

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD
DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN MUJERES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ PERIODO JULIO –
SEPTIEMBRE 2019**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTORA: MD. BELÉN ALMEIDA

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. FRANCISCO DELGADO DEL HIERRO

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. IVÁN DUEÑAS ESPÍN

QUITO 2019

AGRADECIMIENTO

Esta tesis está dedicada a:

Mi padre Enrique quién con su amor, paciencia y esfuerzo me permite cumplir este anhelado sueño, a mi madre Narcisa una mujer luchadora que con sus grandes esfuerzos, amor y cariño me ha hecho valorar este camino; ambos han sido un ejemplo de valentía y resiliencia.

A toda mi familia por su apoyo y entendimiento en especial en aquellos sueños que mi corazón más desea alcanzar

A mis maestros que sin sus enseñanzas, habilidades y experiencias nada de esto sería posible.

A mis compañeros y amigos por ser parte de este camino; que no fue fácil pero con ustedes fue más llevadero

DEDICATORIA

A mis padres por sus esfuerzos y amor para lograr esta meta por ustedes continuaré hasta cumplir todos los sueños y anhelos que me corazón desea

Queridos tutores de tesis sin ustedes no se hubiera plasmado este trabajo.

Adorada familia.

Y a ti que no estás en nuestras vidas, fuiste importante; solamente RESISTE....

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE GENERAL.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	3
MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. SALUD SEXUAL	3
2.3. Cambios fisiológicos en embarazo en torno a su sexualidad.....	8
2.3.2 Cambios hormonales durante el embarazo.	12
2.3.3 Cambios psicosociales y emocionales durante el embarazo.	13
2.3.4 Cambios culturales.	15
2.3.5. Frecuencia, tipo, cambios en la satisfacción sexual durante el embarazo	16
2.4.- Respuesta sexual: diferencias respecto a la gestación	19
2.4.1. Deseo.....	20
2.4.2. Excitación.....	20
2.4.3. Meseta.	21
2.4.4. Orgasmo.	21
2.4.5. Resolución.....	22
2.5. Cambios de la respuesta sexual según el trimestre de gestación	23

CAPÍTULO III.....	26
MARCO METODOLÓGICO	26
3.1. JUSTIFICACIÓN	26
3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.4.1. OBJETIVO GENERAL.	28
3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3.5. HIPÓTESIS.....	29
3.6. METODOLOGÍA	29
3.7. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	33
3.8. MUESTRA	33
3.9. TIPO DE ESTUDIO.....	34
3.10 . PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
3.11. Plan de análisis de datos	39
CAPÍTULO IV.....	40
RESULTADOS.....	40
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	40
CAPÍTULO V	49
DISCUSIÓN	49
CAPÍTULO VI.....	56
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
1.1. CONCLUSIONES	56
1.2. RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS.....	57
ANEXOS.....	63
1. Encuesta	63
2. Consentimiento informado.....	67

3. Resultados de la prueba piloto	73
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de las características de la muestra.....	40
Tabla 2. Relación entre disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre y variables cualitativas del estudio	47
Tabla 3. Relación entre disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre y variables edad de la paciente, edad gestacional y número de aciertos	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Manejo de información y conocimiento acerca de relaciones sexuales durante el embarazo	42
Gráfico 2. Actitudes acerca de las relaciones sexuales de las pacientes en el tercer mes de embarazo	44
Gráfico 3. Dificultad o imposibilidad para mantener relaciones sexuales	45
Gráfico 4. Modificación de las prácticas sexuales y tipo de sexo	46

RESUMEN

Las creencias acerca de la sexualidad desempeñan un rol importante en la conducta sexual, siendo más enfático durante el embarazo, en especial en el tercer trimestre. Pocos profesionales preguntan a la paciente sobre el tema para aclarar las dudas que pueda tener, por lo que es necesario evaluar la importancia de la sexualidad en la gestante para contribuir a mejorar la calidad de vida sexual.

Objetivo: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en el tercer trimestre del embarazo e identificar las modificaciones que ocurren en ese ámbito en comparación a la etapa previa al embarazo, en mujeres que acuden al control prenatal y atención del parto en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal, analítico que incluyó a 259 pacientes en el tercer trimestre de embarazo, a quienes se le aplicó un instrumento elaborado para los fines de este estudio, validado con prueba piloto. Los datos fueron analizados con el programa SPSS V24. Las variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas, las cuantitativas con media, mediana y moda. El análisis bivariado con tablas de contingencia y Chi cuadrado, se tomaron en cuenta los resultados del valor de p menor a 0,05 como estadísticamente significativo con un IC de 95%.

Resultados: El conocimiento que manejan las pacientes acerca de la práctica de relaciones sexuales durante el tercer trimestre del embarazo presenta fallas en aspectos sobre si son necesarias y deben postergarse, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa con la edad, edad gestacional y modificaciones en la actitud y prácticas sexuales, principalmente en disminución de la frecuencia y disfrute de la relación sexual en esta etapa.

Conclusiones: Las pacientes que acuden al control prenatal y atención del parto presentan fallas en la información y manejo de conocimientos acerca de la práctica sexual en el tercer trimestre del embarazo, lo cual está perjudicando un aspecto fundamental de sus vidas, tanto como individuos como también su relación de pareja, en virtud de que modifican sus prácticas sexuales disminuyendo la frecuencia, calidad del acto sexual y su disfrute

Palabras claves: sexualidad, embarazo, práctica sexual, frecuencia sexual

ABSTRACT

Beliefs about sexuality play an important role in sexual behavior, being more emphatic during pregnancy, especially in the third trimester. Few professionals ask the patient about the issue to clarify the doubts she may have, so it is necessary to assess the importance of sexuality in pregnant women to help improve the quality of sexual life.

Objective: Describe the knowledge, attitudes and practices of sexuality in the third trimester of pregnancy and identify the changes that occur in that area compared to the pre-pregnancy stage, in women who attend prenatal control and delivery care at the Hospital Pablo Arturo Suarez.

Methodology: Observational, descriptive and cross-sectional study, which included 259 patients in the third trimester of pregnancy, to whom an instrument developed for the purposes of this study was applied, validated with a pilot test. The data was analyzed with the SPSS V24 program. Qualitative variables with absolute and relative frequencies, quantitative variables with mean, median and mode. The bivariate analysis with contingency tables and Chi square, the results of the value of p less than 0.05 were taken as statistically significant with a 95% CI. **Results:** The knowledge that patients handle about the practice of sexual relations during the third trimester of pregnancy presents flaws in aspects about whether they are necessary and should be postponed, evidencing a statistically significant difference with age, gestational age and changes in attitude and sexual practices, mainly in decreasing the frequency and enjoyment of sexual intercourse at this stage.

Conclusions: Patients who attend prenatal control and delivery care have failures in information and knowledge management about sexual practice in the third trimester of pregnancy, which is damaging a fundamental aspect of their lives, both as individuals and also their relationship, because they modify their sexual practices by decreasing the frequency, quality of the sexual act and their enjoyment

Keywords: sexuality, pregnancy, sexual practice, sexual frequency

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un elemento constante en la vida del ser humano desde que nace, siendo ésta influida por múltiples factores, entre otros, se incluyen educacionales, culturales, sociales, biológicos, psicológicos e interpersonales. (Panea, Domínguez, Barragán, Martos, & López, 2018)

La salud sexual durante el embarazo, está sometida a cambios biológicos y hormonales, que se ven directamente afectados por la psique de la gestante, aunado a las dificultades para abordar el tema, todo esto hace que en esta etapa la sexualidad sea de poca importancia para el ginecólogo y la paciente, otorgando poca consideración a la misma en los controles prenatales (Heidari, Amin, Zayeri, Azin, & Merghati-Khoei, 2018).

En este sentido, las parteras y más aún los obstetras, no realizan evaluaciones de salud sexual de manera rutinaria a las pacientes, por lo tanto, se desconoce la preparación que puedan tener y no se les brinda una educación sexual específica. (De Pierrepont, Polomeno, Bouchard, & Reissing, 2016).

Una proporción significativa de mujeres experimentan una función sexual reducida durante el embarazo, incluida la disminución del interés sexual, el deseo, la frecuencia de las relaciones sexuales, el disfrute sexual, la actividad sexual, el orgasmo y la satisfacción. (Yıldız, 2015).

La función sexual femenina disminuye ligeramente en el primer trimestre del embarazo, muestra patrones variables en el segundo trimestre y disminuye considerablemente en el tercer trimestre. Entre las mujeres que se encuentran en los grupos de riesgo para la salud sexual, las mujeres embarazadas son el grupo principal que puede experimentar problemas sexuales, por estas

razones se considera el embarazo un periodo crítico que hay que atender en la consulta.
(Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Salud sexual

En el tema de la sexualidad es importante resaltar que se trata de un aspecto elemental en la vida del ser humano, siendo constante desde que nace hasta el final de sus días, se encuentra influenciada por múltiples factores, tales como aspectos educacionales, culturales, sociales, elementos biológicos, psicológicos, interpersonales, entre otros. Por otra parte, la conducta sexual depende en muchas ocasiones, de factores inherentes a la persona, tales como sentimientos y conceptos como el ser atractivo y deseable. (Panea, Domínguez, Barragán, Martos, & López, 2018)

Adicionalmente, en relación al género femenino, la experiencia de sexualidad, así como la salud sexual en general, están estrechamente relacionadas con la imagen corporal, el bienestar, las circunstancias personales y el contexto social en el que una mujer se desarrolla y vive. Los cambios fisiológicos en el embarazo pueden tener un efecto significativo en el comportamiento y los sentimientos sexuales. Los cambios psicológicos en el papel, la identidad y la autoimagen también pueden afectar la sexualidad. Todos estos factores se entrelazan en la medida en que los sentimientos relacionados con la sexualidad pueden afectar la forma en que una mujer acepta el embarazo, el parto y la lactancia. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

El concepto de salud sexual y reproductiva ha sufrido variaciones en el tiempo, de igual manera su definición, en este sentido la *World Association for Sexology* y por su parte también la Organización Mundial de la Salud, se han pronunciado al respecto y manifestado su posición, donde ambas instituciones comparten el concepto de salud sexual y lo definen como un estado que

incluye bienestar en los aspectos: físico, emocional, mental y social todos estos relacionados con la sexualidad, por lo tanto, no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. (Panea, Domínguez, Barragán, Martos, & López, 2018).

2.1.1. Asesoría en temas de salud sexual

La salud sexual se encuentra influida por múltiples factores, entre los que se cuentan: educacionales, culturales, sociales y biológicos, adicionalmente cabe resaltar que ya elementos como los cambios biológicos y hormonales, se encuentran directamente afectados por la psique de la gestante, todo esto hace que en esta etapa, el aspecto de la sexualidad pase a tener poca relevancia tanto para el ginecólogo como para la paciente, de esta manera es posible que se le otorgue poca consideración a la misma durante los controles prenatales por ambas partes involucradas. (Heidari, Amin, Zayeri, Azin, & Merghati-Khoei, 2018).

