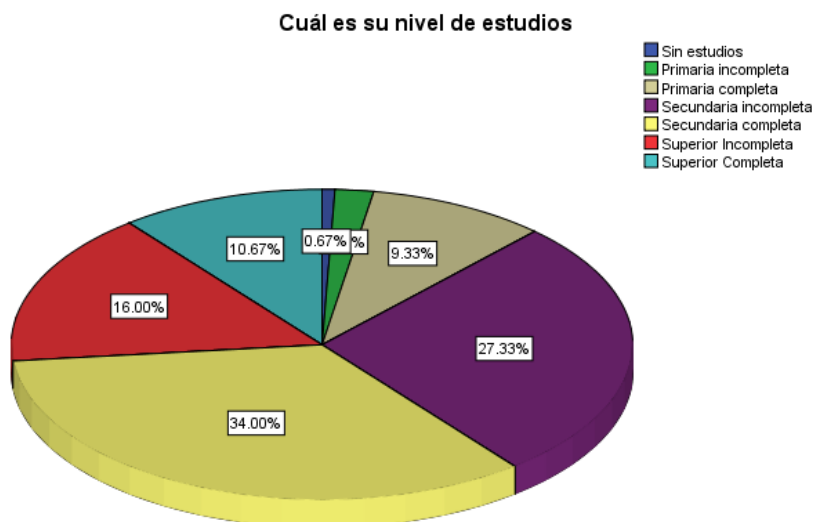


Fuente: Elaboración propia

Haciendo referencia al nivel de instrucción de la población en estudio se vió la mayoría de nuestra población (34.0%) (51 mujeres) estudió la secundaria completa.

Figura 13

*Distribución de la Población según su Nivel de Estudios.*

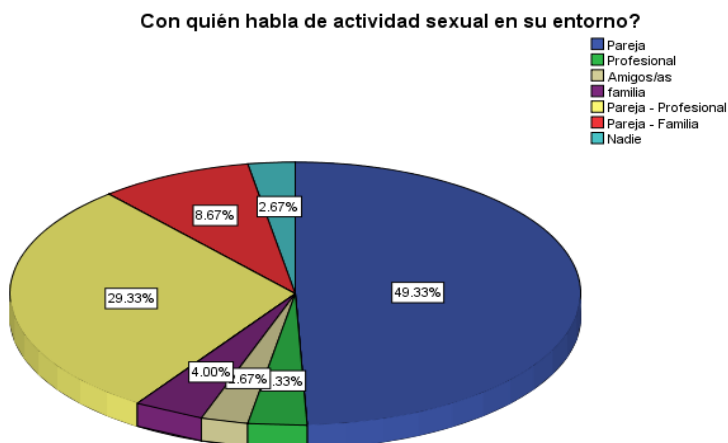


Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.2. Fuentes de información acerca de actividad sexual durante el embarazo

Figura 14

*Distribución de las Fuentes de Información según la Frecuencia de Consultas por parte de las Mujeres Embarazadas.*



Fuente: Elaboración propia.

La Fuente de información más frecuentada fue exclusivamente la pareja (74 mujeres).

#### **4.1.3. Número de Mujeres que recibieron información sobre actividad sexual por parte del Profesional del Salud**

Sumando el número de mujeres que habló exclusivamente con el profesional de salud (5 mujeres) más el número de mujeres que habló con el profesional además de con la pareja (44 mujeres), tenemos un total de 51 mujeres.

En conclusión un 32.63% de las mujeres recibieron información médica durante sus consultas de control prenatal.

#### 4.1.4. Cambios de las características de la actividad sexual durante el embarazo comparados con su situación previa al mismo.

Tabla 6:

*Comparación de las Características de la Actividad Sexual Antes y Durante el Embarazo.*

	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	<u>DIFERENCIAS RELACIONADAS</u>		t	l	Sig. (bilateral)
				95% Intervalo de confianza para la diferencia	Inferior Superior			
Frecuencia de coitos a la semana antes y durante el embarazo	-.680	.771	.063	-.804	-.556	-10.798	149	.000
Orgasmos durante sus Relaciones Sexuales antes y durante su Embarazo.	1.313	1.415	.116	1.542	1.085	11.369	49	.000
Deseo de mantener relaciones sexuales antes y durante su Embarazo.	1.680	1.276	.104	1.886	1.474	16.124	49	.000
Lubricación durante la relación sexual antes y durante su embarazo	1.440	1.548	.126	1.690	1.190	-11.394	149	.000
Dolor durante la relación sexual antes y durante su embarazo	.067	1.469	.120	-.170	.304	.556	149	.579
Comunicación con su pareja antes y durante el Embarazo	-.093	.745	.061	-.214	.027	-1.534	149	.127

Fuente: Elaboración propia

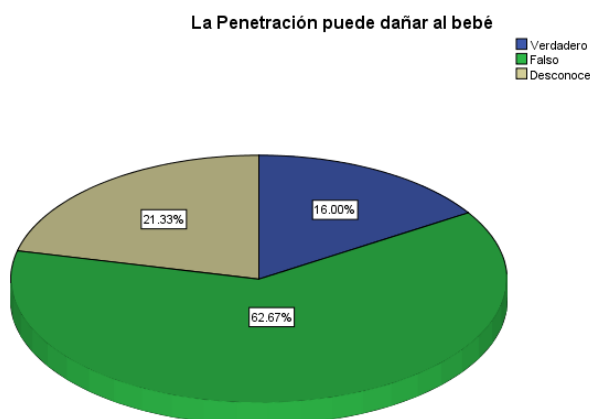
Al correlacionar las medias de las variables que sirven como parámetro para evaluar la actividad sexual vemos que cuatro de ellas (frecuencia coital, orgasmos, deseo y lubricación) presentan diferencias según se observa los valores del estadístico t al comparar el antes y durante el embarazo. Y esto es estadísticamente significativo ( $p < 0.000$ ).

Además se aprecia que en cuanto a las variables “Dolor” y la “Comunicación el pareja”, sí presentan diferencias pero no son estadísticamente significativas.

#### 4.1.5. Conocimiento de las embarazadas con relación a las complicaciones producidas por la actividad sexual durante el embarazo.

Figura 15

*Distribución de la Población según su respuesta con respecto al conocimiento de la penetración y daño al feto.*

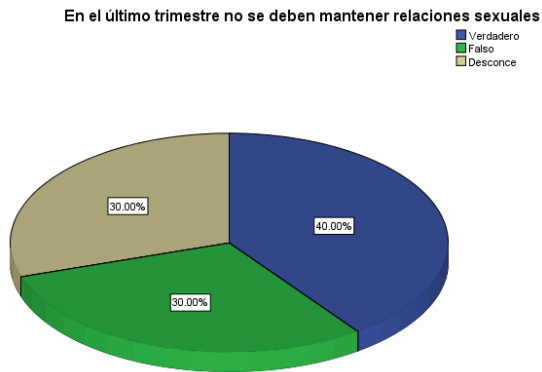


Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la creencia de si la penetración durante la actividad sexual tiene un efecto negativo sobre el feto, se determinó que la mayoría, un 62,7% (94 mujeres) respondió falso.

Figura 16

*Distribución de la Población según su respuesta con respecto al conocimiento de la actividad sexual en el último trimestre.*

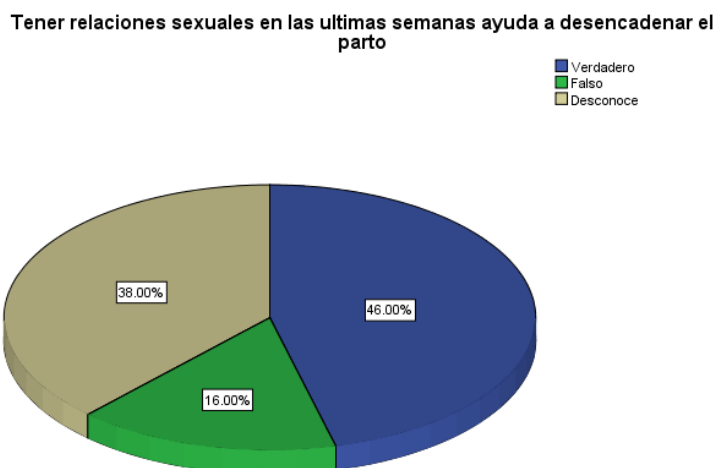


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la creencia de la abstinencia de relaciones sexuales en el tercer trimestre de gestación, se determinó que la mayoría, un 40% (60 mujeres) respondió verdadero.

Figura 17

*Distribución de la Población según su respuesta con respecto al conocimiento de la actividad sexual y el desencadenamiento del parto.*



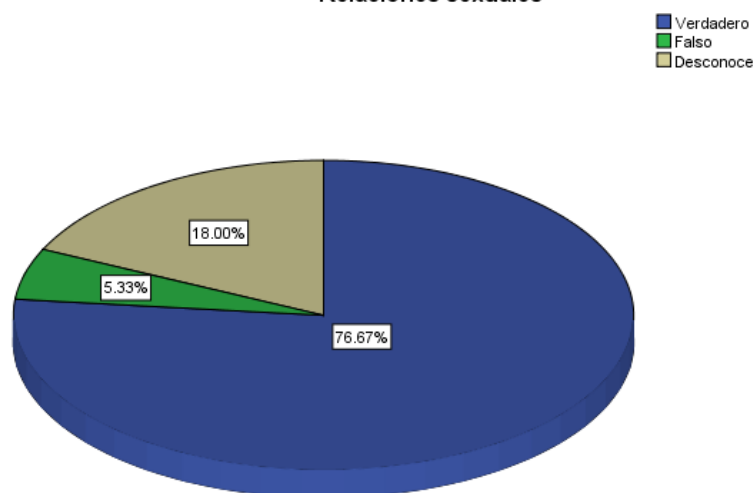
Fuente: Elaboración Propia

Con respecto a la creencia de si tener relaciones sexuales en las últimas semanas del embarazo ayuda a desencadenar el parto, se determinó que el 46% (69 mujeres) respondió verdadero.

Figura 18

*Distribución de la Población según su respuesta con respecto al conocimiento de la actividad sexual y las enfermedades relacionadas con el embarazo.*

**Al tener enfermedades relacionadas con el embarazo se deben suspender las Relaciones sexuales**



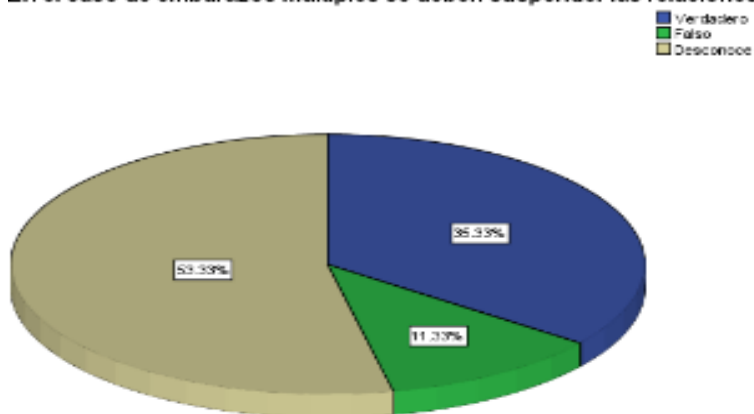
Fuente: Elaboración Propia

Con respecto a la creencia de al tener enfermedades relacionadas con el embarazo se deben suspender las relaciones sexuales, la mayoría, un 76,7% (115 mujeres) respondieron verdadero.

Figura 19:

*Distribución de la Población según su respuesta con relación al conocimiento de la actividad sexual y los embarazos múltiples.*

**En el caso de embarazos múltiples se deben suspender las relaciones sexuales**



Fuente: Elaboración Propia.

Con respecto a la creencia de la abstinencia de relaciones sexuales en embarazos múltiples, la mayoría, un 53,3% (80 mujeres) respondió que desconocían la respuesta.

#### 4.1.6. Trimestre del embarazo en el que existe más modificaciones en la actividad sexual.

Tabla 12:

*Comparación del Trimestre de Gestación y la Frecuencia Coital Durante el Embarazo*

<b>Comparaciones múltiples</b>						
Frecuencia de coitos a la semana durante el embarazo						
(I) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	(J) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	-.013	.137	.995	-.35	.32
	Tercer Trimestre	-.080	.134	.837	-.41	.25
Segundo Trimestre	Primer Trimestre	.013	.137	.995	-.32	.35
	Tercer Trimestre	-.067	.091	.763	-.29	.16
Tercer Trimestre	Primer Trimestre	.080	.134	.837	-.25	.41
	Segundo Trimestre	.067	.091	.763	-.16	.29

**Prueba de Scheffé: Sig.= 0.807**

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la frecuencia coital durante el embarazo se vió que no hay diferencia significativa entre los trimestres.

Tabla 13:

*Comparación entre Trimestre Gestacional con Orgasmos Durante el Embarazo.*

<b>Comparaciones múltiples</b>						
Orgasmos durante sus Relaciones Sexuales durante el Embarazo						
(I) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	(J) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	-.044	.312	.990	-.82	.73
	Tercer Trimestre	-.365	.306	.493	-1.12	.39
Segundo Trimestre	Primer Trimestre	.044	.312	.990	-.73	.82
	Tercer Trimestre	-.322	.208	.305	-.84	.19
Tercer Trimestre	Primer Trimestre	.365	.306	.493	-.39	1.12
	Segundo Trimestre	.322	.208	.305	-.19	.84
<b>Prueba de Scheffé: Sig:= 0.428</b>						

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al orgasmo durante el embarazo se observó que no hay diferencia significativa entre los trimestres.

Tabla 14

*Comparación entre Trimestre Gestacional con Deseo de mantener relaciones sexuales durante el Embarazo.*

<b>Comparaciones múltiples</b>						
Deseo de mantener relaciones sexuales durante el Embarazo						
(I) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	(J) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	.026	.309	.996	-.74	.79
	Tercer Trimestre	-.488	.303	.278	-1.24	.26
Segundo Trimestre	Primer Trimestre	-.026	.309	.996	-.79	.74
	Tercer Trimestre	-.514*	.206	.047	-1.02	.00
Tercer Trimestre	Primer Trimestre	.488	.303	.278	-.26	1.24
	Segundo Trimestre	.514*	.206	.047	.00	1.02

**Prueba de Scheffé: Sig.= 0.182**

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al deseo durante el embarazo se observó que sí hay diferencia entre el segundo y tercer trimestre comparados con el primer trimestre, pero que son estadísticamente no significativas como lo muestra la prueba Scheffé con una significancia mayor a lo esperado ( $p=0.182$ ).

Tabla 15:

*Comparación entre Trimestre Gestacional con Lubricación durante la relación sexual durante el embarazo.*

<b>Comparaciones múltiples</b>						
Lubricación durante la relación sexual durante el Embarazo						
(I) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	(J) ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	-.558	.349	.282	-1.42	.31
	Tercer Trimestre	-.890*	.343	.037	-1.74	-.04
Segundo Trimestre	Primer Trimestre	.558	.349	.282	-.31	1.42
	Tercer Trimestre	-.332	.233	.363	-.91	.24
Tercer Trimestre	Primer Trimestre	.890*	.343	.037	.04	1.74
	Segundo Trimestre	.332	.233	.363	-.24	.91

**Prueba de Scheffé: Sig. = 0,570**

Fuente: Elaboración propia

En cuanto la lubricación durante el embarazo se vió que sí hay diferencia entre el primero y tercer trimestre comparados con el segundo trimestre, pero que son estadísticamente no significativas como lo muestra la prueba Scheffé con una significancia mayor a lo esperado ( $p=0,570$ ).

Tabla 16:

*Comparación entre Trimestre Gestacional con Dolor durante la relación sexual durante el Embarazo.*

<b>Comparaciones múltiples</b>						
Dolor durante la relación sexual durante el embarazo						
(I) En qué trimestre del embarazo se encuentra?	(J) En qué trimestre del embarazo se encuentra?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	.477	.345	.386	-.38	1.33
	Tercer Trimestre	.126	.338	.933	-.71	.96
Segundo Trimestre	Primer Trimestre	-.477	.345	.386	-1.33	.38
	Tercer Trimestre	-.351	.230	.314	-.92	.22
Tercer Trimestre	Primer Trimestre	-.126	.338	.933	-.96	.71
	Segundo Trimestre	.351	.230	.314	-.22	.92

**Prueba de Scheffé: Sig. = 0.306**

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al dolor durante el embarazo se observó que no hay diferencia significativa entre los trimestres.

Tabla 17:

*Comparación entre Trimestre Gestacional con Comunicación con la pareja durante el embarazo.*

<b>Comparaciones múltiples</b>						
Comunicación con la pareja durante el Embarazo						
(I) En qué trimestre del embarazo se encuentra?	(J) En qué trimestre del embarazo se encuentra?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	.255	.340	.755	-.59	1.10
	Tercer Trimestre	.373	.334	.537	-.45	1.20
Segundo Trimestre	Primer Trimestre	-.255	.340	.755	-1.10	.59
	Tercer Trimestre	.118	.227	.874	-.44	.68
Tercer Trimestre	Primer Trimestre	-.373	.334	.537	-1.20	.45
	Segundo Trimestre	-.118	.227	.874	-.68	.44

**Prueba de Scheffé: Sig. = 0.475**

Fuente: Elaboración propia

En cuanto la comunicación en pareja durante el embarazo se aprecia que no hay diferencia significativa entre los trimestres.

**4.1.7. Variables sociodemográficas y cambios en las características de la actividad sexual de las embarazadas (edad, instrucción, número de gestas, tiempo de convivencia con la pareja).**

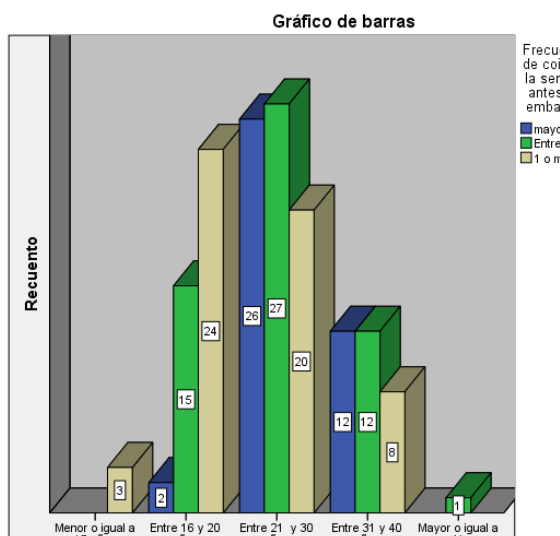
Para un mejor entendimiento y análisis de los gráficos se agrupó la escala de evaluación en un primer grupo que constituyen las opciones: Siempre, Casi siempre y la Mitad de las veces; y en un segundo grupo las opciones: Casi nunca y Nunca para las correlaciones realizadas con las variables orgasmos, deseo, lubricación, dolor y comunicación con la pareja.

De igual manera la escala de evaluación de la frecuencia coital se agruparon en, un primer grupo aquellas con actividad sexual mayor a 3 veces y entre 2 a 3 veces por semana; y en un segundo grupo aquellas con 1 o menos veces por semana.

- **Frecuencia Coital según el Grupo Etario**

Figura 20

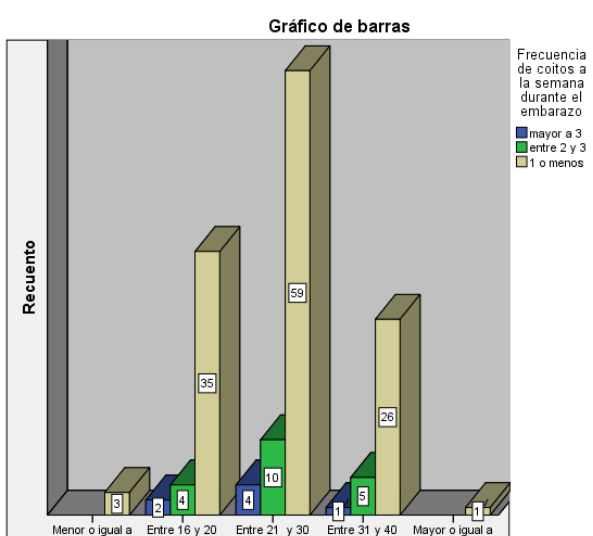
*Frecuencia Coital antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 21

*Frecuencia Coital durante el Embarazo*



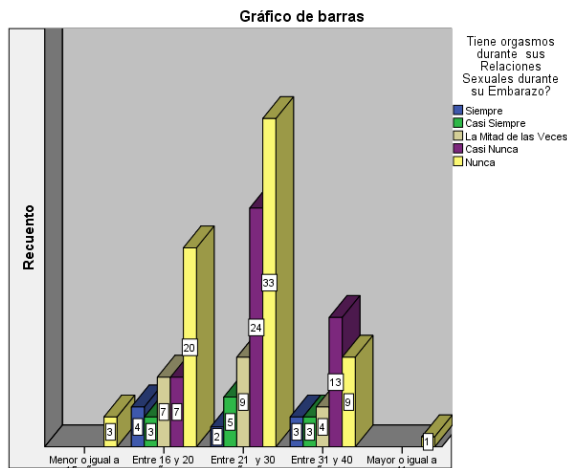
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la frecuencia coital según grupos etarios, se vió que comparando entre antes y durante el embarazo, la frecuencia coital disminuyó en aquellas que se encuentran entre los 16 a 20 años en un 26.83%, entre 21 a 30 años en un 53.43%, de 31 a 40 en un 56.25%. Solo existió una persona de 41 años. Mientras que en las <=15 años no hubo cambios.

- **Orgasmos según el Grupo Etario**

Figura 22

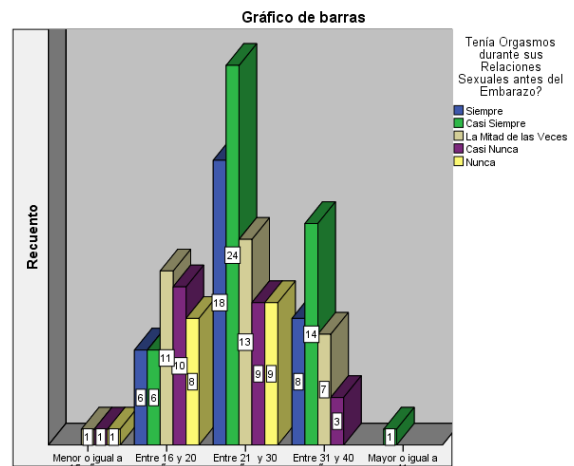
*Orgasmos antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 23

*Orgasmos durante el Embarazo*



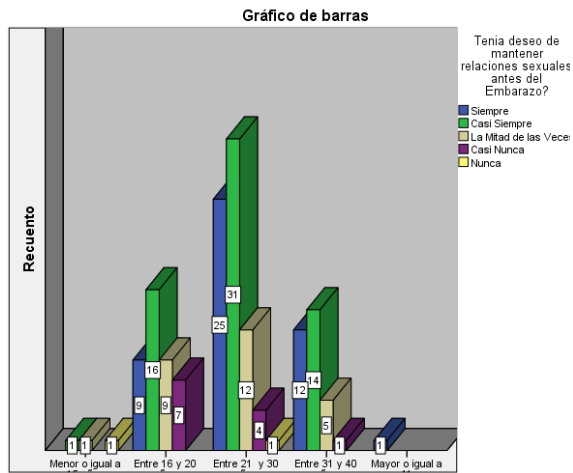
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la frecuencia orgásmica según grupos etarios, se observó que comparando entre antes y durante el embarazo, los orgasmos disminuyeron en aquellas con edades <= 15 años en un 33.33%, entre los 16 a 20 años en un 21.95%, entre 21 a 30 años en un 53.43%, de 31 a 40 en un 59.37%. Solo existió una persona de 41 años.

- **Deseo según el Grupo Etario.**

Figura 24

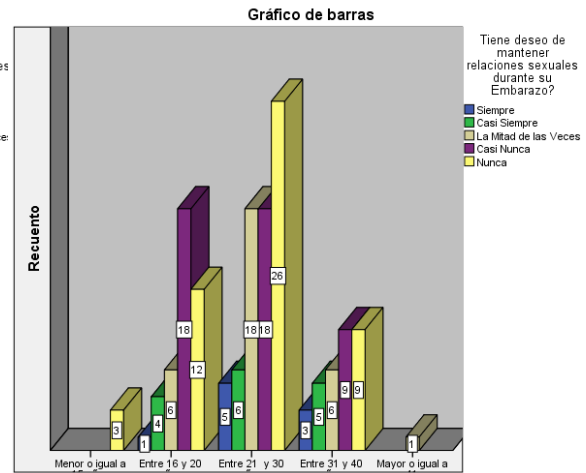
*Deseo antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 25

*Deseo durante el Embarazo*



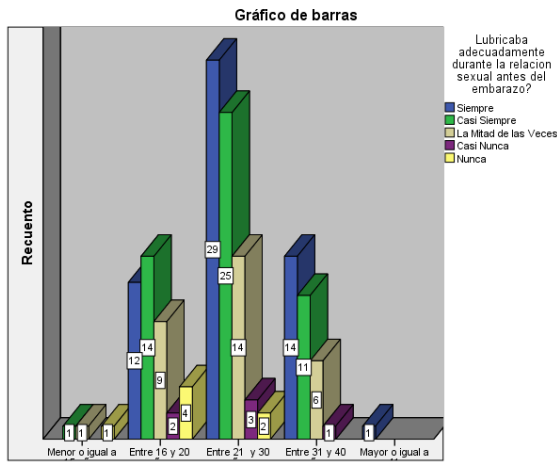
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar el deseo según grupos etarios, se vió que confrontando el antes y durante el embarazo, los orgasmos disminuyeron en aquellas que son  $\leq 15$  años en un 66.6%, entre los 16 a 20 años en un 56.1%, entre 21 a 30 años en un 53.43%, de 31 a 40 en un 53.12%. Solo existió una persona de 41 años.

• **Lubricación según el Grupo Etario**

Figura 26

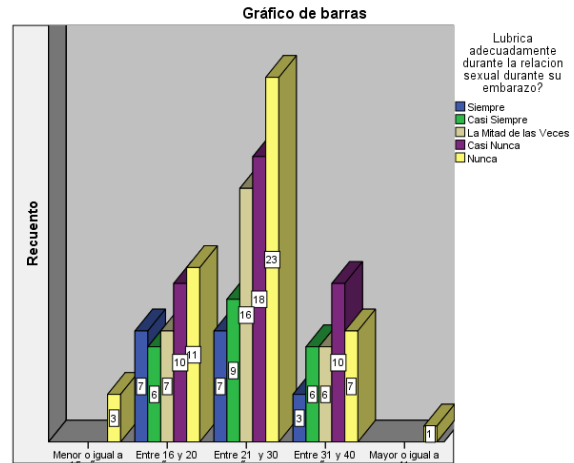
*Lubricación antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 27

*Lubricación durante el Embarazo*



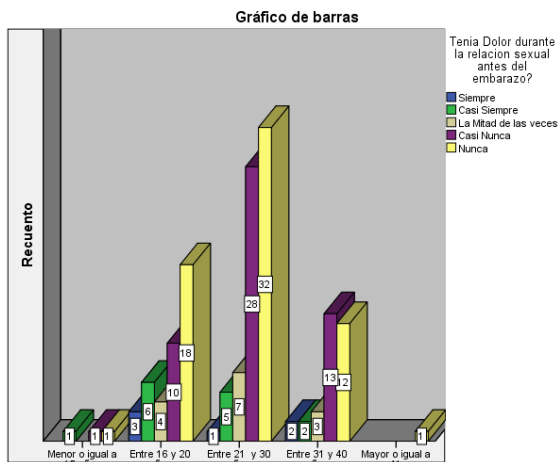
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la lubricación según el grupo etario, se observó que entre antes y durante el embarazo, la lubricación disminuyó en aquellas que son  $\leq 15$  años en un 66.6%, entre los 16 a 20 años en un 36.58%, entre 21 a 30 años en un 49.32%, de 31 a 40 en un 50%. Solo existió una persona de 41 años.