En este sentido, las parteras y más aún los obstetras, no suelen realizar evaluaciones de salud sexual como parte de la rutina de atención a las pacientes, esto se traduce en el hecho de que no se les brinda una educación sexual en cuanto a temas específicos que puedan ser de interés para la paciente. (De Pierrepont, Polomeno, Bouchard, & Reissing, 2016).

El tema de la asesoría en aspectos sexuales durante el embarazo representa un verdadero desafío para los profesionales de salud que se relacionan con la gestante, en virtud de que la mayoría de los tratamientos, así como la atención en general, se basan en protocolos y deben estar ceñidos a estos, en los cuales no se refleja la temática de la sexualidad y menos aún su abordaje, como una normativa, por lo tanto, el profesional se convierte en un ejecutor de la política de gestión ya

establecida y sin posibilidad de individualizar la atención de acuerdo a las necesidades de la paciente. (Gómez & Moreno, 2012).

En respuesta a lo anterior, cabe destacar que se ha desarrollado un perfil para realizar la labor de asesoría en este tema y de esta manera poder orientar en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, en este sentido, los profesionales de la salud, tales como médicos/as, obstetrices, enfermeras/os, psicólogos/as y profesionales de otras ramas afines, que trabajan en un establecimiento de salud, por ejemplo trabajadores sociales, o educadores/as, deben tener una capacitación especial y específica con información basada en evidencia científica y con suficiente experiencia en el tema de salud sexual y reproductiva, incluyendo además los requisitos indispensables para el cumplimiento del Modelo de Atención Integral en Salud, adicionalmente, la persona que hace asesoría requiere de un conjunto de actitudes, habilidades y conocimientos, junto con voluntad, compromiso y motivación para realizar este tipo de trabajos y, principalmente poseer una excelente ética profesional. (Ministerio de Salud Pública, 2017).

La asesoría es un proceso que promueve la toma de decisiones informadas, de esta manera el usuario/a pueda formar parte del cuidado de su salud y tener herramientas para hacer frente a su cuidado y bienestar. Esto es posible gracias al suministro de información veraz, oportuna, con bases científicas y principalmente libre de prejuicios, sobre un procedimiento de salud que se le proporcione al usuario/a, en conjunto a esto se le agrega la necesidad de poder contar con un espacio propicio que le permita a la gestante clarificar información, dudas, pensamientos, emociones y ya con mejor base pueda valorar los pro y contras que una determinada acción puede generar en un momento o situación particular de su vida. (Ministerio de Salud Pública, 2017).

El trabajo a realizar cuando se pretende hacer asesoría en salud sexual y reproductiva, se caracteriza por ser un proceso breve, de tipo focalizado y de forma horizontal, el cual se debe centrar en las necesidades y demandas específicas de las personas que hayan sido referidas a la consultoría de salud sexual y reproductiva. La finalidad de esta asesoría es la de buscar resolver preguntas y solventar dudas con base en una evidencia científica que proporcionen herramientas necesarias y suficientes para facilitar y promover la toma de decisiones informadas, es decir con bases, respecto a la vida sexual y reproductiva. La asesoría en salud sexual y reproductiva, por lo antes expuesto, pretende cambiar la noción que se maneja hasta ahora acerca de los riesgos en sexualidad pero desde un enfoque integral y sobretodo con base al respecto de los derechos del individuo. Para lograr este objetivo, se vale de elementos como mensajes de promoción y prevención de la salud cuidando que no estén cargados de prejuicios, falsas creencias, miedos, culpas y principalmente sin imposición de visiones morales personales. (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Una proporción significativa de gestantes experimentan una función sexual que se ve disminuida o afectada seriamente durante el embarazo, incluida de manera especial una disminución en su interés sexual, el deseo, la frecuencia de las relaciones sexuales, el disfrute sexual, la actividad sexual, el orgasmo y la satisfacción. (Yıldız, 2015).

2.2.Función sexual femenina durante el embarazo

La evidencia sugiere que la función sexual femenina disminuye ligeramente en el primer trimestre del embarazo, muestra patrones variables en el segundo trimestre y disminuye considerablemente en el tercer trimestre. Entre las mujeres que se encuentran en los grupos de riesgo para la afectación de su salud sexual, las mujeres embarazadas son el grupo principal que

puede experimentar problemas sexuales, por estas razones se considera el embarazo un periodo crítico que hay que atender en la consulta. (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

Las razones principales de la disminución de la práctica sexual en el embarazo, incluyen molestias físicas, temor a causar daño al feto, miedo a provocar abortos, percepción de estar menos atractiva, malas experiencias en embarazos anteriores. La vida sexual de las mujeres durante el embarazo puede verse afectada por enfermedades, paridad, creencias, semanas de gestación, cambios emocionales y cambios físicos durante el embarazo. Estos cambios pueden modificar la sexualidad y la libido de las mujeres. (Rodríguez-Rubio, Coll-Navarro, & Giménez-Gómez, 2017), (Costa, Tubino, SantAna, Morales, & Torloni, 2017)

La reacción de las parejas al embarazo, la idea de conformar una familia, la identidad sexual y el papel de las mujeres, las normas culturales y los factores económicos también afectan la sexualidad durante el embarazo (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018). Se agrega la falta de conocimiento, los mitos, los antecedentes obstétricos y personales, los tabúes, los prejuicios, son elementos que alteran el deseo sexual. (Hasani, y otros, 2019).

La satisfacción en la relación con la pareja e incluso la calidad de la relación matrimonial parece estar vinculada con el deseo sexual, esto se afirma con base a que las mujeres durante la gestación que manifiestan una mayor satisfacción a su vez refieren menor reducción del deseo sexual y de la frecuencia de coito durante esta etapa. (Beveridge, Vanner, & Rosen, 2018). De manera contraria, la sensación de insatisfacción con respecto la relación se ha relacionado con trastornos en la esfera sexual en aspectos como el aumentar la disfunción sexual. A los argumentos físicos y psicológicos se le agregan otros de mayor peso, como por ejemplo el temor de lastimar al feto durante las relaciones sexuales o por la posibilidad de inducir una trabajo de un posible parto

premature, aspectos que complican más aún el trastorno que puede presentar la sexualidad y su práctica durante el embarazo, representado los dos motivos más comunes de abstinencia de la relación sexual durante el embarazo, por otra parte, existen registros que señalan a la dispareunia como el elemento más frecuente durante la gestación en comparación a su situación antes del embarazo. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

En concordancia, en un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y longitudinal, donde participaron nueve centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en la ciudad de Barcelona, España, la variación de la sexualidad durante el embarazo se reportó en el primer trimestre 81%, segundo trimestre 76% y tercer trimestre 86%. (Rodríguez-Rubio, Coll-Navarro, & Giménez-Gómez, 2017).

2.3. Cambios fisiológicos en embarazo en torno a su sexualidad.

La sexualidad femenina sufre varias modificaciones en el transcurso de la vida. Por otra parte, el embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por lo tanto, no se debe considerar como un periodo de espera en donde los cambios en todos los entornos en pareja varían y afectan a ambos. El embarazo es una etapa donde se expresan profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra una serie de cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual. (Timaná-Sánchez, 2015)

Algunas parejas experimentan una serie de manifestaciones en la esfera sexual tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer; los hombres, en cambio, pueden presentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido. Estas manifestaciones

pueden iniciarse y/o agravarse durante el embarazo y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual. (Timaná-Sánchez, 2015).

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para unos la gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, mientras que otro grupo experimenta disminución de sus deseos sexuales. Específicamente se piensa que durante el último trimestre del embarazo, se pierde interés sexual por los cambios en su apariencia física, o por temor a dañar al feto, lo que hace que disminuya la libido. (González & Miyar, 2001).

2.3.1. Cambios físicos durante el embarazo

Entre los cambios más significativos, se encuentra un gran aumento de volumen del útero de manera progresiva, el cual no permite la adecuada movilidad y desplazamiento durante el coito, y adicionalmente, estéticamente se desarrolla una importante alteración de la fisionomía femenina. Conforme el útero aumenta de tamaño, igualmente se va produciendo una protrusión en las costillas inferiores y una elevación de aproximadamente 4 centímetros a nivel del diafragma, con lo cual se provocan una serie de alteraciones en el aparato respiratorio cuando ya la mujer sobrepasa el tercer trimestre, esto último puede provocar en algunas mujeres disnea. Estos cambios también influyen sobre el sistema cardiovascular, donde es posible que se presente hipotensión postural provocado por la compresión de la vena cava cuando la gestante adopta una posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho. (González & Miyar, 2001).

Adicionalmente en el sistema cardiovascular se evidencian cambios como aumento del gasto cardiaco con reducción de la resistencia vascular sistémica (RVP) y un leve descenso en la presión arterial media (PAM), todo esto debido a la dificultad que se presenta para el retorno venoso desde los miembros inferiores, a lo que se suma la compresión del útero sobre la vena cava inferior. En relación a la vida sexual, todos estos cambios anatómicos y funcionales pueden influir de forma negativa porque aumentan tanto el cansancio como la somnolencia. Sin embargo y en contraposición se produce un aumento del flujo sanguíneo, esto genera mayor sensibilidad en el área genital y en las mamas, con lo cual puede mejorar la sensación el placer durante la práctica sexual, proporcionando mayor posibilidad de sentir agrado y de alcanzar el clímax más fácilmente. (Beveridge, Vanner, & Rosen, 2018)

Otro aparato que se afecta con estos cambios anatómicos que se suceden durante la gestación, es el urinario, en este caso, por ejemplo, los riñones aumentan su tamaño, mientras que se produce una dilatación en la zona pelvicoureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses de la gestación, es posible evidenciar un retardo en la eliminación de la orina, lo cual trae como consecuencia un aumento de la orina residual y esto a su vez favorece la aparición de infecciones urinarias. Los procesos infecciosos en uno o ambos conyugues representan una verdadera contraindicación médica para mantener las relaciones sexuales, principalmente por riesgo a un posible aborto o parto prematuro. Finalizando el embarazo, el aumento de tamaño del útero provoca una compresión sobre la vejiga, disminuyendo su capacidad de almacenaje y la posibilidad de retener del líquido urinario provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante durante la relación sexual. Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico, esto es debido a

una serie de factores como el aumento del peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos desencadenada por los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en durante el trabajo de parto. (Panea, Domínguez, Barragán, Martos, & López, 2018).

En la parte conductual, durante el primer trimestre del embarazo es posible observar una importante variación en la forma de comportarse, así como cambios en su capacidad de respuesta sexual. En el caso de las gestantes que experimentan náuseas y vómitos con cierta frecuencia durante este período, llegan a presentar disminución de su interés por la actividad sexual, así como la reducción de las mismas, mientras que otras mujeres pueden manifestar un aumento de la libido. Los cambios que se suceden en el cuerpo de las mujeres durante el embarazo, pueden hacer dolorosa la estimulación sexual, como ocurre con la vasocongestión mamaria (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumenta a medida que avanza la gestación). Esto es posible evidenciar a lo largo de los primeros meses y toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada. (Rodríguez & Ramón-Arbués, 2013).