• **Dolor en la Relación Sexual según el Grupo Etario**

Figura 28

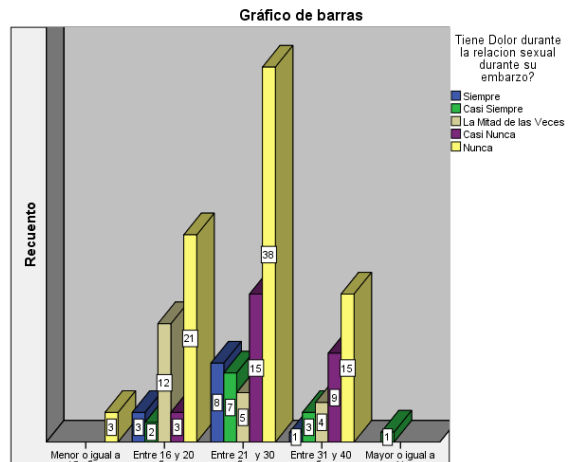
*Dolor antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 29

*Dolor durante el Embarazo*



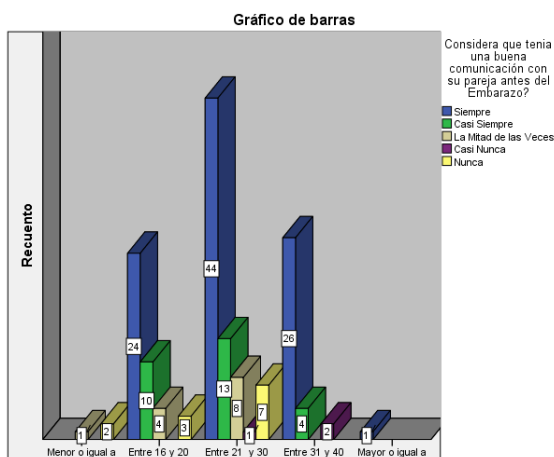
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la presencia de dolor según grupos etarios, se aprecia que entre antes y durante el embarazo, el dolor disminuyó en aquellas que son  $\leq 15$  años en un 33.3%, entre los 16 a 20 años aumento en un 9.76%, entre 21 a 30 años aumentó en un 9.59%, de 31 a 40 aumentó en un 3.13%. Solo existió una persona de 41 años.

- **Comunicación con la pareja según el Grupo Etario.**

Figura 30

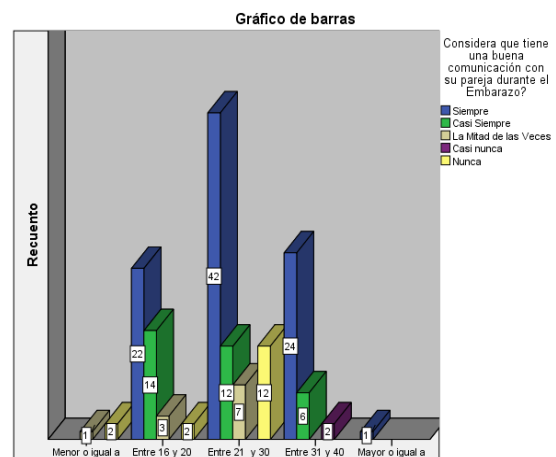
*Comunicación en pareja antes del embarazo.*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 31

*Comunicación en pareja durante el embarazo*



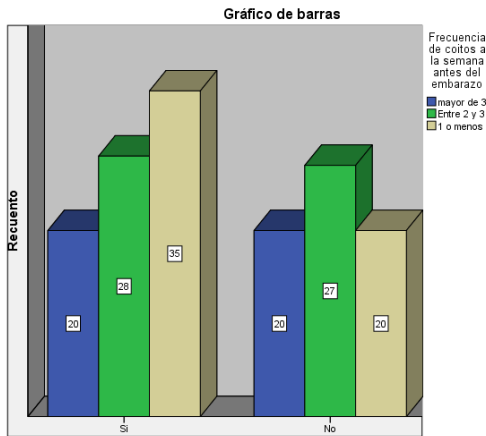
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la comunicación de pareja según el grupo etario, se observó que entre antes y durante el embarazo, la comunicación no cambió en aquellas mujeres que son  $\leq 15$  años, entre los 16 a 20 años mejoró en un 4.82%, entre 21 a 30 años disminuyó en un 5.54%, de 31 a 40 se mantuvo igual. Solo existió una persona de 41 años.

• **Frecuencia Coital según el Número de Gestas**

Figura 32

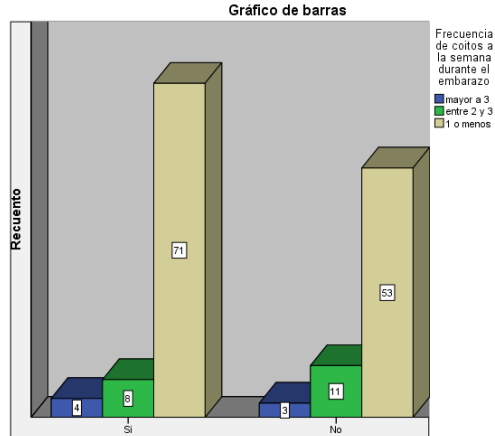
*Frecuencia Coital antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 33

*Frecuencia Coital durante el Embarazo*



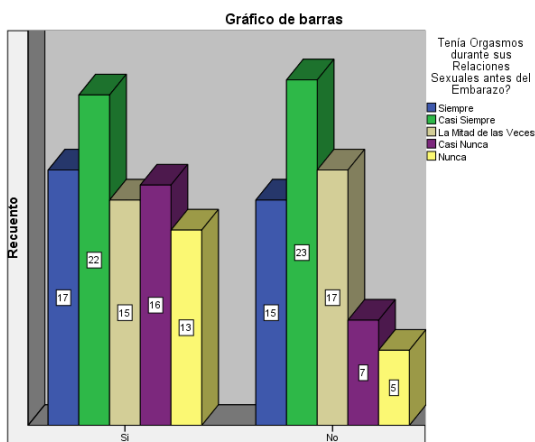
Fuente: Elaboración Propia

Se observó que en ambos grupos primigestas y multigestas, existe una marcada disminución de la frecuencia coital del antes al durante el embarazo. Obteniendo una disminución de un 43% en primigestas y un 49.2% en multigestas.

• **Orgasmos según el Número de Gestas**

Figura 34

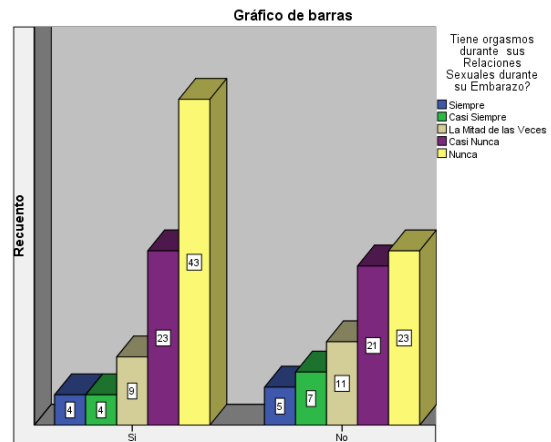
*Orgasmos antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 35

*Orgasmos durante el Embarazo*



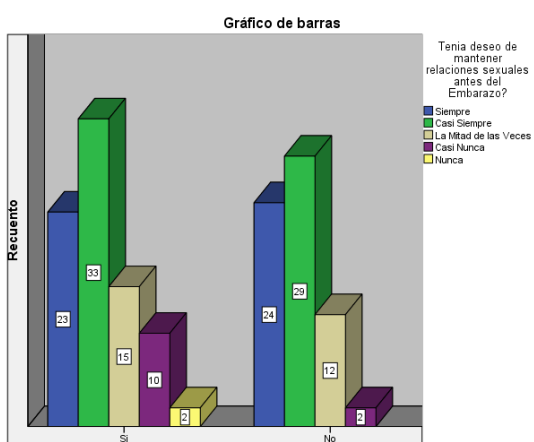
Fuente: Elaboración Propia.

Se pudo ver que en ambos grupos primigestas y multigestas existe una marcada disminución de orgasmos. Obteniendo una disminución en un 44.5% en primigestas y 47.76% en multigestas.

- **Deseo según el Número de Gestas**

Figura 36

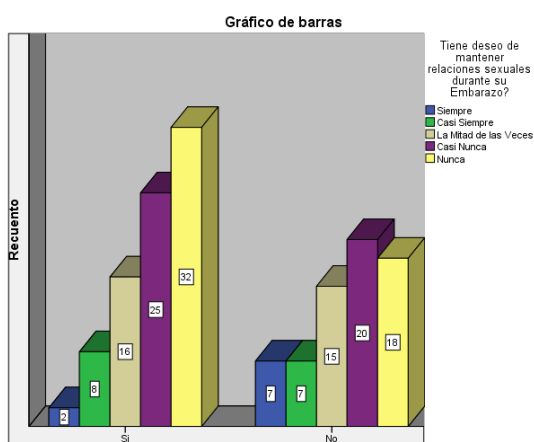
*Deseo antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 37

*Deseo durante el Embarazo*



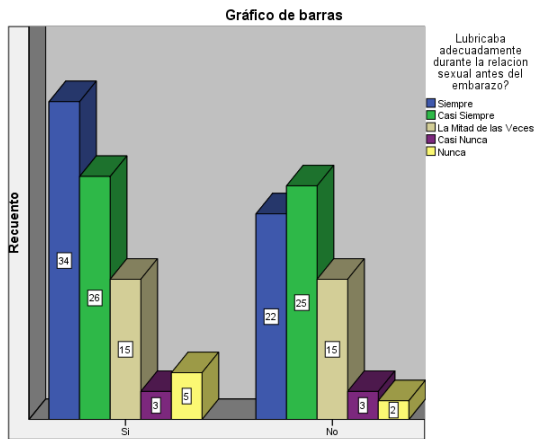
Fuente: Elaboración Propia.

Se apreció una evidente disminución del deseo sexual similar tanto en primigestas como en multigestas. Teniendo aquellas con un deseo sexual presente siempre – casi siempre y la mitad de las veces, con una disminución en un 54.2% y 53.8% durante el embarazo respectivamente.

- **Lubricación según el Número de Gestas**

Figura 38

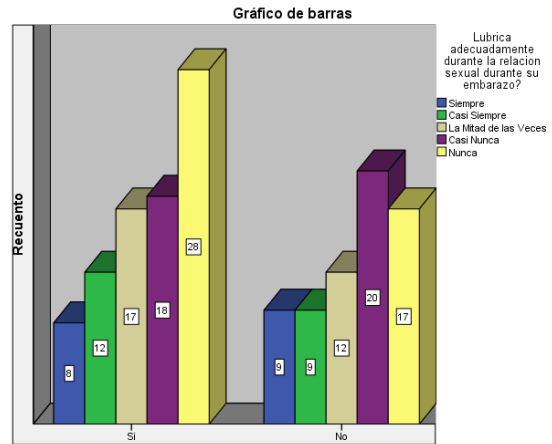
*Lubricación antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 39

*Lubricación durante el Embarazo*



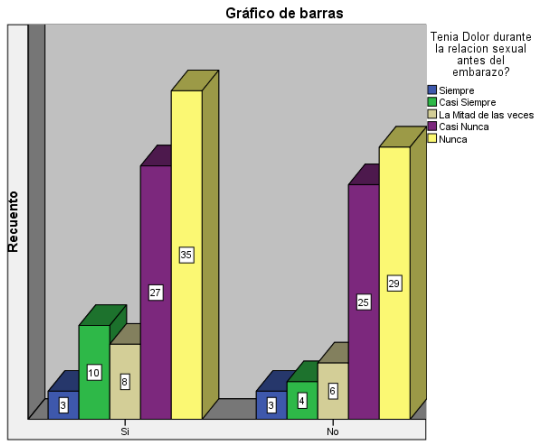
Fuente: Elaboración Propia.

Con respecto a la lubricación, se observó que en las multigestas hay una mayor alteración durante el embarazo que en las primigestas. Las mujeres con una lubricación siempre, casi siempre y la mitad de las veces disminuyó en un 33.74% durante el embarazo en el caso de las primigestas. En cuanto a las multigestas disminuyó en un 47.76% durante el embarazo.

• **Dolor según el Número de Gestas**

Figura 40

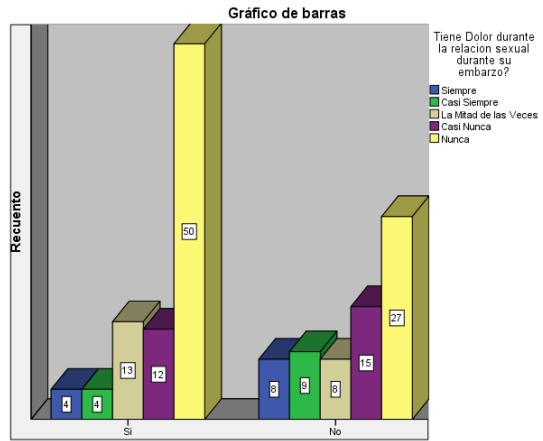
*Dolor antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 41

*Dolor durante el Embarazo*



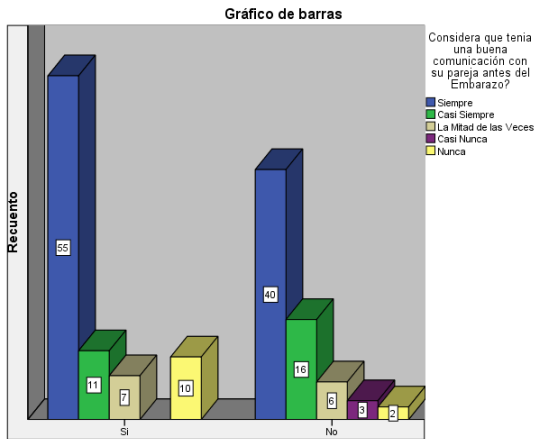
Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto al parámetro dolor durante la actividad sexual, se notó que no existen cambios significativos del antes al durante el embarazo en el caso de las primigestas. Sin embargo en las multigestas se presenta un aumento del dolor durante el embarazo; en un 18.31% de mujeres.

• **Comunicación con la Pareja según el Número de Gestas**

Figura 42

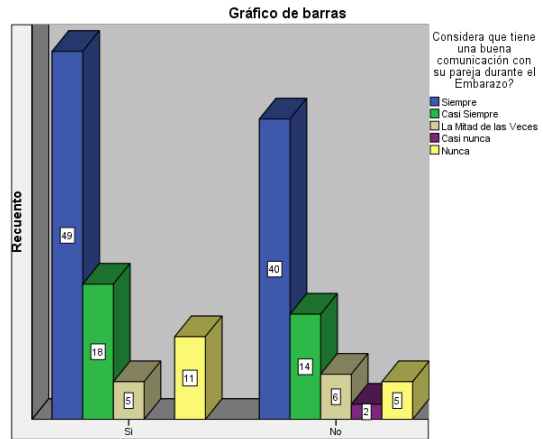
*Comunicación con la Pareja antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 43

*Comunicación con la Pareja durante el Embarazo*



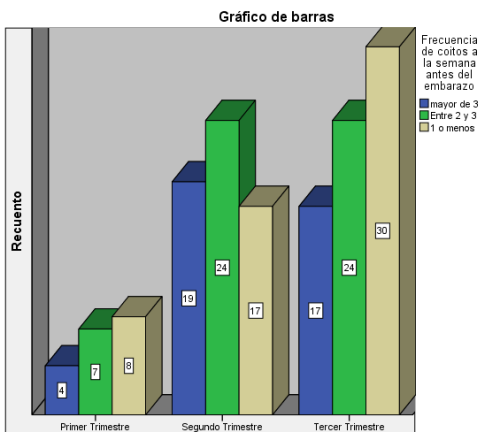
Fuente: Elaboración Propia.

La comunicación en pareja referente a la sexualidad durante el embarazo no manifestó cambios en ambos grupos con respecto a antes del embarazo.

• **Frecuencia Coital según el Trimestre Gestacional**

Figura 44

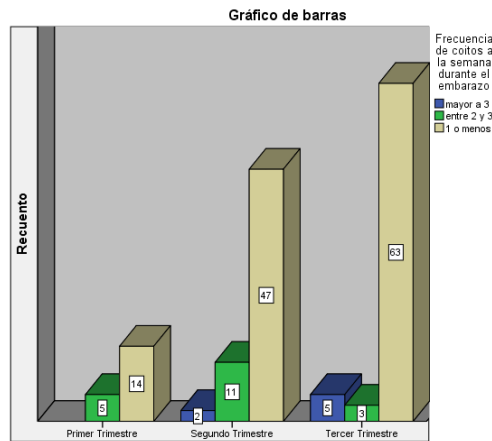
*Frecuencia Coital antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 45

*Frecuencia Coital durante el Embarazo*



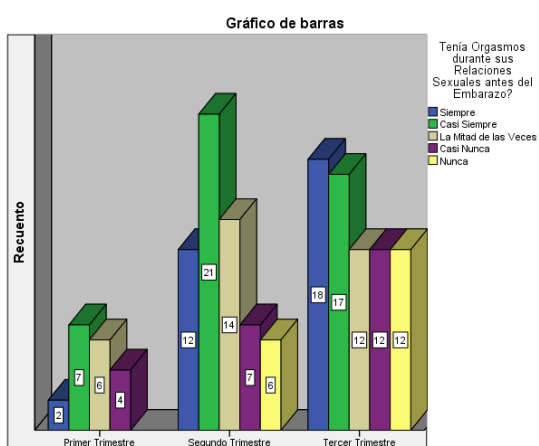
Fuente: Elaboración Propia.

Se pudo ver que en los tres trimestres existe una marcada disminución de la frecuencia coital, obteniendo una disminución de un 31.5% en el primer trimestre, un 50% en el segundo y un 46.5% en el tercero.

- **Orgasmos según el Trimestre Gestacional**

Figura 46

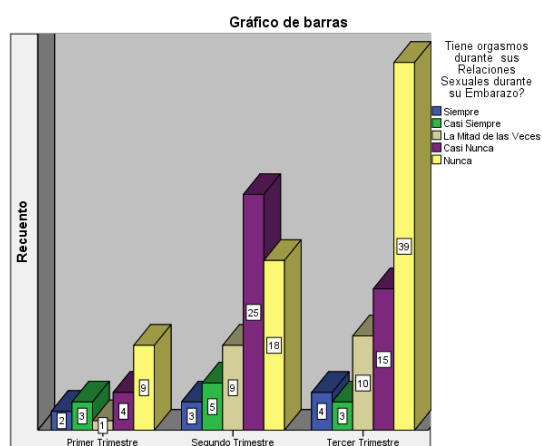
*Orgasmos antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 47

*Orgasmos durante el Embarazo*



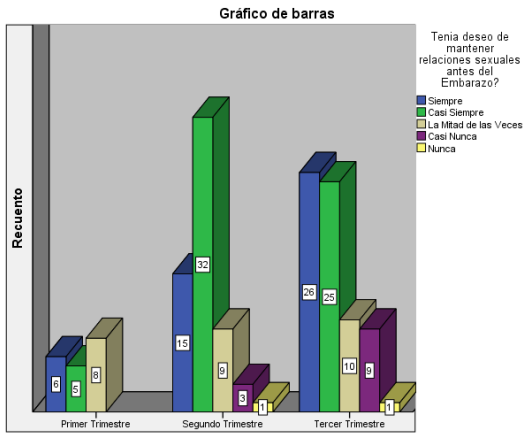
Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a los orgasmos antes y durante el embarazo se vió que disminuye en los tres trimestres; pero mayormente en el segundo. Obteniendo una disminución de un 47.4% en el primer trimestre, un 50.2% en el segundo y 42.2% en el tercero.

• **Deseo según el Trimestre Gestacional**

Figura 48

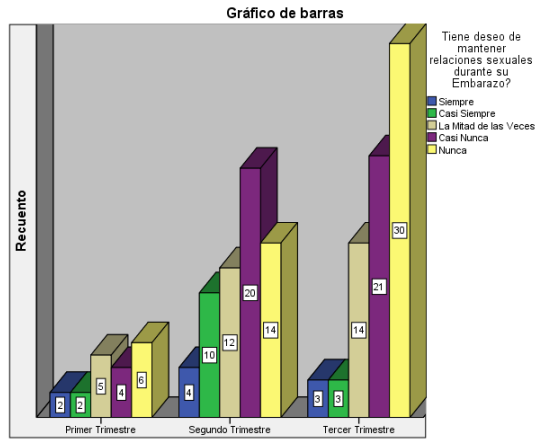
*Deseo antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 49

*Deseo durante el Embarazo*



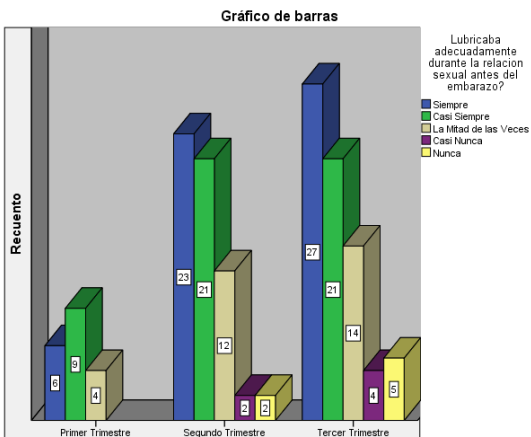
Fuente: Elaboración Propia.

El deseo sexual según el trimestre de gestación disminuye conforme aumenta la edad gestacional comparado con su situación antes del embarazo. Obteniendo una disminución de un 52.7% en el primer trimestre, un 50% en el segundo y 57.8% en el tercero.

• **Lubricación según Trimestre Gestacional**

Figura 50

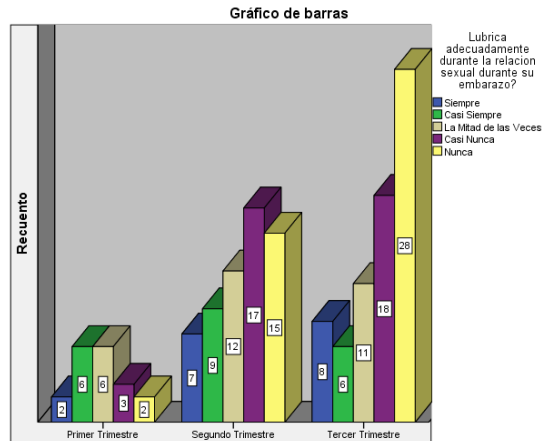
*Lubricación antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 51

*Lubricación durante el Embarazo*



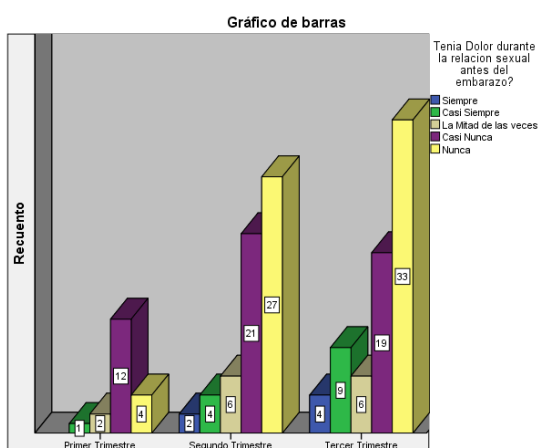
Fuente: Elaboración Propia.

La lubricación según el trimestre de gestación disminuye conforme aumenta la edad gestacional comparado con antes del embarazo. Obteniendo una disminución de un 26.4% en el primer trimestre, un 46.7% en el segundo trimestre y 52.1% en el tercero.

- **Dolor según el Trimestre Gestacional**

Figura 52

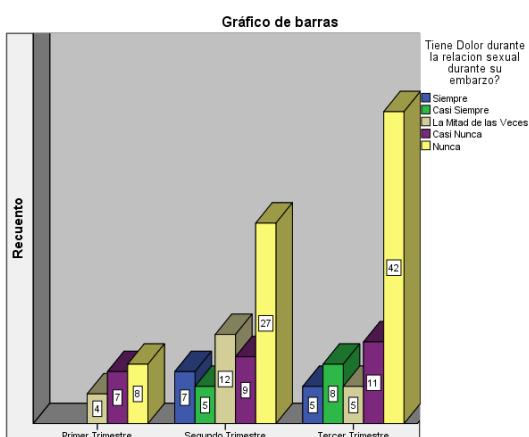
*Dolor antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 53

*Dolor durante el Embarazo*



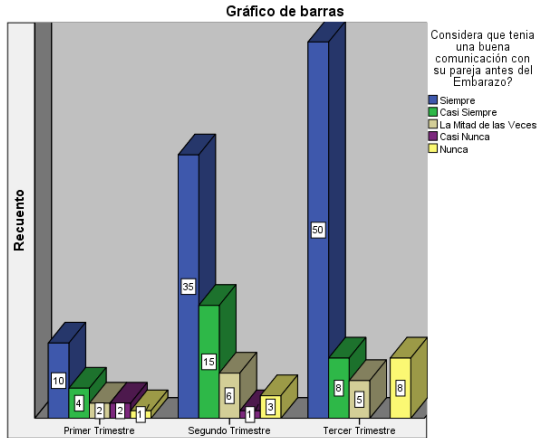
Fuente: Elaboración Propia.

La presencia de dolor según el trimestre de gestación aumenta conforme progresa el embarazo comparado con lo manifiesto antes del mismo. Un mayor aumento de dolor en el segundo trimestre. Obteniendo un aumento de un 5.35% en el primer trimestre, un 20% en el segundo y una disminución de un 1.41% en el tercero.

• **Comunicación con la Pareja según el Trimestre Gestacional**

Figura 54

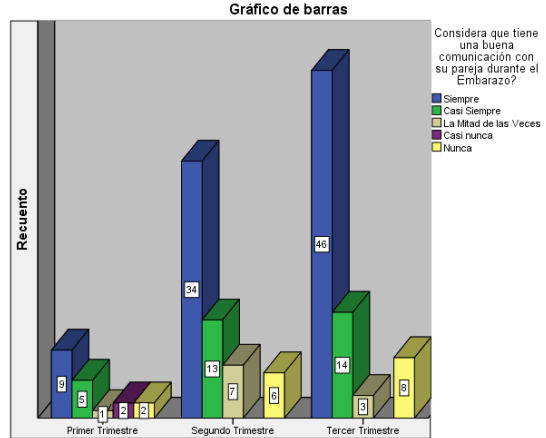
*Comunicación con la pareja antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 55

*Comunicación con la pareja durante el Embarazo*



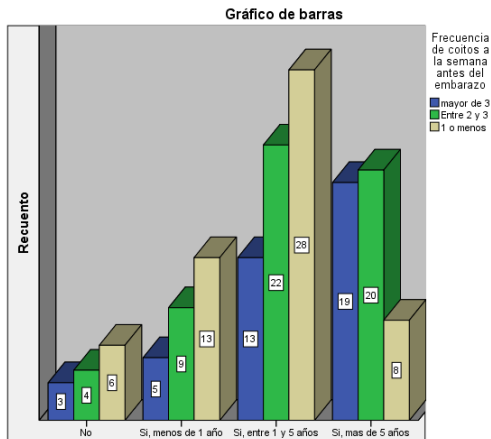
Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto a la comunicación en pareja no se ven cambios muy significativos de antes a durante el embarazo.