Durante el embarazo se presentan algunos cambios anatómicos y funcionales en la futura madre respecto al aparato circulatorio, entre estos es posible que el proceso de la neoangiogénesis y la vasodilatación de las arterias uterinas desempeñen un rol de vital importancia en la redistribución del flujo sanguíneo dirigido con mayor prioridad a los órganos pélvicos, con el objetivo principal de brindar un mayor y mejor soporte vascular apropiado al útero en crecimiento y al feto en desarrollo. Al mismo tiempo, durante el embarazo es posible afirmar que otros órganos pélvicos mejoran su vascularización dado por la vasodilatación de la arteria hipogástrica. Estos cambios luego provocan la disminución progresiva de las resistencias vasculares a nivel de la arteria clitoral

dorsal y la arteria labial posterior (ambas originadas en la arteria pudenda, una rama de la arteria hipogástrica), lo que trae como consecuencia un aumento volumétrico del clítoris y la labia minora (Battaglia, y otros, 2018).

2.3.2 Cambios hormonales durante el embarazo.

Se han descubierto niveles factibles de medición de la hCG aproximadamente unos 8 días posterior al momento de la concepción, estos valores se mantienen en continuo aumento de forma rápida y paulatina hasta alcanzar su nivel máximo en el primer trimestre de embarazo, esta concentración elevada es uno de los factores que contribuye a provocar las náuseas y vómitos que por lo general están asociados a este periodo, esta situación hace que el libido sexual tienda a disminuir en virtud de que la incomodidad de estos síntomas hacen que la gestante no esté dispuesta para mantener relaciones sexuales normales. (Rodríguez & Ramón-Arbués, 2013).

Otra hormona que juega un papel especialmente importante es el estrógeno; durante la primera etapa del embarazo, el cuerpo lúteo es el que se encarga de la producción de estrógenos, posteriormente, se encargan de esta labor la placenta y la corteza adrenal del feto y pasan a ser los responsables de mantener los niveles de estrógeno elevados en la sangre materna. Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación, así como al desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Igualmente son responsables de generar el comportamiento sexual de la mujer. (Rodríguez & Ramón-Arbués, 2013).

Otra hormona involucrada en los cambios que se presentan durante el embarazo es la progesterona, la cual durante el embarazo el 90% es producida en la placenta y de allí pasa a la

circulación materna, mientras que el 10% restante pasa a la circulación fetal, los niveles de esta hormona también aumentan en el transcurso del embarazo, alcanzando unas concentraciones que alcanzan a ser diez veces mayores comparadas a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital. Tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido una serie de efectos que influyen de manera negativa sobre la sexualidad, porque así como la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, en este caso, la prolactina es inhibidora de la misma, ya que al actuar inhibitoriamente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual. El nivel máximo de concentración se alcanza en la semana 25 y comienza su descenso hacia la 38ª semana, por lo que los niveles de progesterona y prolactina en el tercer trimestre no se considerarían como causa para la disminución de libido sexual. (Rodríguez & Ramón-Arbués, 2013).

2.3.3 Cambios psicosociales y emocionales durante el embarazo.

La mujer gestante debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, la cual provoca una serie de emociones y sentimientos diferentes, en este sentido, en ocasiones se puede estar insegura, sentir que su pareja la vea poco atractiva por el aumento de tamaño del abdomen y otros cambios que resultan incómodos para algunas mujeres como la presencia del cloasma, el edema de miembros inferiores, algunos procesos infecciosos que afectan con mucha frecuencia en el embarazo.

Para algunas mujeres, las transformaciones anatómicas que presenta su cuerpo durante el embarazo, pueden contribuir a desarrollar algunas alteraciones negativas o desfavorables que le limiten aceptar su imagen erótica, con esto es posible que el rol de mujer pueda verse alterado en aspectos psicológicos, en virtud de que se prepara en esta etapa para ser madre y con ello su

feminidad se ve alterada, estos factores pueden tener una influencia negativa en su actividad sexual. La relación de pareja también puede verse afectada en algunos casos durante esta etapa debido a los diferentes cambios tanto anatómicos como fisiológicos que sufre la mujer durante embarazo, lo que provoca que no se vea a su pareja como atractiva ni esta inspire el mismo deseo, por lo tanto, la terapia y/o asesorías deben estar encaminadas a solventar los problemas de ambos. (Vieira, y otros, 2018).

Por otro lado, las condiciones psicoemocionales de la gestante puede influir significativamente su conducta en la esfera sexual, sin que ello dependa de su estado físico. En este sentido, en los casos de mujeres maduras psicológicamente hablando, que mantenga un mínimo necesario de equilibrio y se sientan estables en su esfera emocional, desarrollan una mayor capacidad de adaptación la nueva condición fisiológica que representa el embarazo, siendo capaces de mantenerse durante la gestación con una buena calidad y frecuencia en la práctica de relaciones sexuales, aunque para ello es importante que éstas se realicen según sus expectativas, sin elementos que le sean incómodos. Por otra parte, las mujeres que rechazan el contacto sexual durante el embarazo es posible que presenten alguna alteración física y por ello sienten incomodidad. (Vieira, y otros, 2018).

Estudios reportan un aumento de la actividad sexual en algunas mujeres durante el segundo trimestre de la gestación a diferencia de lo que ocurre en el tercero, etapa cuando por el contrario se presenta una considerable reducción de la actividad sexual que se acompaña con el aumento de la fatigabilidad y una disminución de la libido. Estos cambios pueden deberse a dificultad del

coito por el crecimiento del útero gestante, o alguna condición médica que lo impida. (Basson, 2007).

2.3.4 Cambios culturales.

Las creencias y los mitos sobre el embarazo son diversas y muy frecuentes, tienen raíces que se remontan en la historia y varían de una cultura a otra. Las creencias relacionadas con el embarazo, y particularmente con el tema de las relaciones sexuales en esta etapa son comunes, y debido a su naturaleza, llegan a determinar fuertemente las prácticas y/o las inhibiciones relacionadas con la expresión de la sexualidad durante el embarazo. (García M. , 2014)

En muchas culturas existen reglas sobre las relaciones sexuales durante la gestación, en algunas culturas primitivas el coito estaba prohibido en los primeros dos meses “porque pensaban que el semen podía impedir la visión del niño por nacer o provocar su muerte”. (García M. , 2014).

Por el contrario, los antepasados hindúes creían que el semen podía contribuir en la alimentación del feto y alentaban las relaciones sexuales durante el embarazo. En la antigua Persia, la sexualidad de la mujer era un tabú posterior al cuarto mes de embarazo y las relaciones sexuales antes de los cuarenta días después del parto eran castigadas con la muerte de la pareja. (García M. , 2014).

En las culturas primitivas, el aumento de las prohibiciones de tener relaciones sexuales en el embarazo, lleva a concluir que la mayoría de las sociedades han sido convencidas de que la actividad sexual antes del nacimiento puede tener consecuencias desagradables. (Barriga, 2013)

2.3.5. Frecuencia, tipo, cambios en la satisfacción sexual durante el embarazo

Los cambios que se presentan en la esfera sexual de la gestante suelen ser variados, entre estos, unos incluyen en la afectación que se presenta debido a los antecedentes de complicaciones obstétricas, número de partos, los mitos y las creencias, semanas de gestación, cambios psico-emocionales y cambios anatómicos y físicos durante la gestación. En concordancia, un estudio realizado acerca de la disfunción sexual y los factores que afectan a las mujeres embarazadas en Irán, pudo evidenciar que una serie de variables como la educación, el número de gestas y la edad de la menarquia, constituyen elementos que pueden provocar afectación de la función sexual en las mujeres embarazadas, registrando cifras que ascienden al 46.7%. En cuanto a la medición de la disfunción sexual entre las mujeres embarazadas, se reportan cifras que llegan a un 23.4% al inicio, estas cifras comienzan a subir en el segundo trimestre alcanzando un 30.5% y ascendió al 46.2% finalizando el embarazo. (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018)

El número de coitos durante el embarazo se presenta con una tendencia a descender en la medida que la gestación avanza, siendo más evidente este proceso en el 2do y 3ero. Las pacientes refieren que la dificultad que se les presenta para alcanzar el orgasmo, apenas es levemente superior en el segundo trimestre, cediendo ligeramente ésta en el tercero. Sin embargo, en otras investigaciones se observa que esta dificultad persiste hasta el final del embarazo. (Rodríguez & Ramón-Arbués, 2013)

La frecuencia de las relaciones sexuales durante los diferentes períodos de embarazo sufre cambios, ya sea como un aumento o disminución, en la libido. Aunque cada mujer es diferente,

el deseo sexual de la mujer embarazada generalmente disminuye en el primer trimestre, aumenta a los niveles normales en el segundo trimestre y disminuye nuevamente en el tercer trimestre. Las experiencias sexuales pasadas, así como las características sociodemográficas, psicosexuales y de fertilidad del individuo, los valores sociales, los roles y expectativas específicas de género y las creencias sexuales también se encuentran entre los factores importantes que afectan la calidad de vida sexual en la mujer gestante (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

Varios estudios observaron que la mayoría de las parejas tenían coito hasta el séptimo mes de embarazo, el orgasmo de embarazos actuales de mujeres fue más baja en Irán que en Turquía, la razón de esta diferencia entre los países puede deberse a la cantidad de embarazos y los cambios en sus semanas de gestación. Esto se debe a que, en la nulípara, los labios mayores son similares en forma antes del embarazo, mientras que pueden ser extremadamente grandes y edematosas en multíparas. Esta respuesta continúa a lo largo del primer y segundo trimestres, en el tercer trimestre, los labios menores crecen debido a un aumento de la vasoconstricción. (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

El aumento de la congestión venosa en el embarazo sin estimulación sexual también aumenta el flujo mucoide, aunque los estudios sobre el orgasmo varían, indican una reducción general en el orgasmo, observando una reducción estadísticamente significativa en la función del orgasmo en comparación con el período anterior al embarazo. Estudios han observado una disminución significativa en el tercer trimestre, aunque no hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de orgasmo entre el primer y el segundo trimestre, los estudios han revelado que la satisfacción

sexual fue de 76-79% antes del embarazo, 59% en el primer trimestre, 75-84% en el segundo trimestre y 40-41% en el tercer trimestre (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

En el tercer trimestre, especialmente en las últimas cuatro semanas de embarazo, puede haber espasmos tónicos en lugar de contracciones rítmicas regulares del útero. Se ha informado en un estudio que el 16% de las mujeres embarazadas sienten las contracciones del útero, incluso si no pueden alcanzar el orgasmo durante las relaciones sexuales. En este estudio, el 50% de las mujeres embarazadas declararon que alcanzaron los orgasmos y que el útero se contrajo de manera anormal. (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