• **Frecuencia Coital según Años de Relación con la Pareja**

Figura 56

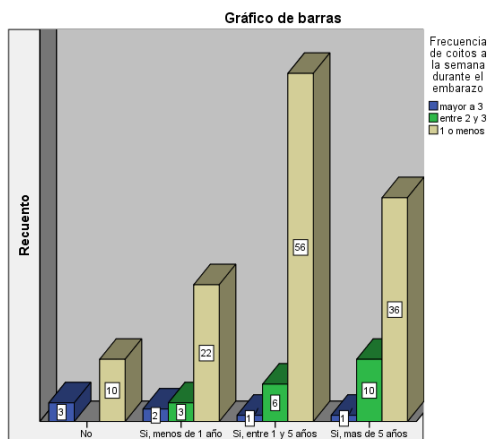
*Frecuencia Coital antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 57

*Frecuencia Coital durante el Embarazo*



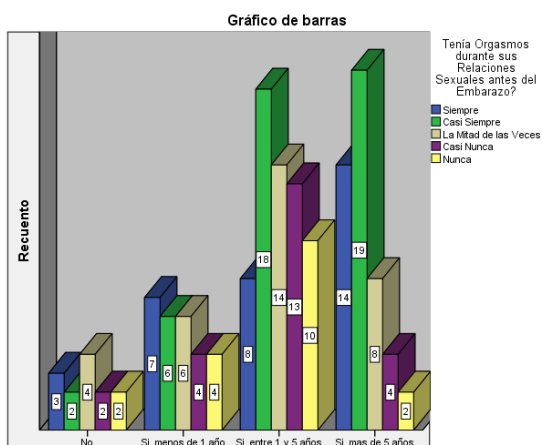
Fuente: Elaboración Propia.

Se observó que mientras más años de convivencia con la pareja disminuye más la frecuencia coital. Teniendo en cuenta que en las personas que no tenían pareja, la frecuencia coital disminuyó en un 30,7%. En las que tenían su pareja con menos de 1 año de relación disminuyó en un 33,3%. En aquellas entre 1 a 5 años de relación, disminuyó en un 44,44% y las que tenían su pareja más de 5 años en un 59,57% durante el embarazo comparado con la situación antes del mismo.

- **Orgasmos según Años de Relación con la Pareja**

Figura 58

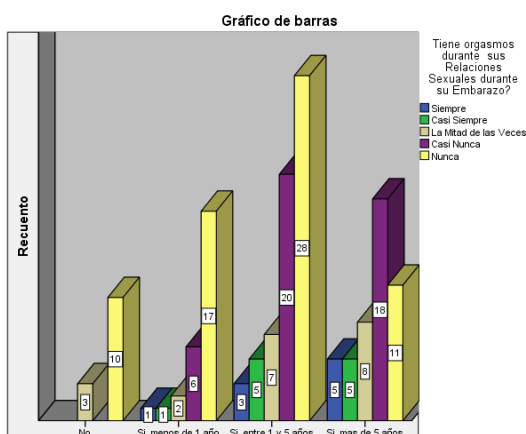
*Orgasmos antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 59

*Orgasmos durante el Embarazo*



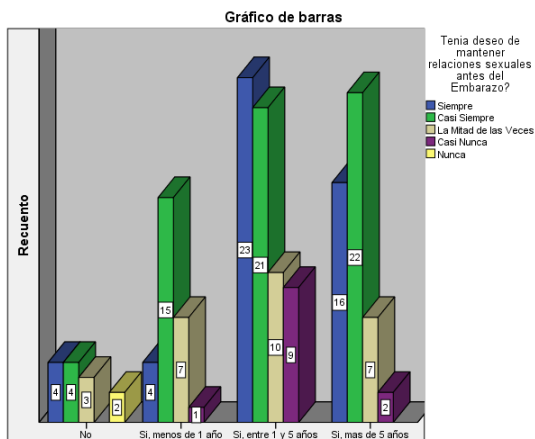
Fuente: Elaboración Propia.

Se observó que al comparar la frecuencia orgásmica antes y durante el embarazo, ésta disminuyó mayormente en el grupo de mujeres que se encuentran en una relación menos de 1 año en un 55.56%, en aquellas sin pareja en un 46.16%, entre 1 y 5 años de relación en un 39.69% y más de 5 años en un 48.69%.

- **Deseo según Años de Relación con la Pareja**

Figura 60

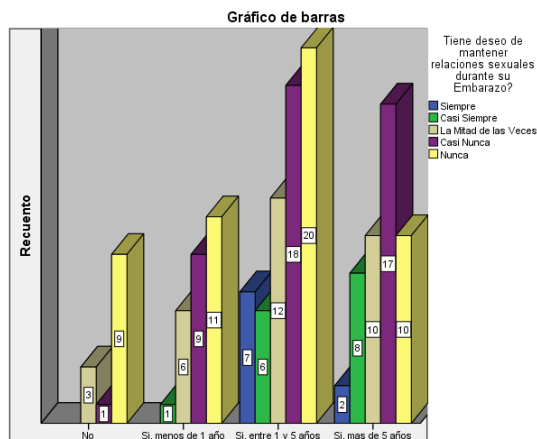
*Deseo antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 61

*Deseo durante el Embarazo*



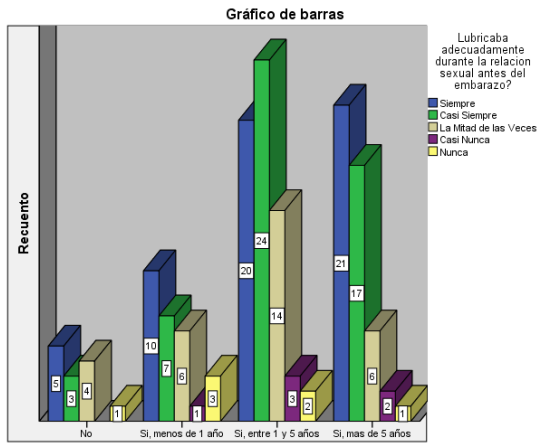
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la presencia de deseo sexual y años de convivencia con la pareja, se vió que entre antes y durante el embarazo la diferencia disminuyó mayoritariamente en el grupo de mujeres que encuentran en una relación menor de 1 año en un 70.37%, en aquellas sin pareja en un 61.54%, entre 1 y 5 años en un 46.03% y más de 5 años en un 53.19%.

• **Lubricación según Años de Relación con la Pareja**

Figura 62

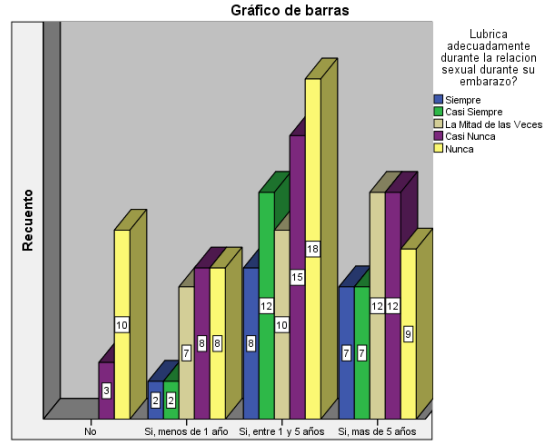
*Lubricación antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 63

*Lubricación durante el Embarazo*



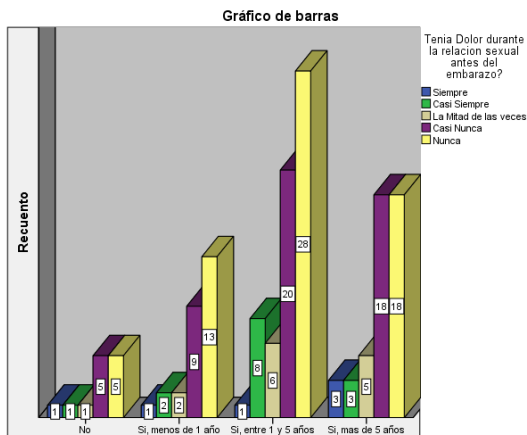
Fuente: Elaboración Propia

Al comparar lubricación adecuada y años de convivencia con la pareja, se vió que entre antes y durante el embarazo la diferencia disminuyó. En el grupo de mujeres que se encuentran en una relación menor de 1 año en un 44.7%, entre 1 y 5 años en un 44.4% y más de 5 años en un 38.2% y en aquellas sin pareja sin cambios.

• **Dolor según Años de Relación con la Pareja**

Figura 64

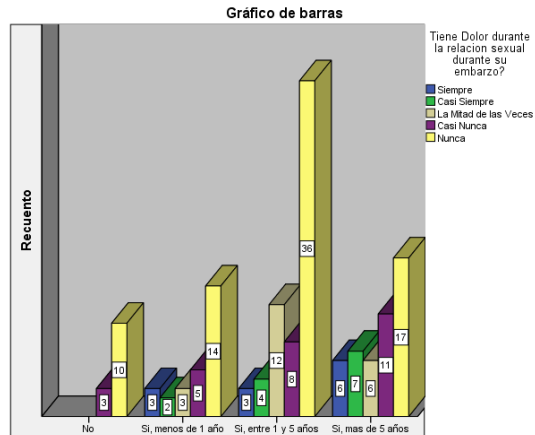
*Dolor antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 65

*Dolor durante el Embarazo*



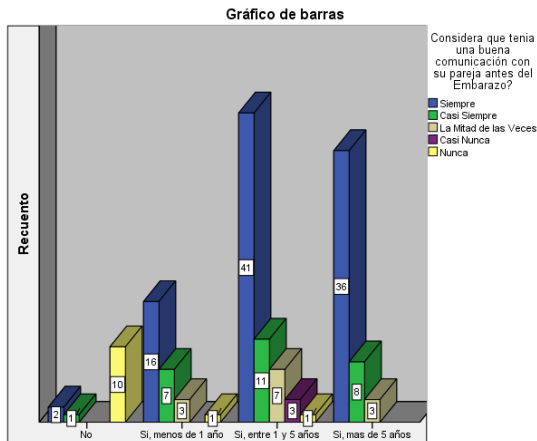
Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar la presencia de dolor y años de convivencia con la pareja, se apreció que entre antes y durante el embarazo, el dolor aumentó en aquellas que se encuentran en una relación menor de 1 año en un 11.1%, entre 1 y 5 años en un 6.35% y más de 5 años en un 17.0%, esto quizá esté en relación con el menor deseo sexual.

- **Comunicación con la Pareja según Años de Relación con la Pareja**

Figura 66

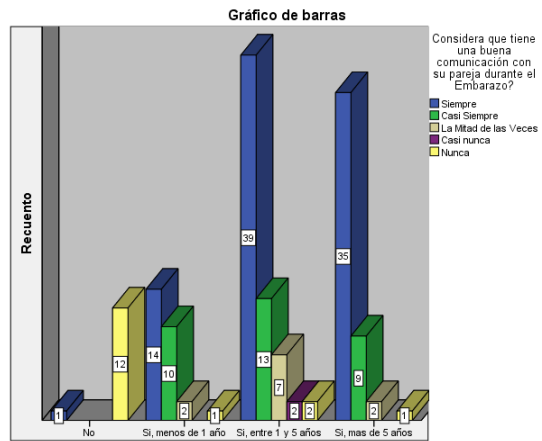
*Comunicación con la pareja antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 67

*Comunicación con la pareja durante el Embarazo*



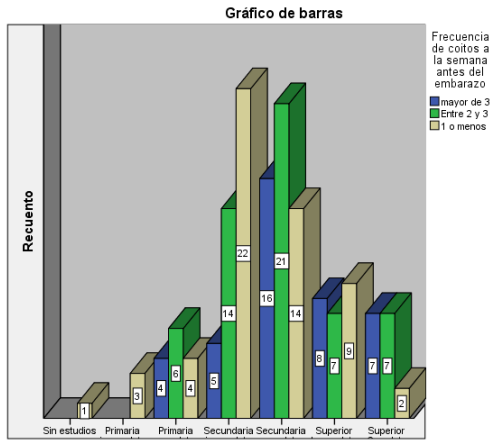
Fuente: Elaboración Propia.

No parece haber cambios significativos

• **Frecuencia Coital según Nivel de Instrucción**

Figura 68

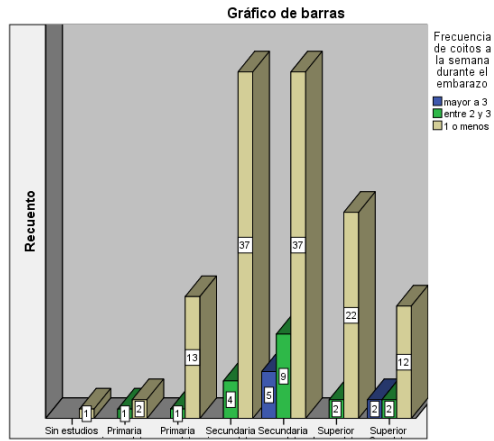
*Frecuencia Coital antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 69

*Frecuencia Coital durante el Embarazo*



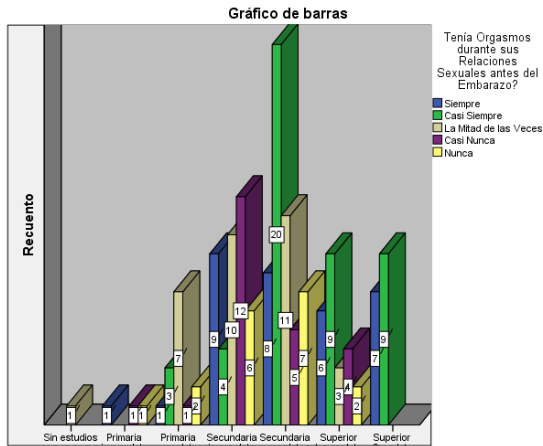
Fuente: Elaboración Propia.

Las mujeres en las que disminuyó mayormente la frecuencia coital comparando antes y durante el embarazo fueron las de primaria completa en un 64.28%, seguido por las de superior completa en un 62.5%, superior incompleta en un 54.47% y secundaria completa en un 45.05%; mientras que en aquellas con primaria incompleta aumentó en un 33.3%

• **Orgasmos según Nivel de Instrucción**

Figura 70

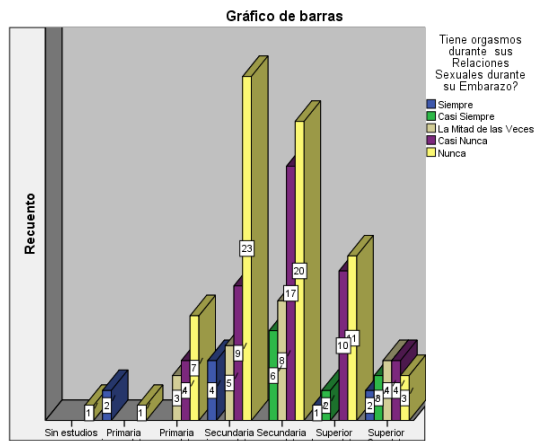
*Orgasmos antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 71

*Orgasmos después del Embarazo*



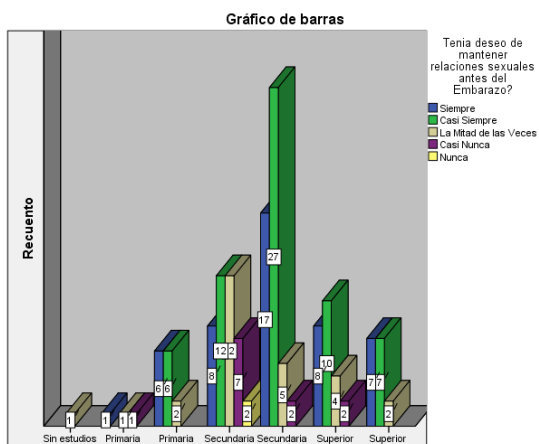
Fuente: Elaboración Propia.

Se observó que en el caso de las mujeres con primaria completa disminuye la frecuencia orgásmica de antes a durante el embarazo en un 57.15%, en la secundaria incompleta y completa en un 34.95% y 49.02% respectivamente. En el superior incompleto se nota un aumento en un 60.72% y en el superior completo un 43.75%.

• **Deseo según Nivel de Instrucción**

Figura 72

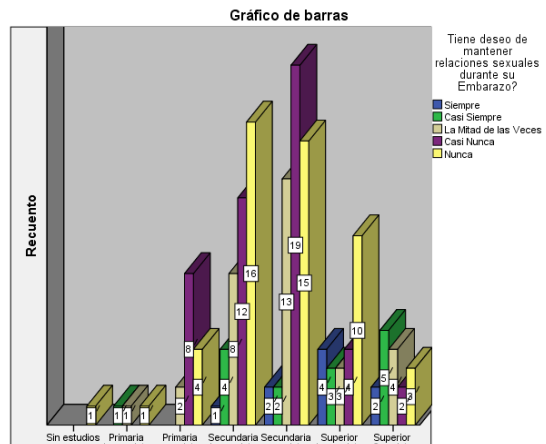
*Deseo antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 73

*Deseo durante el Embarazo*



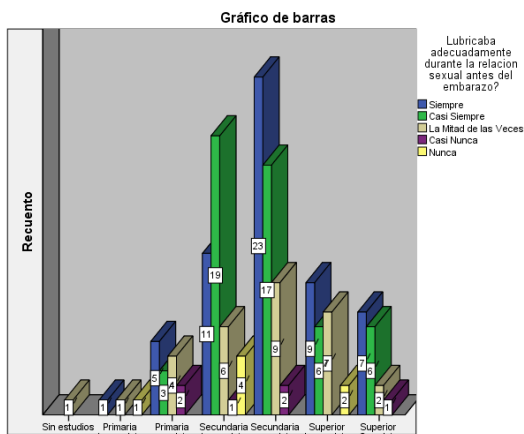
Fuente: Elaboración Propia.

Se observó que el deseo en el caso de las mujeres de primaria completa disminuyó en un 85.8%, seguido de las de secundaria completa en un 62.74% como valores más representativos. En el resto de niveles de instrucción la disminución del deseo fue menor pero estuvo presente.

• **Lubricación según Nivel de Instrucción**

Figura 74

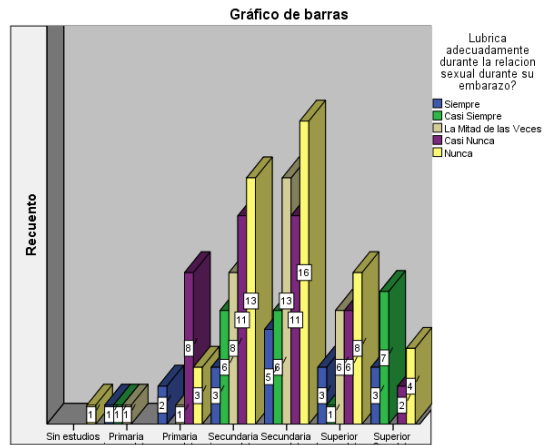
*Lubricación antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 75

*Lubricación durante el Embarazo*



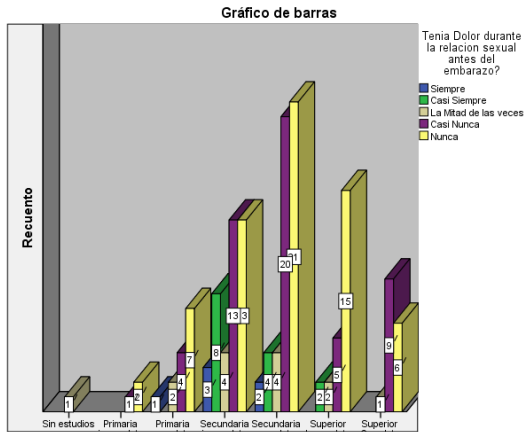
Fuente: Elaboración Propia

Disminuyó la lubricación más en las mujeres con primaria completa en un 64.29%, seguido de las de superior incompleta en un 50.06%. Pero en las con superior completo disminuyó en menor porcentaje 31.25%.

• **Dolor según Nivel de Instrucción**

Figura 76

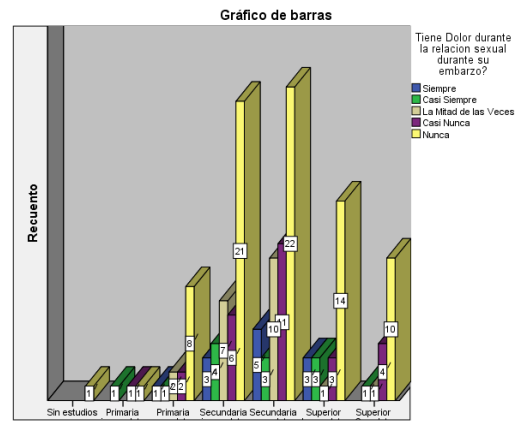
*Dolor antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia

Figura 77

*Dolor durante el Embarazo*



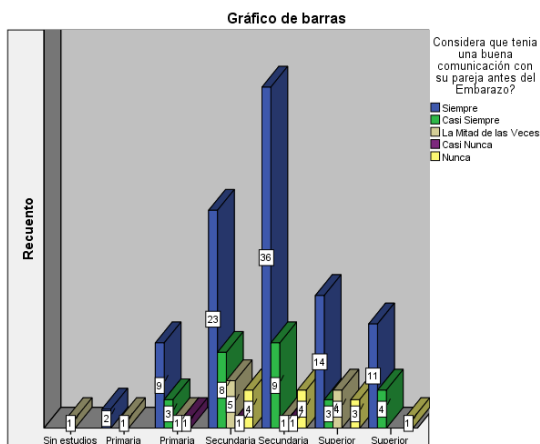
Fuente: Elaboración Propia

El dolor comparando antes y durante el embarazo aumentó en un 15.69% y 12.5% en las mujeres con secundaria incompleta y completa respectivamente. Y en el resto de niveles de instrucción de igual manera aumenta.

• **Comunicación en Pareja según Nivel de Instrucción**

Figura 78

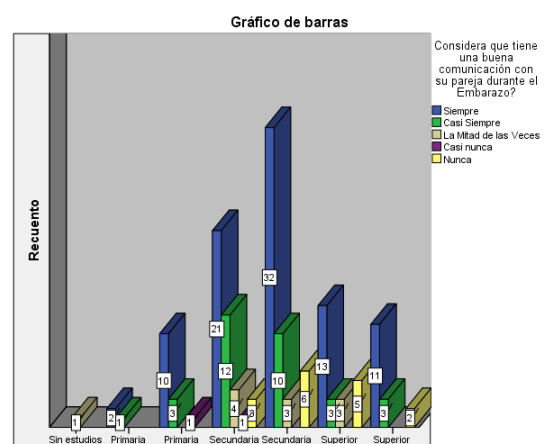
*Comunicación en Pareja antes del Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia

Figura 79

*Comunicación en Pareja durante el Embarazo*



Fuente: Elaboración Propia

No hay cambios significativos en cuanto a la comunicación en pareja de antes a durante el embarazo.

## 5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La sexualidad y la actividad sexual en las mujeres embarazadas han sido estudiadas en la literatura, y es considerablemente aceptado que el embarazo tiene algunas influencias en el comportamiento sexual de las mujeres. Demostrando que los cambios fisiológicos y psicológicos que se llevan a cabo durante el embarazo pueden afectar las características de la actividad sexual. Cambios en el aspecto corporal propios del aumento de volumen, cambios posturales, alteraciones de la piel (hiperpigmentación, estrías), fatiga, lumbalgias, estreñimiento etc. Todos estos y muchos más sistemas se ven afectados en el proceso. Además influyen los aspectos psicológicos; provocando ansiedad, labilidad emocional, miedos e inseguridades. Todo esto en conjunto perjudica la vida sexual de la pareja, resultando en cambios en el deseo sexual, frecuencia coital, orgasmos etc. En fin, aspectos que se trata a lo largo de este documento.

Una de las fortalezas del presente estudio fue que buscamos ser más precisos en cómo cambia la actividad sexual previa al embarazo en comparación a la situación durante el mismo. Donde se encontró que en cada uno de las características estudiadas (frecuencia coital, orgasmo, deseo y lubricación) hubo una marcada disminución del antes al durante el embarazo, con una significancia de 0,000. Lo que ratifica aún más el propósito de este estudio. Este resultado concuerda con *Soria* (2012) que demostró que existen diferencias en el estado embarazo respecto lo habitual, en casi todas las variables medidas; todas las probabilidades fueron menores a 0,05. Sin embargo en la medida de cercanía emocional con la pareja tampoco encontró diferencias ( $p=0,44$ ). Así también *Piñero* (2010) autora brasileña quien menciona que el interés sexual durante el embarazo esta disminuido en un

45.1% de las mujeres. La frecuencia coital semanal antes del embarazo es más de 3 en un 31.5% mientras que durante la gestación el número se reduce a 1 o menos por semana en un 54.2%. En cuanto al orgasmo, un 75.3% de mujeres presentaban siempre o casi siempre antes de la gestación, viéndose reducido el número a un 50% durante la misma.

En un estudio realizado por *Aslan* (2005) en base al índice de función sexual femenina, observaron puntuaciones más bajas conforme avanzaba el embarazo. *Fok* (2006), también plantea esta conclusión al ver que de las 998 mujeres de su estudio el 93% de ellas informaron una reducción general en su actividad sexual.

Según *Bartellas* (2000) y otros autores en su estudio en 141 mujeres embarazadas canadienses menciona que la frecuencia de relaciones sexuales vaginales se iba reduciendo durante el embarazo, asociado directamente al trimestre como único factor asociado significativamente a dicha disminución. Teniendo que en el primer trimestre disminuyó un 48%, segundo 75% y en el tercero 76% con  $p < 0.05$ . De igual manera en esta investigación la frecuencia coital en el primer trimestre disminuyó en un 31.5%, en el segundo un 50% y en el tercero 46.5% confrontado con la frecuencia antes del embarazo. Esto permite concluir que en la población estudiada difiere de la anterior al ser más bajo en el segundo que en el tercer trimestre. A la vez *Hasan* (2014), estudio turco en 1026 mujeres indica una disminución de frecuencia coital que llega hasta 1/3 de la actividad habitual en el último mes de gestación. Los hallazgos de *Aslan* de igual manera estarían en relación con los de *Bartellas* (2000), quien encontró que la frecuencia de intentos de coito durante las últimas 4 semanas fue de 8.673 veces antes del embarazo, y 6,97 ( $\pm 2,5$ ), 5,47 ( $\pm 2,6$ ) y 2,57 ( $\pm 1,4$ ) veces en el primer, segundo y tercer trimestres del

embarazo, respectivamente. *Aslan* (2005) refiere que en su estudio de 40 mujeres embarazadas saludables, en las que se evaluó la función sexual, se determinó que los cambios en las puntuaciones que evaluaron los dominios deseo, excitación, lubricación y orgasmo fueron insignificantes entre el primer y segundo trimestre del embarazo. Sin embargo en el tercero si fue significativo. *Piñero* en los datos por trimestres dice que el número de coitos es menor durante el segundo y tercer trimestre. Con relación a los hallazgos del presente estudio donde se compara entre trimestres estas mismas características se obtuvo que no hay diferencias significativas que nos permitan afirmar que entre trimestres hay una disminución conforme aumenta el embarazo. Esto fue valorado mediante el *test de Scheffé* que tuvo valores  $> 0.05$  (deseo: 0.82, lubricación: 0.70 y orgasmo: 0.428) de significancia.