Durante el embarazo, las mujeres tuvieron relaciones sexuales y orgasmos menos frecuentes, menos deseo sexual, se excitaron más raramente y con menos intensidad, tuvieron más dificultades para lograr y mantener la lubricación vaginal, tuvieron dispareunia más frecuente e intensa y estuvieron menos satisfechas. En términos simples, la sexualidad durante el embarazo, especialmente en los últimos meses, es menos satisfactoria. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

Varios hallazgos son consistentes con un metanálisis que encontró que el coito y el deseo sexual disminuyen rápidamente en el tercer trimestre del embarazo. Las mujeres incluidas en un estudio, informan un aumento en el deseo sexual durante el embarazo. Algunos autores explican esta observación con cambios fisiológicos, ya que durante la gestación el embarazo provoca un aumento de las contracciones de los vasos vaginales y, en general, es más pronunciado en el tercer trimestre, lo que aumenta la lubricación. El deseo sexual también puede aumentar porque ya no

hay miedo a la concepción no deseada o no planificada, y la pareja disfruta de un período de cambios, expectativas y mayor proximidad emocional, todo lo cual puede afectar el deseo sexual en algunas mujeres. De manera similar, algunos autores sugieren que el orgasmo en el embarazo puede ser incluso más frecuente y más fuerte. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

Un factor importante que puede afectar la vida sexual en la embarazada es el bienestar físico, varios estudios revelan que las mujeres que son más propensas a aceptar cambios físicos en su embarazo están más satisfechas con su sexualidad; por lo tanto, las mujeres embarazadas con una imagen corporal positiva tienen una sexualidad más satisfactoria. Estas mujeres también están más satisfechas con su relación de pareja y reportan, en general, un mayor bienestar. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

2.4.- Respuesta sexual durante la gestación

El término respuesta sexual se refiere a una serie de cambios en los aspectos biológicos, psicoafectivos y socioculturales. En cuanto a los factores biológicos de la respuesta sexual, estos se evidencian a nivel del sistema nervioso central y del sistema nervioso periférico, aparatos como el cardiovascular y el sistema neuromuscular. Adicionalmente se pueden presentar una serie de cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extragenitales. Los cambios psicológicos en esta etapa incluyen alteraciones en el estado de conciencia, así como percepciones sensoriales, que por lo general llegan a ser muy placenteras, reforzándose poderosamente la motivación para repetir la experiencia. (Díaz, Velázquez, & Izquierdo, 2018).

Otros autores describen a la respuesta sexual como una secuencia cíclica de etapas o fases que poseen elementos característicos: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. (Battaglia, y otros, 2018)

2.4.1. Deseo.

Las palabras deseo, libido o apetito sexual se utilizan para definir el estado mental de atención para la percepción de estímulos eróticos que incluye la motivación, para responder a ellos y poder sentir a su vez la gratificación, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompañan. En el embarazo, el deseo sexual puede experimentar diversos cambios, es decir, puede aumentar, disminuir y, en algunos casos se mantienen sin cambios, de cualquier forma, se han evidenciado mayores alteraciones durante el tercer trimestre, principalmente ocasionadas por factores físicos y hormonales. (Timaná-Sánchez, 2015).

2.4.2. Excitación.

En esta etapa del coito, se aumenta de forma considerable el aporte de sangre a los órganos genitales, provocando vasodilatación que permite la erección y crecimiento del clítoris, y la vasocongestión de la vagina y zonas a su alrededor. Todo esto conlleva al aumento de tamaño y dilatación de la vulva, conjuntamente con la lubricación vaginal, estos cambios son los que finalmente contribuyen a la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, adicionalmente se neutraliza el pH vaginal para garantizar la supervivencia de los espermatozoides cuando estos transiten por esta zona. (García M. , 2014).

El útero se eleva durante la gestación mientras que a su vez se estira hacia arriba de la pared que se encuentra en la cara posterior de la vagina, esto se produce con la finalidad de permitir que

se preserve el espacio necesario para el pene en la penetración. En las mamas, se presenta una congestión principalmente venosa que provoca una cierta irritación e incluso llega a provocar dolor, esto es más evidente durante el 1er trimestre y en las nulíparas. Un proceso similar ocurre con la lubricación de la vagina, esta aumentada durante la gestación y puede causar cierta molestia al principio. (García M. , 2014).

2.4.3. Meseta.

Todas las modificaciones que se producen en estas etapas representan una continuación de la fase de excitación, aunque con mayor intensidad, es por ello que las mamas aumentan más aún su tamaño en conjunto con las areolas. En la vagina se presenta una mayor congestión de sangre con la consecuente disminución del diámetro, es lo que se conoce como plataforma orgásmica.

Mientras lo anterior ocurre, el clítoris sufre una retracción, se provoca una tensión muscular generalizada, dilatación pupilar y sensación de vacío a medida que el orgasmo se aproxima. En la gestante la vasocongestión que se presenta en la porción externa de la vagina, es más intensa que en la mujer no gestante. Adicionalmente se reduce la abertura vaginal por lo que algunas parejas manifiestan dificultades durante la penetración por la reducción del espacio, es decir, la vagina está muy cerrada. (García M. , 2014).

2.4.4. Orgasmo.

El orgasmo se puede lograr con la estimulación tanto directa como indirecta del clítoris. Se presentan una serie de contracciones en la plataforma orgásmica cuya cantidad puede variar de una mujer a otra y son diferentes en encuentro. Se retrae con mayor intensidad el clítoris, el esfínter anal se cierra y se registra una elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La duración del orgasmo puede oscilar entre unos 10 a 15 segundos. En el embarazo es frecuente que durante el exista un poco de pérdida de orina. (García M. , 2014)

En el último mes del embarazo se nota una mayor diferencia entre el orgasmo de la mujer embarazada: el músculo uterino se contrae continuamente y en forma espástica sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. Es posible evidenciar una disminución de la frecuencia cardíaca fetal sin que ello represente un signo de sufrimiento. (Beveridge, Vanner, & Rosen, 2018)

Las contracciones en el útero después del coito desarrollan en la mujer miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, por lo tanto, tienen a disminuir de la frecuencia coital. Sin embargo, al final del embarazo y en las fechas próximas al parto, el contenido de prostaglandinas del semen puede producir contractilidad en el endometrio, el borramiento del cuello uterino y contribuye a la dilatación del cuello uterino, sin que se desencadene un trabajo de parto como tal. (García M. , 2014).

2.4.5. Resolución.

En esta fase final, se presenta una sensación de calma y relajación, los valores alterados retornan a los funcionales iniciales, su duración puede ser de varios minutos y se alarga progresivamente con los años. En el embarazo, se llegan a sentir algunas molestias por la congestión de la pelvis, la cual se recupera lentamente. Es importante resaltar que algunas mujeres no logran alcanzar el orgasmo durante el embarazo y por lo tanto no justifican el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, siendo esta la causa principal para la disminución de la frecuencia coital. (Carta & González, 2016).

2.5. Cambios de la respuesta sexual según el trimestre de gestación

- **Primer trimestre:** etapa de adaptación a los cambios que se sucederán a lo largo del embarazo, asumir su nuevo rol de padres, cambios hormonales intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional. Muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias. Puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual o todo lo contrario. La mayoría de las gestantes se mantienen sin grandes cambios respecto a los orgasmos.
- **Segundo:** Durante este período suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, ya que existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas, y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres, anteriormente anorgásmicas, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.
- **Tercer trimestre:** La mayoría experimenta disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital debido a la incomodidad producida por la gestación avanzada, y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el parto. La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de

mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles. (García, González, Llibre, García, & Perera, 2015)

Antecedentes de la investigación

En Turquía se realizó un estudio para determinar las variaciones respecto al orgasmo en las mujeres embarazadas, los autores indican que obtuvieron una reducción general en el orgasmo, observaron una reducción estadísticamente significativa en la función del orgasmo en comparación con el período anterior al embarazo. Observaron una disminución significativa en el tercer trimestre, aunque no hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de orgasmo entre el primer y el segundo trimestre, la satisfacción sexual fue de 76-79% antes del embarazo, 59% en el primer trimestre, 75-84% en el segundo trimestre y 40-41% en el tercer trimestre. (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

El 16% de las mujeres embarazadas sienten las contracciones del útero, incluso si no pueden alcanzar el orgasmo durante las relaciones sexuales. En este estudio, el 50% de las mujeres embarazadas declararon que ambas alcanzaron los orgasmos y que el útero se contrajo de manera anormal. (Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar, & Mamik, 2018).

Se estableció que durante el embarazo, las mujeres tuvieron relaciones sexuales y orgasmos menos frecuentes, menos deseo sexual, se excitaron más raramente y con menos intensidad, tuvieron más dificultades para lograr y mantener la lubricación vaginal, tuvieron dispareunia más frecuente e intensa y estuvieron menos satisfechas. En términos simples, la sexualidad durante el

embarazo, especialmente en los últimos meses, es menos satisfactoria. Las de este estudio, informan un aumento en el deseo sexual durante el embarazo. El deseo sexual también puede aumentar porque ya no hay miedo a la concepción no deseada o no planificada, y la pareja disfruta de un período de cambios, expectativas y mayor proximidad emocional, todo lo cual puede afectar el deseo sexual en algunas mujeres. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

En un estudio realizado para determinar las características de la sexualidad con 72 gestantes, siendo el instrumento fue una ficha de recolección de datos, previamente diseñada. La edad del 63,8 % de las participantes osciló entre 15 a 19 años, el 72.2% alcanzaron estudios secundarios y el 66,6% eran convivientes (66.6%), un grupo que alcanzó el 38.8% eran multigestas. No se estableció disminución del interés sexual en el 66.6% de los casos, sin embargo, se evidenció disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en un 55.5% durante el primer trimestre de embarazo y un 41% en el tercer trimestre. (Timaná-Sánchez, 2015).

Se determinaron los factores que afectan la función sexual en mujeres embarazadas para lo cual se realizó un estudio transversal con 286 mujeres embarazadas de un hospital. La recopilación de datos, se utilizaron el Formulario de información del paciente y el Inventario de ansiedad estatal e Índice de función sexual femenina. La edad media de las participantes fue de 29,15 con disfunción sexual en el 77.6%. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de disfunción sexual se encuentran: antecedentes de aborto o problemas de salud durante el embarazo anterior y un alto nivel de ansiedad. Los autores señalan que los profesionales de la salud deben manejar al menos los factores de riesgo más comunes para contribuir a mejorar la disfunción sexual en las embarazadas. (Seven, Akyüz, & Güngör, 2015).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.JUSTIFICACIÓN

Muchos de los problemas de salud que afrontan las personas involucran cierto grado de desconocimiento con lo que respecta a su cuerpo y los cambios en las diferentes etapas de la vida, sobre todo si el tema es poco abordado; tal es el caso de la actividad sexual principalmente durante el embarazo. La mayoría de la población gestante desconoce 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.