*Fok* (2006) en las 998 mujeres del estudio que realizó refiere que más del 60% tuvieron reducción del deseo y orgasmos; y *Hasan* (2014) vio que la puntuación del deseo disminuyó conforme avanza la gestación, encontrando una disminución marcada en el tercer trimestre en comparación al segundo y al primero. Hechos que son contradictorios a los resultados del presente estudio.

*Lima*, como parte de su estudio también determinó que hubo un patrón similar en todos los dominios de la actividad sexual durante el primero y segundo trimestre; mientras que se presentó una disminución significativa en el tercer trimestre según el FSFI (Índice de Función Sexual femenina). (2009)

En un estudio realizado por *Von* (1999), reportó que la dispareunia estaba presente entre un 22-50% de las mujeres embarazadas. Así también corrobora esta

idea *Aslan*, quien sugirió que la frecuencia de presentación del dolor era directamente proporcional al aumento en la edad gestacional (2005). Mientras que en el presente estudio sucede un hecho diferente. Se encontró que al correlacionar la presencia de dolor según el trimestre, éste no tuvo cambios estadísticamente significativos; es decir que durante los tres trimestres hubo la misma frecuencia de presentación del dolor. Por otra parte en las multigestas se presenta un aumento del dolor durante el embarazo; en un 18.31% de mujeres, ahora bien este resultado no fue estadísticamente significativo. Curiosamente *Lima* (2009), demostró que la dispareunia disminuyó en el tercer trimestre en ambos grupos de edad; pero concluye que este hecho puede deberse a la disminución de la frecuencia coital.

*Bartellas* además estudió las creencias alrededor del coito durante el embarazo; observando que un 49% de mujeres pensaba que la relación sexual puede causar daños al feto (2000). En cambio las mujeres del presente estudio, un 62.7% mencionaron saber que la penetración no causa ningún tipo de daño al feto; hecho que es muy diferente en estudios iraníes como el de *Babazadeh* (2013) y *Torkestani* (2012); el primero realizado en 33 mujeres, de las cuales el 8.7% creían que la actividad sexual desencadenaría abortos y parto prematuro y el 65% temían producir algún tipo de daño al feto. *Torkestani* (2012) en las 155 mujeres de su estudio menciona que otra de las razones para la disminución de la frecuencia coital aparte de las ya mencionadas fue el miedo a una ruptura prematura de membranas en el tercer trimestre en un 19.3%; mientras que nosotros hallamos que un 46% de mujeres creían que el coito durante el último trimestre podría desencadenar el parto pretérmino. Este gran contraste de opiniones puede deberse a las diferencias culturales y religiosas de estas poblaciones. Sin embargo, *Torkestani* (2012) no

encontró ninguna asociación significativa entre la actividad sexual durante el embarazo y el parto prematuro, la edad gestacional, ruptura de la membrana, y el bienestar fetal (Peso, APGAR, necesidad de ingreso a UCI). Por otro lado, *Piñero* observó que un 11% de las gestantes creyeron que las relaciones sexuales pueden perjudicar al bebé y un 95% de su población le hubiera gustado recibir mayor información sobre actividad sexual durante el embarazo.

Con relación a estudios dentro de Ecuador, sólo un autor, *Eduardo Estrella* (1991), concluye que las posibles enfermedades que puede desarrollar el recién nacido; como la presencia de malformaciones y la posibilidad de partos múltiples, son las principales consecuencias que pone a prueba el tabú de las relaciones sexuales. Los padres aceptan la imposición cultural y participan así en el desarrollo de su hijo. Sin embargo, refiere que un escaso número de informantes dijo que se podía continuar con las relaciones al menos hasta el crecimiento del vientre materno no sea tan excesivo.

Asimismo *Bartellas* (2000) investigó sobre la orientación recibida durante el embarazo, el 29% de mujeres afirmó haber hablado sobre actividad sexual durante el embarazo con su médico; el 15% habló con el médico más otra persona, el 41 % se informó mediante libros y un 15% con otras personas (amigos, etc) . Contrastando con la población investigada, se vió que la fuente más frecuentemente consultada fue la pareja para un 49.3% de mujeres, seguido de pareja y profesional a la vez un 29.3%. Algo muy similar reporta *Fok* (2006) en su estudio donde un buen porcentaje de mujeres (>50%) dijeron hablar con su pareja y tan solo 9.4% con el médico sobre actividad sexual. Estadísticas muy diferentes fueron las manifestadas por *Babazadeh* (2013), quién describe que aunque la mayoría de mujeres deseaban hablar sobre

actividad sexual con su médico, el 75.8% de ellas dijeron ser demasiado tímidas para iniciar la conversación. Por otro lado, *Piñero* observó que el 21% de sus encuestadas recibió información por parte de amigos.

Con respecto a la edad como factor influyente sobre los cambios en los dominios de la actividad sexual encontramos que *Lima* (2009), autora brasileña, realizó un estudio de cohorte en 271 mujeres en las que halló que las adolescentes embarazadas presentaron mejores puntuaciones de la función sexual en comparación con mujeres de mayor edad; los mismos hallazgos que se dieron en la presente investigación. En el grupo de mujeres entre 16-20 años se vió una menor disminución en cuanto a frecuencia coital, orgasmo y lubricación comparadas con aquellas mayores de 21 años. Lo cual puede ser explicado por la reciente iniciación y curiosidad sobre actividad sexual de los jóvenes, además de la creencia de que nada malo podría pasar; conducta que *Lima* llama en su estudio “pensamiento mágico de la adolescencia”. En cambio entre las adultas embarazadas los factores como la paridad, cargas laborales y familiares pueden ser las causas para que tengan un menor rendimiento en la función sexual. (2009)

Con respecto a con quién conviven las embarazadas, en el presente estudio se observó que de esta población la mitad (50.66%) conviven con la familia (padres, hermanos, abuelos), en otras palabras estas mujeres tienen menor privacidad. Lo que nos lleva a pensar que posiblemente este es un factor que afecta negativamente a la actividad sexual de la pareja; puesto que un ambiente favorable para la intimidad depende también de la privacidad y libertad que los individuos posean dentro de su entorno.

La mayoría de mujeres (42%) llevan una relación de pareja entre 1 a 5 años. Se observa que el grupo de las mujeres que llevan una relación en pareja menor a 1 año presentan una mayor disminución en cuanto a orgasmos, deseo y lubricación durante el embarazo. Hallazgo que puede ser explicado por el hecho de que la relación en pareja requiere de una estabilidad emocional y cohesión estructural de la relación; una base y pilares firmes para la evolución de este vínculo, hecho que en gran porcentaje de parejas se alcanza a mayor años de convivencia.

Por lo que se refiere a la influencia del nivel de instrucción sobre la actividad sexual se apreció que si bien la frecuencia coital, orgásmica, el deseo y la lubricación disminuyeron en todos los niveles, esto sucedió mayormente en aquellas mujeres con un nivel de instrucción menor, tal es el caso de las de “primaria completa” donde disminuyeron en un 64.28%, 57.15%, 85.8% y 64.29% respectivamente; en comparación con el resto de grados de escolaridad.

Estos hallazgos no demostraron ser significativos estadísticamente. En otras palabras, esta asociación encontrada entre estas dos variables a pesar de no ser significativa en nuestro estudio, nos demuestra que a menor nivel educativo hay un menor ejercicio de la actividad sexual y mayor desconocimiento de la misma.

Sin embargo hay que considerar que un buen porcentaje de la población (60.67%) no tenían un bajo nivel educativo; es decir al menos habían terminado la educación secundaria. Con esto se podría concluir que la disminución de la actividad sexual en las mujeres durante el embarazo no está directamente ligado al nivel de instrucción; lo que se refleja en el actual estudio.

A pesar de que en el estudio no se investigó en preguntas abiertas las causas por las que las mujeres disminuyen su actividad sexual, se vió que en otros estudios como en el de *Babazadeh* (2013) un 13% de mujeres refirieron sentirse menos atractivas durante el embarazo y el 65% nuevamente a la cabecera el temor de producir daño al feto.

## 6. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- **CONCLUSIONES**

En las mujeres embarazadas pertenecientes a los Centros de Salud Unión de Ciudadelas y La Pío XII que fueron entrevistadas durante el período de tiempo de Abril a Julio del 2015 se observó que la actividad sexual y sus componentes si se ven alterados en comparación con su situación antes del embarazo.

Al averiguar sobre la fuente de información más comúnmente consultada por las embarazadas sobre actividad sexual durante el embarazo, el estudio reveló que en primer lugar fue la pareja y en segundo lugar la pareja conjuntamente con el profesional de salud.

Solo una tercera parte de la población estudiada recibió algún tipo de consejería por parte del profesional de salud durante los controles prenatales; hallazgo que tiene gran relevancia en el ámbito de atención prenatal.

El análisis más fructífero de este estudio surgió al contrastar una por una las características de la actividad sexual antes y durante el embarazo. Encontrando que en cada parámetro hay diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.000$ ). Lo que en conclusión corrobora la premisa de que hay cambios manifiestos y marcados en la función sexual de la mujer durante el embarazo comparado con el escenario antes del mismo. Y que esto es atribuible a los cambios psicológicos y fisiológicos propios del

embarazo; como lo manifiestan numerosos estudios de similares peculiaridades al presente.

Algo que tiene una relevancia especial en la práctica médica es el conocer las creencias o tabúes y miedos en torno a la actividad sexual durante el período gestacional. Es así que se encontró que un gran porcentaje de mujeres tienen conocimiento claro de que el coito no es perjudicial para el feto, siempre y cuando no este contraindicado por causa de alguna patología. A pesar de esto, es aún alto número de mujeres que consideran al coito como un factor desencadenante del parto prematuro durante el tercer trimestre y manifiestan que prefieren prevenir dicha complicación mediante la abstinencia.

Además no se encontró asociación significativa entre la progresión de la edad gestacional y los cambios de las características de la actividad sexual. Teniendo como factor los trimestres y variables dependientes las antes mencionadas características, se encontró que con la estadística descriptiva si existió diferencias entre los porcentajes de las frecuencias; pero al comprobar el nivel de significancia mediante el *test de Scheffé* se determinó que ninguna de estas posibles asociaciones fue significativa.

En relación a la edad de las gestantes se observó que el grupo de mujeres de 16 a 20 años es donde existieron menos cambios en las características de la actividad sexual. En cuanto al número de gestas no hubo una diferencia relevante entre primigestas y multigestas, excepto por un aumento del dolor durante el embarazo presentado en las multigestas. En cambio los años de convivencia con la pareja sí

parece modificar dichas características, viendo que en las mujeres con relaciones menores a un año con su pareja disminuye en mayor medida la actividad sexual. Por otro lado, un poco más de la mitad de las mujeres convivían con sus familias (padres, hermanos, abuelos), hecho que al parecer sí afectaría a la privacidad en pareja y por ende a la adecuada función sexual. Finalmente, la mayoría de mujeres tenían un nivel de instrucción mayor o igual a secundaria completa; lo que no es tan desalentador. Sin embargo, la disminución de la actividad sexual estuvo presente independientemente del grado de escolaridad; pero en mayor medida en mujeres con primaria completa. No obstante, en el análisis estadístico no existió correlación significativa entre las variables sociodemográficas y los dominios de la actividad sexual.

Finalmente, en vista de que la literatura encontrada dentro del país no hace referencia a la actividad sexual durante el embarazo y tan solo se focalizan en la función sexual femenina en general, se vio la necesidad de realizar estudios de similares características a posteriori. Por lo demás, los investigadores creen que el estudio proporciona información valiosa para los centros de atención primaria en cuanto a la función sexual de la gestante para un manejo integral en los controles prenatales y asegurar el bienestar psicológico, físico y emocional de la gestante y su pareja.

- **RECOMENDACIONES**

Considerando que la atención médica del paciente se rige bajo el concepto de proporcionar una atención integral; es fundamental que la misma incluya evaluar, detectar precozmente factores de riesgo y brindar asesoramiento con respecto a la salud sexual de la mujer tanto previamente como durante el embarazo. Esto con el objetivo de detectar posibles trastornos de la función sexual que pueden verse agravados durante la gestación. De todo esto surge la necesidad de manejar un instrumento de evaluación de la función sexual durante el embarazo que sea validado y adaptado a esta etapa de la vida en específico, junto a un abordaje más frontal y de carácter preventivo por parte del personal de salud.

A pesar de que en este estudio se consideró parcialmente la relación en pareja planteando la comunicación como una de las preguntas, ésta no fue valorada integralmente. Al mismo tiempo se sugiere la participación de la pareja en futuras investigaciones puesto que como lo demuestran los resultados la pareja fue la fuente de información mayormente frecuentada por las embarazadas o con quienes más conversaban respecto a este tema. Sin embargo, la pareja o cónyuge no es la persona más apta o capacitada en cuanto a actividad sexual durante el embarazo; por lo que debería incluirse en las asesorías de este tema. Además tomar en cuenta la apreciación de la imagen corporal y autoestima de las mujeres; puesto que si ellas todavía se sienten atractivas para su pareja, esto aumentará su autoestima e influenciará positivamente en la actividad sexual.

En vista de que el tiempo de relación con la pareja tiene una relevancia particular en el presente estudio; se debe considerar un abordaje y consejería más tempranos en el grupo de gestantes que llevan poco tiempo de convivencia en pareja, puesto que al parecer son quienes tienden más a manifestar alteraciones en la actividad sexual.

Además, teniendo en cuenta que en nuestro medio social es muy común que las parejas convivan dentro de un modelo de familia extendida; es primordial que uno de los aspectos a considerar como parte de la asesoría médica sea el enfatizar la búsqueda de la privacidad y comodidad de la pareja como necesidad elemental para una adecuada expresión de la sexualidad.

Se propone además realizar futuras investigaciones más amplias y que estudien a profundidad las modificaciones de las características de la actividad sexual durante la gestación. Puesto que es responsabilidad de las casas de salud proporcionar asesoramiento y educar a la gestante y pareja como una unidad con respecto a cómo llevar una vida sexual lo más normal posible dentro este período de la vida.

En cuanto a los aspectos no contemplados en este estudio se puede decir que no fueron evaluados los factores interpersonales y psicológicos, que son componentes fundamentales para una función sexual adecuada de la mujer gestante.

## 7. REFERENCIAS

- Alzate, L. A. (2001). Perfil Psicosexual de la pareja durante la gestación. *Tesis de investigacion*, 26-34.
- Amato, P. (2006). Categories of female sexual dysfunction. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 527-534.
- Arteaga, G. D. (2003). Infecciones, alteraciones tromboembólicas y problemas de salud mental. *Matronas de Profesión*, 34-41.
- Aslan, G. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. . 154-157.
- Babazadeh, R., Khadijeh, M., & Zahra, M. (2013). Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud. Iran. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82-84.
- Bartellas, E., Crane, J., Daley, M., Bennett, K., & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Journal of Obstetric Gynaecology.*, 964-968.
- Basson, R., Berman, J., & Burnett, A. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal Urology*, 888-893.
- Berman, J. (2003). Female Sexual Dysfunction: New Perspectives on Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. *EAU Update Series*, 166-177.
- Cabero, L., Saldívar, D., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Panamericana.
- Cabrera, C. D., & Paredes, U. F. (2012). TESIS DE INVESTIGACIÓN PRESENTADA AL INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *Función sexual y su ejercicio en mujeres primigestas que acuden a la Consulta Externa hasta un año después del parto vaginal o por cesárea en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de Quito*. Quito, Pichincha, Ecuador.

Carrobbles, J. G.-G. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27-34.

Castroviejo R., F. (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Tesis Doctoral*. Valladolid.

Cavalcanti, R., & Cavalcanti, M. (1997). *Tratamento Clínico Das Inadequações Sexuais*. São Paulo: Roca.

Cellek, S., & Moncada, S. (1998). *Nitroergic neurotransmission mediates the non-adrenergic noncholinergic*. *Pharmacol.*

Chayen, B., Tejani, N., Verma, U., & Gordon, G. (1986). Fetal heart rate changes and uterine activity during coitus. *Acta Obstétrica Ginecológica*, 853-855.

Cunninghm, F., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, L., Haulth, J., & K., W. (2001). Trabajo de parto y parto normales. En F. Cunninghm, *Williams Obstetricia 21th ed.* (págs. 213-265). Madrid: Médica Panamericana.

DeCherney, A. H. (2007). Fisiología materna durante el embarazo. En A. H. DeCherney, *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. Novena Edición* (págs. 145-160). México: El Manual Moderno.

Estrella, E. (1991). *Función Maternal Y Sexualidad*. Quito: ABYA-YALA.

Farré Marti, J. M. (2010). La sexualidad y la naturaleza femenina. En J. M. Farré Marti, *Gran Enciclopedia de la Sexualidad*. (pág. Tomo II). Barcelona: Oceano.

- Fok, W., Chan, S., & Lau T. (2006). Sexual Dysfunction after a first trimester induced abortion in a chinese population. *Journal Obstetric Gynecology*, 255-258.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida Cotidiana: Tres ensayos de la teoría sexual y otras obras*. Alianza.
- Freud, S. (2011). Introducción al Psicoanálisis. En S. Freud, *Introducción al Psicoanálisis*. Alianza.
- Garzón, A. (2012). Triolismo. En M. D. Castillo, & M. D. Paredes, *Función sexual y su ejercicio en mujeres primigestas que acuden a la Consulta Externa hasta un año después del parto vaginal o por cesárea en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito*. Quito: UCE. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
- Gindin, L. (2003). *La nueva sexualidad de la mujer: A la conquista del placer*. Buenos Aires: Editorial Norma.
- Grimal, P. (1986). *Love in Ancient Rome (University of Oklahoma Press)*. Oklahoma: Crown Publishers.
- Gutierrez, T. B. (2010). La Respuesta Sexual. *Rev. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*, 543-546.
- Guyton, A., & Hall, J. (1999). Fisiología Femenina antes del Embarazo; Hormonas femenina. En A. Guyton, & J. Hall, *Tratado de Fisiología Médica. Endocrinología y Reproducción*. (págs. 1115-1132). Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Hasan, E., & Murat, B. (2014). The Effects of pregnancy on the sexual life of Turkish women. *Proceeding in obstetrics and Gynecology*, 1-11.

- Ibor Lopez, J. J. (1968). *Enciclopedia Familia de la Salud: La vida sexual*. Madrid: Danae.
- Kavanagh, J., Kelly, A., & Thomas, J. (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Khajehei, M., Ziyadlou, S., Safari, R. M., Tabatabaee, H., & Kashefi, F. (2009). A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 126-130. doi:10.4103/0970-0218.51237
- Lima, A., Salles, A., Cardoso, A., Mahmed, A., & De Souza, E. (2009). PREVALENCE OF SEXUAL DISFUNCTION DURING PREGNANCY. *Rev. Asociada de Medicina. Brasil*, 563-568.
- Malinowski, B. (1975). *La vida sexual de los salvajes*. Madrid: Morata.
- Manlio, S. (2012). *Orígenes reencontrado*. Ciudad Nueva.
- Martinotti, A. R., & Sebastiani, M. M. (2002). Sexualidad y Embarazo. *Rev. Hospital Italiano de Buenos Aires*.
- Mas, M. (1999). Fisiología Sexual. En M. Mas, *Fisiología Humana 2da Edición* (págs. 1148-1158). Madrid: McGraw Hill-interamericana.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1987). La Sexualidad Humana. En W. H. Masters, & V. E. Johnson, *La Sexualidad Humana*. La Habana: Científico-Técnica.
- Mead, M. (1961). *Sexo y Temperamento*. Buenos Aires: Paídos. II ed.
- Molero, R. F. (2006). La sexualidad en el embarazo y puerperio. *El Farmacéutico*, 40-48.
- Moreno V, M. (2003). La Filosofía Escolástica. En M. Moreno Villa, *Filosofía, Antropología, Psicología y Sociología* (pág. 27). Madrid: Mad. Vol II.

- MSP Ecuador. (12 de Julio de 2007). Orientaciones conceptuales, base legal internacional, nacional y fundamentos estratégicos. En M. Ecuador, *Políticas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* (págs. 1-41). Quito: CONASA. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador.: <http://www.salud.gob.ec/tag/derechos-sexuales-y-reproductivos/>
- OMS. (1975). *Conclusión extraída de la conferencia de Ginebra de 1975*. Ginebra.
- Ortiz, G. M. (2010). Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Profesión*, 45-52.
- Palle, c., Bredkajaer, H., & Ottesen, B. (1990). *Vasoactive intestinal polypeptide and human vaginal blood flow: comparison between transvaginal and intravenous administration*. *Pharmacol Physiol*.
- Pérez, S. P.-A. (1982). Aspectos de la sexualidad en la embarazada deducidos de un estudio de 100 embarazos. *Programa de Obstetricia y Ginecología*, 323-331.
- Piñero, S., Alarcos, G., Arenas, M., Jimenez, V., Ortega, E., & Ramiro, M. (2010). Características y Modificaciones de la Sexualidad durante el Embarazo. *Rev. Nure Investigation*, 1-16.
- Pouilloux, J. (1954). *Recherches sur l'histoire et les cultes de Thasos*. Borcard. Volm I.
- Rejane, S. N. (2010). Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Revista latinoamericana*.
- Sanchez G., M. d., & J., L. (2008). *PROSTAGLANDINAS Y FUNCION REPRODUCTIVA*. Granada.
- Schaffir, J. (2002). Survey of folk beliefs about induction of labor. *Birth*, 47-51.

- Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, k., & Cunningham, G. (2009). *Ginecología de Williams*. México DF.: Mc Grawhill.
- Seemens, J. (1971). Female sexuality and life situations. An etiologic psycho-socio-sexual profile of weight gain and nausea and vomiting during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 555.
- Soria, B. (2012). Estudio de la Actividad sexual de la Mujer durante le embarazo y puerperio. *Revista de la Universidad de Almeria*, 70.
- Sueiro, E. G. (1995). Sexualidad en el embarazo: Vivencia que tiene la mujer de la suya propia y de la de su pareja. *Iberoamericana de Fertilidad*. Vol. XII- n° 6, 35-41.
- Tamayo, M., Calderón, V., & Colunga, S. (2003). Conductas Sexuales durante el Embarazo. *Rev. Universidad de Oriente Santiago de Cuba*, 213-230.
- Tan PC, Y. C. (2007). Effect of coital activity on onset of labor in women scheduled for labor induction: a randomized controlled trial. *Obstetric Gynecology*, 820-826.
- Tan, P., Andi, A., Azmi, N., & Noraihan, M. (2006). Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. *Obstet Gynecol*, 134-140.
- Taylor, P., & Kelly, R. (1974). 19-Hydroxylated E prostaglandins as the major prostaglandins of human semen. *Nature*, 665-667.
- Torkestani, F., Hadavand, S., Khodashenase, Z., Besharat, S., Davati, A., Karimi, Z., & Zafarghandi, N. (2012). Frequency and perception of sexual activity during pregnancy in iranian couples. *Int J Fertil Steril*, 107-110.
- Van Theil, D., & Gravalier, J. (1977). *Modificada de Van Theil DH: Heartbum in pregnancy*.

- Van Thiel, D., & Hoeschstetter, L. (2007). *Effects of pregnancy on gastrointestinal transit*.
- Von, S. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta content analysis of 59 studies. *Journal Psychosom*, 27–49.
- Weeks, J. (1986). Sexualidad. En J. Weeks, *Sexualidad*. México: Paidós Mexicana.
- Witcome, C. (1995). “Women in Prehistory:the The Venus of Willendorf-Discovery”. *Sweet Bair College*.

## **8. ANEXOS**

### **Anexo 1:**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Solicitud de participación e información a proporcionar a las mujeres antes de la entrevista.

Solicitamos su colaboración en el estudio de LA ACTIVIDAD SEXUAL Y MODIFICACIONES DE LA MISMA EN PACIENTES EMBARAZADAS PERTENECIENTES DEMOGRAFICAMENTE A LOS CENTROS DE SALUD UNION DE CIUDADELAS Y PIO XII DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JULIO DE 2015.

Lo que usted nos diga no quedará reflejado, en ningún momento estará su nombre en ninguno de los documentos relacionados con el estudio, ni se hará público su nombre.

Le agradecemos de antemano su participación y quiero asegurarle la total confidencialidad de sus respuestas así como el anonimato de las mismas.

No es obligatoria su participación y si lo desea puede dejar de contestar en cualquier momento. Si usted no desea participar lo entendemos.

Todos los datos obtenidos en este estudio se podrán obtener Los Archivos de Tesis de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Firma de la mujer

Firma del entrevistador/a

**Anexo 2: ENCUESTA DIRIGIDA**

EDAD:.....

PRIMERIZA: SI NO

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:

¿En qué trimestre de embarazo se encuentra?

- PRIMERO
- SEGUNDO
- TERCERO

¿Tiene pareja?

- NO
- SI, MENOS DE 1 AÑO
- SÍ, ENTRE 1 Y 5 AÑOS
- SÍ, MÁS DE 5 AÑOS

En la actualidad convive:

- SOLO
- PISO COMPARTIDO
- PAREJA
- FAMILIA

Estudios:

- SIN ESTUDIOS
- PRIMARIA INCOMPLETA
- PRIMARIA COMPLETA
- SECUNDARIA INCOMPLETA
- SECUNDARIA COMPLETA
- SUPERIOR INCOMPLETA
- SUPERIOR COMPLETA

**FRECUENCIA DE COITOS A LA SEMANA:**

	ANTES DEL EMBARAZO	MOMENTO ACTUAL
MAYOR DE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 2-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 O MENOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TIENE ORGASMOS DURANTE SUS RELACIONES SEXUALES:**

	ANTES DEL EMBARAZO	MOMENTO ACTUAL
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TIENE DESEOS DE MANTENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA:**

	ANTES DEL EMBARAZO	MOMENTO ACTUAL
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LUBRICACION:**

	ANTES DEL EMBARAZO	MOMENTO ACTUAL
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TIENE DOLOR DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES:**

	ANTES DEL EMBARAZO	MOMENTO ACTUAL
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSIDERA USTED QUE MANTIENE UNA BUENA COMUNICACIÓN CON SU PAREJA.**

	ANTES DEL EMBARAZO		MOMENTO ACTUAL
SIEMPRE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CASI NUNCA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NUNCA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

La penetración puede dañar al bebé:

V F D

En el último trimestre no deben mantenerse relaciones sexuales:

V F D

En las últimas semanas del embarazo mantener relaciones sexuales puede ayudar a desencadenar el trabajo de parto:

V F D

De tener placenta previa se deben suspender las relaciones sexuales:

V F D

En el caso de embarazos múltiples deben suspenderse las relaciones sexuales:

V F D

**¿Con quién habla de sexualidad en su entorno?**

- Pareja
- Profesional
- Amigos
- Familia
- Pareja- profesional
- Pareja- familia
- Nadie
- Otros