Dado que la repercusión de la disfunción de la sexualidad durante el embarazo tiene determinantes demostrados, entre los que se destacan los antecedentes y características obstétricas; y dado que, la práctica sexual durante el embarazo es parte de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, es necesario identificar los factores que se asocian con menores conocimientos en la práctica de sexualidad y de la presencia de creencias erróneas acerca de la sexualidad durante el embarazo con el fin de evitar el desarrollo de disfunciones sexuales y sus consecuencias sobre el bienestar de ambos miembros de la pareja.

A pesar de que los profesionales de salud ofrecen cierta orientación a las gestantes durante su embarazo, aún la consejería tiene ciertas deficiencias en cuanto a asesorar e informar de la sexualidad de la mujer gestante. Por lo que es pertinente abordar la consejería sobre dicho tema desde el primer contacto médico-paciente de acuerdo a varios lineamientos sociodemográficos,

educativos y obstétricos, brindándole a la paciente la información oportuna para afrontar todos los cambios de los aspectos de su sexualidad durante el embarazo.

Los datos obtenidos en el presente estudio pueden servir tanto a los profesionales en salud y para estudios posteriores para brindar una orientación adecuada la paciente y a la pareja; 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 del país, se espera que esta tesis investigativa sea útil para que el profesional de salud proporcione información adecuada para garantizar la salud sexual y reproductiva de la mujer, mejorando los vacíos de información que se encuentran al respecto.

3.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un factor importante que puede afectar la vida sexual en la embarazada es el bienestar físico, varios estudios revelan que las mujeres que son más propensas a aceptar cambios físicos en su embarazo están más satisfechas con su sexualidad. Por lo tanto, las mujeres embarazadas con una imagen corporal positiva tienen una sexualidad más satisfactoria. Estas mujeres también están más satisfechas con su relación de pareja y reportan, en general, un mayor bienestar. (Kračun, Tul, Blickstein, & Velikonja, 2019).

Los orgasmos percibidos durante el embarazo le permite a la gestante obtener muchos beneficios en esta etapa, entre otros se incluyen: contribuye a mejorar la autoestima y la intimidad, desarrolla y mantiene elasticidad y flexibilidad de los músculos del piso pélvico, los cuales son estructuras muy importantes para el desarrollo del parto, aspectos que se perturba cuando

disminuyen las relaciones sexuales durante el embarazo. (Balestena, Fernández, Sanabria, & Fernández, 2014).

Con base a esta evidencia, en el presente trabajo de fin de titulación, se describen los conocimientos, actitudes, y prácticas sobre sexualidad en el tercer trimestre del embarazo e identificar las modificaciones que ocurren en esos ámbitos en comparación a la etapa previa al embarazo, en mujeres que acuden al control prenatal y atención del parto en el hospital Pablo Arturo Suarez.

3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en mujeres que acuden al hospital Pablo Arturo Suarez para control prenatal y atención de parto?
- ¿Durante el tercer trimestre del embarazo se modifican las actitudes y prácticas sobre sexualidad en comparación con su situación antes del embarazo en mujeres que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez para control prenatal y atención del parto?

3.4. OBJETIVOS

3.4.1. Objetivo general.

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en el tercer trimestre del embarazo e identificar las modificaciones que ocurren en ese ámbito en comparación a la etapa previa al embarazo, en mujeres que acuden al control prenatal y atención del parto en el Hospital Pablo Arturo Suárez

3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los aspectos sociodemográficos de las embarazadas que cursan el tercer trimestre y que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez para control prenatal y atención de parto.
- Identificar los conocimientos sobre sexualidad en embarazadas que cursan el tercer trimestre del embarazo y que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez para control prenatal y atención de parto con su situación previa al embarazo
- Identificar las prácticas sexuales que presentan las pacientes en el tercer trimestre del embarazo comparadas con su situación previa al embarazo
- Evidenciar los cambios en las actitudes sexuales durante el tercer trimestre de la gestación comparada con su situación previa al embarazo.

3.5.HIPÓTESIS

Las pacientes que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez para control prenatal y atención de parto, presentan cambios en las actitudes y prácticas sexuales durante el tercer trimestre del embarazo en comparación con su situación previa al embarazo

3.6.METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, el cual se limita a una descripción de la frecuencia de una enfermedad en una población en la que se describen situaciones que por lo general se presentan en condiciones naturales, evaluando las características de un determinado número de pacientes con alguna enfermedad o situación específica, llegar a realizar comparaciones con una población de referencia. Se establecen para describir distribuciones de variables. (Valdivia, 2008).

Se realizó un estudio observacional, en virtud de que no se controla la asignación del paciente a un determinado tratamiento o intervención, siendo por ende el investigador un mero observador y descriptor de lo que ocurre. La investigación será transversal, en este sentido, las mediciones se realizaron en una sola ocasión, sin períodos de seguimiento y en tiempo presente. (Manterola & Otzen, 2014).

3.6.1. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL		INDICADOR	ESCALA
		Categoría	Dimensión		
SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación	Cuantitativa continua	Edad en años	de 15 a 20 de 21 a 25 de 26 a 30 de 31 a 35 de 35 o más	Media, mediana y moda
Etnia	Valores y prácticas culturales que distinguen a los grupos humanos	Cualitativa nominal	Etnia	Mestizo Indígena Afro-ecuatorianos Blancos Montubios	Frecuencia absoluta y relativa
Nivel de instrucción	Años terminados de estudio	Cualitativa ordinal	Años de estudios	Analfabeto Primario Secundaria Superior	Porcentaje
Estado civil	Tipo de relación de pareja	Cualitativa nominal	Relación de pareja	Soltera Casada Unión estable	Frecuencia absoluta y relativa

Ocupación	Actividad que realiza regularmente	Cualitativa nominal	Actividad	No trabaja Estudiante Trabaja bajo dependencia Trabaja independiente	Frecuencia absoluta y relativa
OBSTÉTRICAS					
Fecha de última menstruación	Tiempo transcurrido desde la última menstruación	Cuantitativa Continua	Días, meses, años	FUM	Media, mediana y moda
Edad gestacional	Periodo comprendido desde la fecha de la última menstruación al día actual de gestación	Cualitativa nominal	Tercer trimestre o Puerperio inmediato	Mayor a 24 semanas de gestación: 26 a 29 30 a 33 34 a 37 38 a 41	Frecuencia absoluta y relativa
Antecedentes gineco-obstétricos	Condiciones o patologías presentadas en el embarazo: Amenaza de aborto Actividad uterina durante el embarazo que requirió asistencia médica Sangrado Infección vaginal Parto prematuro Embarazos previos Cirugías en aparato ginecológico Ninguna	Cualitativa nominal	Antecedentes ginecobstétricos	Presente Ausente	Frecuencia absoluta y relativa
VARIABLES SEXUALIDAD					

<p>Conocimientos sobre sexualidad</p>	<p>Información que maneja la persona respecto al tema:</p> <p>Relaciones sexuales y daño al bebé, adelantan el parto, orgasmo y adelanto de parto, condiciones que justifican disminuir o suspender las relaciones sexuales</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Nominal</p>	<p>Maneja conocimientos:</p> <p>Si No</p>	<p>Frecuencia absoluta y relativa</p>
<p>Actitudes</p>	<p>Libido: Deseo o interés sexual</p> <p>Satisfacción sexual de la mujer en cualquier aspecto de la experiencia sexual, ya sea física, emocional o relacional</p> <p>Calidad de las relaciones sexuales</p> <p>Excitación</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Modificación de las actitudes con embarazo respecto a sin embarazo</p>	<p>Disminuido Aumentado Sin modificación</p>	<p>Frecuencia absoluta y relativa</p>
<p>Prácticas</p>	<p>Frecuencia de relaciones sexuales</p> <p>Dificultad física</p> <p>Posiciones</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Modificación de las prácticas con embarazo respecto a sin embarazo</p>	<p>Disminuido Aumentado Sin modificación</p>	<p>Frecuencia absoluta y relativa</p>

Variable dependiente: prácticas y actitudes de sexualidad durante el 3er trimestre del embarazo

Variable independiente: fecha de última menstruación, edad gestacional, patologías obstétricas durante el embarazo, conocimientos previos sobre sexualidad

Variables intervinientes: características sociodemográficas (edad, estado civil, instrucción, etnia, ocupación, residencia)

3.7. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes gestantes que cursaban el tercer trimestre de embarazo que acudieron al hospital Pablo Arturo Suárez para atención del parto y control prenatal, durante el período comprendido entre julio a septiembre de 2019. Según estadísticas del hospital, para ese mismo trimestre en el 2018 se atendieron un total de 659 pacientes

3.8. MUESTRA

Para determinar la muestra se realizó la formula muestral con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error de 5 %:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n_0 = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población (659)

Z^2 = Valor de nivel de confianza (95 % = 1.96)

p = prevalencia del fenómeno de estudio (desconocido= 50% ($p=0.5$))

q = proporción de individuos que no poseen el fenómeno de estudio ($q: 1 - 0.5 = 0.5$)

e = límite aceptable de error muestral (5 % = 0.05)

Sustituyendo se obtiene:

$$n_0 = \frac{3.84 \times 659 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 (658) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n_0 = 242.85$$

La muestra inicialmente estuvo conformada 243 pacientes. El muestreo final fue no probabilístico por conveniencia, por la accesibilidad y proximidad, hasta completar el número establecido como muestra. Dado que un número adicional de 16 pacientes solicitó voluntariamente querer participar, finalmente quedó la muestra establecida en 259 pacientes.

-Criterios de inclusión.

- Mayores de 18 años
- Embarazadas que cursaban el tercer trimestre de embarazo que acudieron al hospital Pablo Arturo Suarez
- Embarazadas que aceptaron mediante consentimiento informado ser parte del estudio

-Criterios de exclusión

- Menores de 18 años
- Embarazadas que no cursaban el tercer trimestre del embarazo
- Quienes no aceptaron ser parte del estudio o que no firmaron el consentimiento informado
- Analfabetas/discapacitadas

3.9.TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue cuantitativo, observacional, descriptico y transversal

3.10. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Pablo Arturo Suarez, localizado en el cantón Quito, ubicado en la calle Ángel Ludeña y Machala Oe5261; hospital considerado como 2do nivel de complejidad, en pacientes que cursaban el tercer trimestre de embarazo y acudían para atención de parto y control prenatal

Para la recolección de los datos se solicitó autorización para encuestar a las pacientes, dirigida al Director del Hospital Pablo Arturo Suárez, de acuerdo a su aceptación se inició la aplicación del cuestionario a gestantes que cursaban el tercer trimestre siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Una vez identificadas se procedió a informarles e invitarles al estudio, mediante una plática informativa, se explicó el motivo y el fin de la investigación, sensibilizándolas sobre la relevancia de la investigación. Las gestantes que aceptaron ingresar al estudio, firmaron el consentimiento informado, procediéndose con la aplicación del cuestionario respectivo.

Instrumentos para recolección de la información

La técnica usada fue una encuesta, como instrumento se usó un cuestionario con respuestas cerradas, dirigido a las gestantes que cursaban el tercer trimestre del embarazo para que describan sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad; previo consentimiento informado, dando a conocer y cumplir con los objetivos del estudio, en la cual se recolectaron datos generales y personales de la gestante y fue aplicado directamente por la investigadora.

El cuestionario estuvo estructurado en cinco partes: La primera diseñada para obtener los datos socio-demográficos de las pacientes, con 5 ítems específicos: edad, ocupación, etnia, estado civil y nivel de estudios. La segunda para obtener los datos gineco-obstétricos con 3 ítems específicos:

fecha de última menstruación, edad gestacional, antecedentes gineco- obstétricos en el actual embarazo. La tercera recolectó la información de los conocimientos sobre sexualidad que tiene la gestante que consta de 5 ítems, de los cuales 4 ítems evalúan las actitudes sobre sexualidad en el actual embarazo y la comparación antes del mismo, y 3 ítems que evalúan y comparan las prácticas sobre sexualidad durante y antes del embarazo, la duración de la encuesta oscila entre los 10 a 20 minutos, se realizaron en el lugar acordado por las gestantes, garantizando un ambiente seguro y tranquilo, salvaguardando su confidencialidad. Estas encuestas se llevaron a cabo por la misma investigadora previo consentimiento informado (tomado por la misma investigadora).

El cuestionario consta de preguntas previamente utilizadas en otros estudios referentes al mismo tema, clasificadas de esta manera: (Anexo 1)

Preguntas sociodemográficas (Ítems 1 al 5)

Preguntas obstétricas y ginecológicas (Ítems 6 al 8)

Preguntas sobre conocimientos de sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo. (Ítems 9 a 13)

Preguntas sobre actitudes de sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo. (Ítems 14 a 17)

Preguntas sobre prácticas sexuales durante el tercer trimestre del embarazo. (Ítems 18 a 20)

Para la presente investigación, el instrumento ha sido elaborado por la investigadora con base a la consecución de los objetivos, dada la dificultad de hallar un instrumento que mida todos los dominios que se han planteado, ha sido diseñado modificando instrumentos como:

- Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) diseñado por Rosen, y otros (2000) el cual posee una estructura con 6 dominios que evalúa deseo, excitación subjetiva, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, con alto coeficiente de confiabilidad test-retest (0,79 a

0,86), alto grado de consistencia interna a través de alfa de Cronbach de 0,82 y superior, validez de constructo y validez divergente, por lo tanto, cuenta fiabilidad y la validez psicométrica en la evaluación de las dimensiones clave de la función sexual femenina, sin embargo, no está diseñado específicamente para embarazadas.

- Se adaptaron algunas preguntas del instrumento realizado por García, Duarte y Mejías (2012) para evaluar un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en mujeres gestantes a través cuestionario estructurado conformado por 15 preguntas cerradas, sometido a juicio de expertos en la que se incluyeron profesionales para garantizar la adecuación de los contenidos.

Este instrumento fue validado a través de una prueba piloto aplicando el instrumento a un grupo de 10 mujeres embarazadas que no estaban incluidas entre las participantes de la investigación.

Resultados de la prueba piloto

Se aplicó la encuesta a 10 pacientes que reunían las mismas condiciones del estudio en cuanto a criterios de inclusión y de exclusión, obteniendo los siguientes resultados:

-Datos sociodemográficos: edad mínima 19 años y máxima 44, con una media de 26,2. Grupo etario predominante 21 a 25 años con 40% seguido de 15 a 20 años con 30%. El estado civil más frecuente fue unión libre en el 50% de los casos, nivel de instrucción secundaria con el 40% y primaria el 30%. Etnia mestiza registró el 80% de los casos, el 50% no trabajan, trabajan bajo dependencia e independiente en el 20% cada uno.

-Condición o enfermedad durante el embarazo: el 70% si lo presentaban, siendo la infección vaginal la más referida, seguida de la suma de amenaza de aborto, sangrado, infección vaginal y

parto a en una misma paciente con el 30%. Otro 305 no refirió ninguna de estas condiciones. La edad gestacional mínima fue de 26,3 semanas y máxima de 41,2 con una media de 35,6 semanas.

-Conocimientos e información sobre relaciones sexuales en el tercer trimestre de embarazo: se contabilizaron la cantidad de respuestas acertadas en las 10 preguntas sobre conocimiento e información estableciéndose un promedio de 7 respuestas acertadas, con esta base se determinó que el 70% de las pacientes lograban acertar un mínimo de 7 preguntas al respecto.

-Comparación de la condición actual de la paciente respecto a antes del embarazo: el deseo sexual se mantiene igual en el 60% de los casos, ha disminuido en el 30% y aumentado en el 10%. La satisfacción se mantiene igual en el 40% y disminuido en otro 40%. La calidad de las relaciones se mantiene igual en el 50% de las pacientes y disminuido en el 40%. La excitación se mantiene igual y disminuida en el 30%. La frecuencia de las relaciones disminuyó en el 50% de las pacientes y se mantuvo igual en el 40%.

-Dificultades o modificaciones de las relaciones: Un 50% refirió que ha presentado dificultades o imposibilidad física para mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo y el 80% debió modificar sus prácticas (posiciones sexuales, tipo de sexo) durante el tercer trimestre del embarazo respecto a su práctica antes del embarazo.

Los resultados obtenidos sirven para establecer que el instrumento realmente mide lo propuesto en los objetivos. Adicionalmente se evidenció que las pacientes tienen dificultad para expresar su edad gestacional por lo que la investigadora obtuvo este dato a través de la fecha de última menstruación. El resto de las preguntas no presentaron dificultad alguna para obtener las respuestas por lo que no se realizó ninguna modificación al instrumento.

Matriz de datos de la investigación

Se trata de una matriz diseñada especialmente para esta investigación para la recolección de información acerca de conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en el tercer trimestre del embarazo e identificar las modificaciones que ocurren en ese ámbito en comparación a la etapa previa al embarazo

Técnica de investigación: Observación

Fuente de datos: Pacientes

Instrumentos a utilizar: encuesta diseñada para el cumplimiento de los objetivos de la investigación

3.11. Plan de análisis de datos

Los datos de la matriz se organizaron con el programa estadístico SPSS versión 24, para la obtención del análisis descriptivo según los distintos factores establecidos.

- **Análisis univariante:** Para las variables cualitativas se utilizaron las frecuencias relativas y absolutas con gráficos como diagrama de barras o diagramas de sectores. (variables sociodemográficas, variable obstétrica y ginecológica, conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad). Para las variables cuantitativas medidas de dispersión como desviación típica y varianza (edad de la paciente, edad gestacional, , FUM)
- **Análisis bivariante:** Para el análisis bivariado se utilizaron tablas de contingencia, donde se analizó la diferencia estadística entre las variables mediante Chi cuadrado, se tomaron en cuenta los resultados del valor de p menor a 0,05 como estadísticamente significativo con un IC de 95%

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas

Los datos se obtuvieron de 259 pacientes superando a la muestra calculada (n= 243); el grupo etaria más frecuente encuestado fue el de 21 a 25 años (n =94, 36.3%), seguido del grupo de 26 a 30 años (n=75, 36.3%); la media de la edad fue 26.5 años.

El estado civil predominante fue casadas (n= 113, 43.6%), seguido del grupo de (n=80, 30.9%) La etnia más frecuente fue la mestiza (n=166, 64.1%).

Aproximadamente la mitad tuvo el nivel de instrucción secundaria (n=130, 50.2%), seguido en frecuencia por nivel primaria (n=66, 25.5%), luego por el nivel técnico (n=30,11.6%) y grados universitarios y postgrado(n=33, 12.8%).

La mayoría de pacientes no trabajan (n=145, 56%), 50 pacientes eran estudiantes (19.3%), y trabajan bajo dependencia reportaron 26 (10%) e independientes 38 (14.7%).

57 pacientes (21.2 %) tuvieron vaginitis durante embarazo y 19 (13.9%) reportaron a ver tenido sangrado genital. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Resumen de las características de la muestra

	Frecuencia absoluta (n=259) y relativa (%)
Edad (Media26.5/Min 17/Máx41)	
15 a 20 años	26 (10%)
21 a 25 años	94 (36.3%)
26 a 30 años	75 (29%)
31 a 35 años	43 (16.6%)
35 o más años	21 (8.1%)
Estado civil	
Soltera	80 (30.9%)

Casada	113 (43.6%)
Viuda	3 (1.2%)
Divorciada	8 (3.1%)
Unión libre	55 (21.2%)
Etnia	
Mestiza	166 (64.1%)
Blanca	43 (16.6%)
Indígena	40 (15.4%)
Afroecuatoriana	10 (3.9%)
Nivel de instrucción	
Primaria	66 (25.5%)
Secundaria	130 (50.2%)
Técnico	30 (11.6%)
Universitario	31 (12%)
Postgrado	2 (0.8%)
Ocupación	
No trabaja	145 (56%)
Estudiante	50 (19.3%)
Trabaja bajo dependencia	26 (10%)
Trabaja independiente	38 (14.7%)
Edad gestacional (Media 37.1/Min 25/Máx. 42.6)	
26 a 29 semanas	21 (8.1%)
30 a 33 semanas	14 (5.4%)
34 a 37 semanas	69 (26.6%)
38 a 41 semanas	155 (59.8%)
Condición o enfermedad	
Amenaza de aborto	22 (7.3%)
Actividad uterina que requirió asistencia médica	3 (0.8%)
Sangrado	39 (13.9%)
Infección vaginal	57 (21.2%)
Parto prematuro	28 (10%)
Embarazos previos	13 (5%)
Cirugías en aparato ginecológico	3 (0.8%)
Ninguna	93 (35.9%)

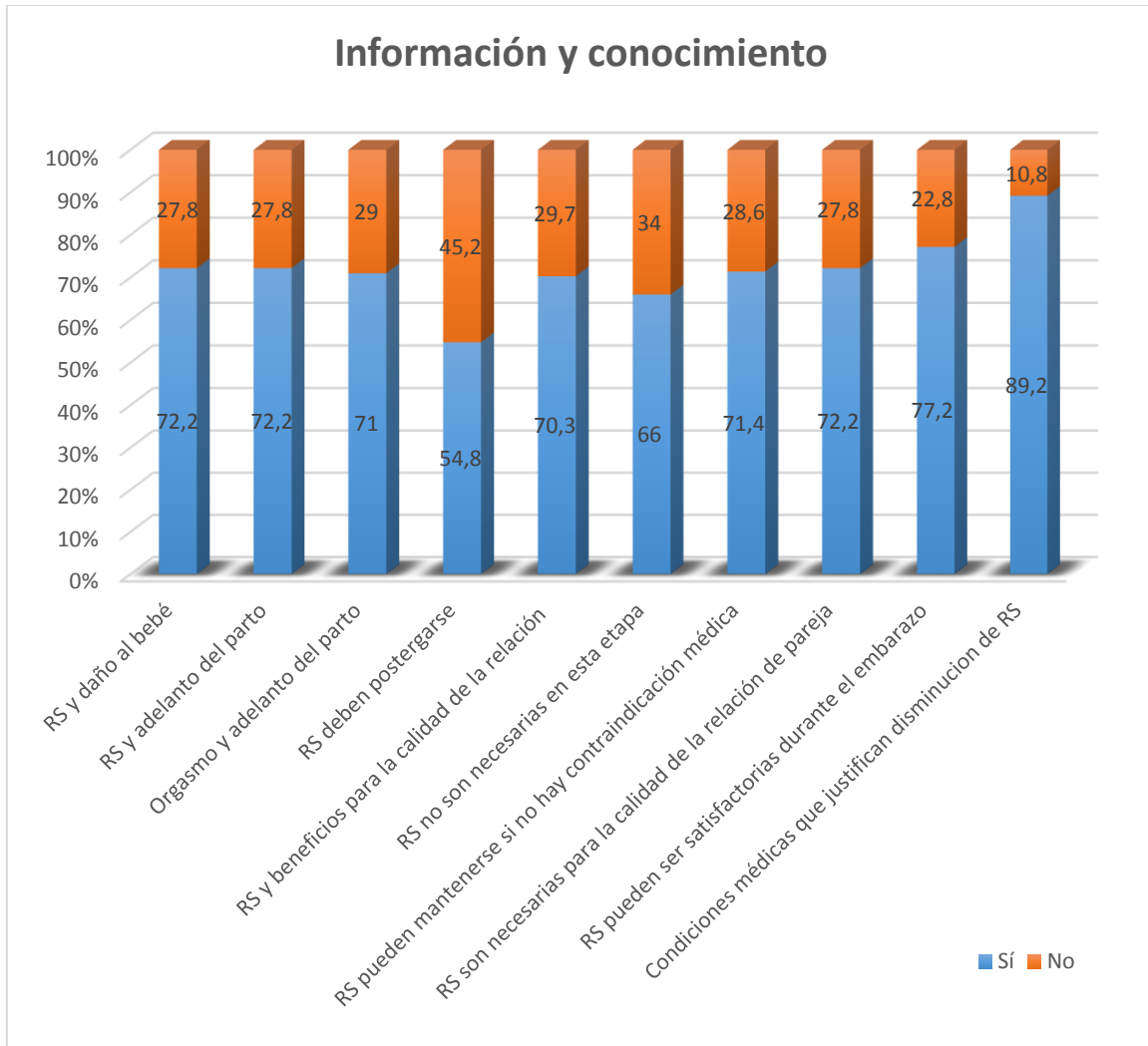
Fuente: base de datos de la investigación

Autora: Dra. Belén Almeida

4.2. Manejo de información y conocimiento acerca de las relaciones sexuales durante el tercer trimestre de embarazo

Las pacientes evaluadas demostraron una adecuada información y conocimientos sobre prácticas sexuales durante el tercer trimestre del embarazo, en diferentes porcentajes, que variaron desde el 54.8% al 89.2%, conforme la información y conocimientos evaluados. En el tema que mayor conocimiento que se evidencio fue referente a las condiciones médicas que justifican la suspensión o disminución de las relaciones sexuales, mientras que el porcentaje más bajo de respuestas positivas se relacionó con el referido a la necesidad de diferir las relaciones sexuales hasta la terminación del embarazo. En el resto de aspectos demostraron estar correctamente informadas en porcentajes intermedios a los señalados entre estas se encuentran: las relaciones sexuales pueden dañar a tu bebé, las relaciones sexuales pueden adelantar el parto, el orgasmo en el tercer trimestre podría adelantar el parto, No es beneficioso para la calidad de la relación de pareja, No es necesaria en esta etapa , Debe mantenerse si no hay contraindicación médica, Es necesaria para mantener la calidad de la relación, Puede ser satisfactoria. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Manejo de información y conocimiento acerca de relaciones sexuales durante el embarazo



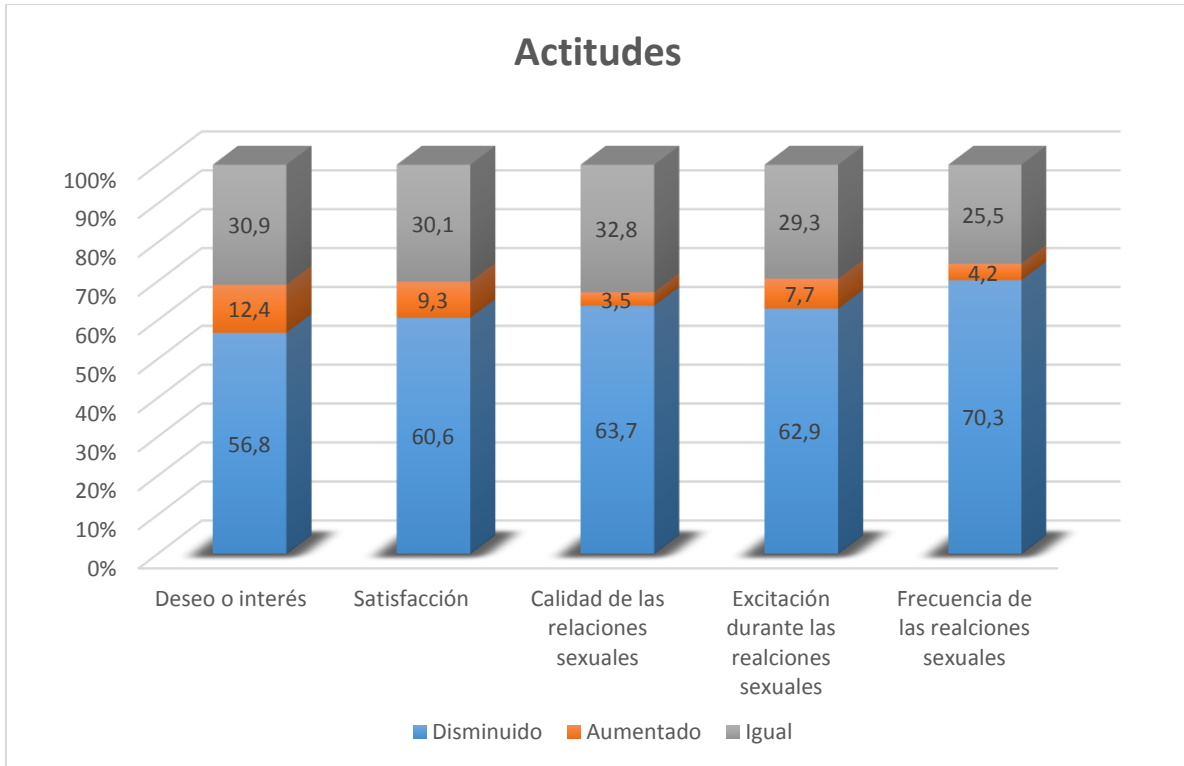
Fuente: base de datos de la investigación
 Autora: Dra. Belén Almeida

4.3. Actitudes acerca de las relaciones sexuales durante el tercer trimestre de embarazo

Al evaluar las actitudes acerca de las relaciones sexuales durante el tercer trimestre del embarazo, deseo o interés, satisfacción, calidad, excitación y frecuencia de las relaciones sexuales, se evidenció que la mayoría de mujeres tuvo tendencia a disminuir la actitud sexual, en porcentajes que variaron 56.8% al 70.3%, dependiendo de la actitud evaluada; mientras que entre el 4.2% y el 12.4% demostraron tendencia a incrementar las actitudes; y finalmente no demostraron

modificaciones en sus actitudes acerca de la sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo en relación a su comportamiento previo al embarazo 25.5% a 32.8%. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Actitudes acerca de las relaciones sexuales de las pacientes en el tercer mes de embarazo

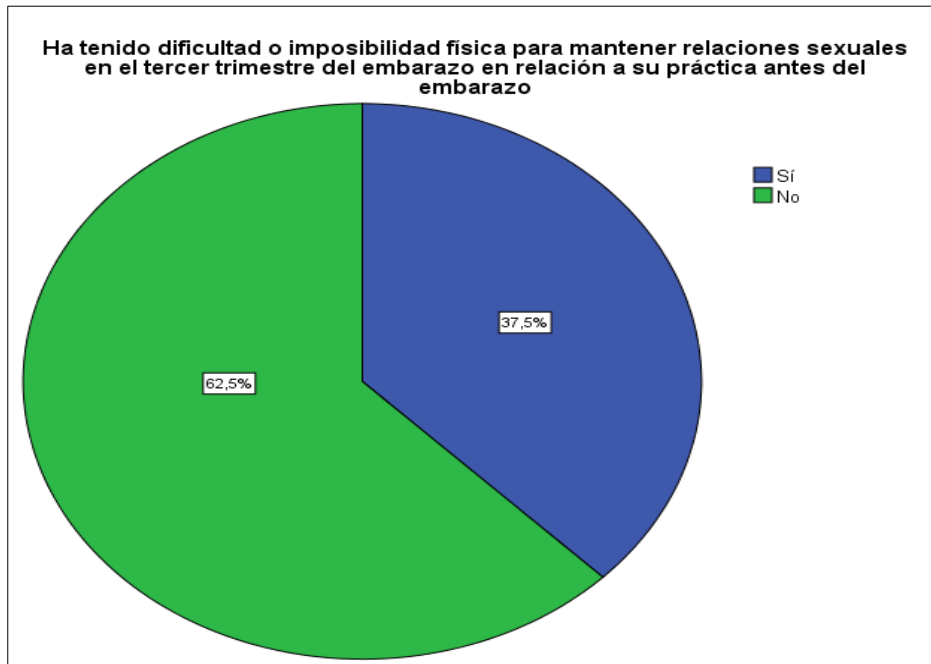


Fuente: base de datos de la investigación
 Autora: Dra. Belén Almeida

4-4. Práctica de relaciones sexuales durante el tercer trimestre de embarazo

Del total de paciente (n= 259, 100%) un poco más de la tercera parte (n= 97, 37.5 %) manifestaron dificultades o imposibilidad física para mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo. (Ver gráficos 3).

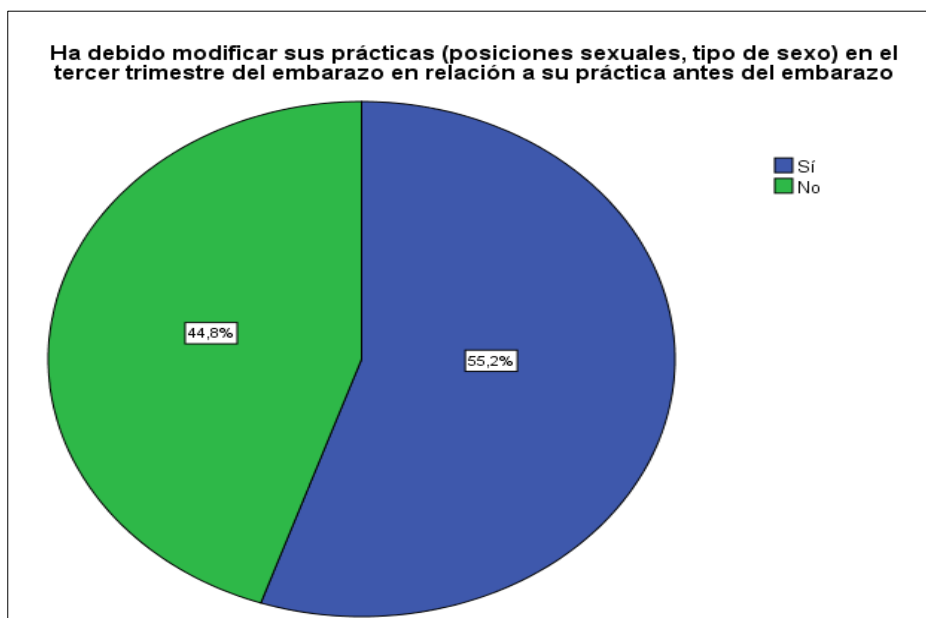
Gráfico 3. Dificultad o imposibilidad para mantener relaciones sexuales



Fuente: base de datos de la investigación
Autora: Dra. Belén Almeida

Del total de pacientes encuestadas (n= 259, 100%), más de la mitad (n= número, 55,2 %) manifestaron que tuvieron la necesidad de modificar sus prácticas sexuales (posiciones sexuales y tipo de sexo) en relación al hecho físico de cursar el tercer trimestre del embarazo. (Ver gráfico 4).

Gráfico 4. Modificación de las prácticas sexuales y tipo de sexo



Fuente: base de datos de la investigación
Autora: Dra. Belén Almeida

4.5. Resultados bivariantes entre variables cualitativas

En el grupo de mujeres en que se evidencio disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales durante el tercer trimestre de embarazo en comparación a la actitud antes del embarazo, al asociar con el estado civil se pudo observar que el grupo de solteras/viudas/divorciadas fue el que más disminuyo la frecuencia de actividad sexual al compararlas con el grupo de casadas/unión libre, la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) lo que significa 1,2 veces mayores posibilidades de disminuir la frecuencia de relaciones sexuales. (Ver tabla 2).

También se encontró asociación positiva entre la disminución de frecuencia de relación de relaciones sexuales durante el tercer trimestre del embarazo y el menor nivel de información y conocimiento sobre sexualidad ($p < 0.05$) lo que significa 1,2 veces mayores posibilidades de disminuir la frecuencia de relaciones sexuales. (Ver tabla 2).

El resto de variables como edad, etnia, ocupación, nivel de instrucción, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2. Relación entre disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre y variables cualitativas del estudio

Variable	Disminución de Frecuencia de las RS		Valor p	OR	IC95%
	Si	No			
Estado civil					
Soltera/viuda/divorciada	72 (27.8%)	21 (8.1%)	0.04	1.2	1.0-1.4
Casada/unión libre	110 (42.5%)	56 (21.6%)			
Etnia					
Mestiza	120 (46.3%)	46 (17.8%)	0.2	1.1	0.9-1.3
Blanca/indígena/afroecuatoriana	62 (23.9%)	31 (12%)			
Ocupación					
No trabajo/estudiante	142 (54.8%)	53 (20.5%)	0.1	1.2	0.9-1.4
Trabaja	40 (15.4%)	24 (9.3%)			
Nivel de instrucción					
Primaria/secundaria	143 (55.2%)	53 (20.5%)	0.1	1.2	0.9-1.4
Técnico/superior	39 (15.1%)	24 (9.3%)			
Maneja información/conocimiento					
No	65 (25.1%)	14 (5.4%)	0.003	1.9	1.2-3.3
Si	117 (45.2%)	63 (24.3%)			

Fuente: base de datos de la investigación

Autora: Dra. Belén Almeida

4.6. Resultados bivariantes entre variables cuali-cuantitativas

Para establecer la relación entre la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo y la edad de las pacientes se realizó el cálculo con el estadístico t de student, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la edad, estipulada en 26.2 años y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre. (Ver tabla 3).

En cuanto a la relación entre la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo y la edad gestacional de las pacientes se realizó el cálculo con el estadístico t de student, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa entre la media

de la edad gestacional, estipulada en 37.2 semanas de embarazo y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre. (Ver tabla 3).

Respecto a la relación entre la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo y el número de preguntas acertadas acerca de información y conocimiento sobre sexualidad, se realizó el cálculo con el estadístico t de student, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa entre la media de preguntas acertadas, estipulada en 6.9 y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Relación entre disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre y variables edad de la paciente, edad gestacional y número de aciertos

	Disminuyó la frecuencia de AS (182)	No disminuyó la frecuencia de AS (77)	p-valor*
Edad en años	Media 26.2 DE 5.3	Media 27.2 DE 5.1	0.000
Edad gestacional	Media 37.2 DE 3.6	Media 37 DE 3.4	0.000
Preguntas acertadas	Media 6.9 DE 1.9	Media 7.8 DE 2.0	0.000
* = T de student			

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Durante los meses de julio a septiembre del 2019, en el hospital Pablo Arturo Suarez de la ciudad de Quito, en el servicio de ginecología, se realizó el presente trabajo de investigación para disertación previa a la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia sobre “conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo en mujeres que acuden al hospital Pablo Arturo Suarez periodo julio – septiembre 2019”, mediante la realización de una encuesta a 259 pacientes que acudieron para su atención en esta casa de salud, que cumplían los criterios de inclusión y concedieron su consentimiento informado.

Un importante aspecto de la salud es el bienestar sexual durante el embarazo, ya que este aspecto aporta a la gestante un entorno psicológico, social y de pareja estable, indispensable para una gestación en las mejores condiciones. Varios factores influyen en la actividad sexual durante el embarazo como por ejemplo ciertas condiciones médicas reales hasta varios tabúes relacionados a condiciones sociales y tradiciones de muy distintos tipos que hace que este entorno se vea alterado.

La información y conocimientos inadecuados sobre sexualidad en el embarazo son factores que impactan negativamente en el bienestar global de la sexualidad en la mujer gestante; por lo que fortalecer la información y conocimientos correctos al respecto redundara positivamente en el bienestar general de la gestante y su entorno.

Los hallazgos de este estudio con toda seguridad se constituirán en un importante punto de partida para una adecuada consejería durante el embarazo, en nuestro medio en el que nuestro aspecto aún no se ha abordado con la importancia que se merece.

La edad media de las pacientes que participaron en este estudio fue de 26.5 años, en relación con el estudio realizado por Gutiérrez (2006) quien en su estudio evidenció que la edad promedio de gestantes era entre 24.04 años, de igual manera evidencia que el grado de instrucción media fue de 44.3% en relación a nuestro estudio que la mayoría de gestantes tenía educación secundaria completa en un 50.2%, y corroborado con el estudio realizado por Timaná-Sánchez (2015) quien indica en su muestra de gestantes un 72.2% con instrucción secundaria correspondiendo a la mayoría de la entrevistadas en su estudio; en relación el estado civil predominante fue casadas 43.6% en comparación al 66.6% encontrado por Timaná-Sánchez (2015) en su muestra para estudio de sexualidad en gestante, la etnia la raza mestiza fue la predominante con 64.1%, no se evidencio relación con estos estudios ya que los mismo son realizados en países donde la raza predominante se considera blanca, sin embargo en lo referente a la ocupación los porcentajes fueron algo similares no trabaja el 56% en nuestro estudio versus 50% en estudio realizado por Timaná-Sánchez (2015), lo que nos indica que la población de gestante es casi similar en ambos estudios.

El 35.9% (93) de las gestantes encuestadas no mostraban ninguna patología durante el embarazo, la condición médica limitante de la actividad sexual más frecuentemente manifestada fue la infección vaginal con el 21.2%, seguida del sangrado en un 13.9% y con menos porcentaje otras patologías; datos que concuerdan en el orden de frecuencia aunque en porcentajes mayores con los reportados por Piñero, y otros (2011) con 41,2% de infección vaginal , el 5% metrorragias y el resto otro tipo de patologías. (Piñero, y otros, 2011).

La encuesta usada puso en evidencia que la mayoría de pacientes tienen buena información y conocimientos sobre sexualidad en el embarazo con un promedio de aciertos del alrededor de 71% en los 10 parámetros evaluados con un mínimo de aciertos de 54% en el conocimiento sobre la necesidad de postergar las relaciones sexuales hasta después del parto, y un máximo de aciertos en 89% en la valoración de las condiciones médicas que justifican la disminución de relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo. Los hallazgos concuerdan con la encuesta realizada por Gutiérrez (2006) quienes reportan que el 61.1% de sus encuestadas demostraron un alto grado de información al respecto. (Gutiérrez, 2006).

Mientras las mujeres de esta investigación respondieron en alrededor del 72% positivamente sobre la necesidad de disminuir la actividad sexual por miedo al dañar al feto, en la encuesta de Beveridge, Vanner, & Rosen (2018) lo hicieron en el 58,6% (Beveridge, Vanner, & Rosen, 2018), y en la de Kouakou y otros (2011) en el 60,9%, (Kouakou, y otros, 2011) lo que demuestra que en este medio esta creencia es evidentemente superior.

En los aspectos relacionados con la actitud sobre sexualidad (deseo o interes, satisfacción, calidad, excitación y frecuencia) predominó una tendencia a disminuir sus actividades y prácticas sexuales en relación al tiempo previo al embarazo en un promedio de 62.86%, siendo la frecuencia de las relaciones sexuales el parámetro más disminuido con un 70.3 %, el deseo con un 56.8%, la satisfacción con un 60.6%, la calidad de las relaciones sexuales con un 63.7%, y la excitación en un 62.9%; el grupo de pacientes en que no hubo cambios fue equivalente al 29.72% de las encuestadas, y finalmente, un grupo menor refirió que incrementó las actitudes sobre la sexualidad en un número de encuestadas equivalente al 7.42%; los datos generales son semejantes a los reportados con Bradi y colaboradores en el 2017 en que encontraron que la frecuencia de las relaciones sexuales en comparación con el estado previo al embarazo disminuyó en el 71% de las

mujeres, sin cambios en el 21% de las mujeres y aumentó en el 8% de las mujeres. Resultados semejantes a esta investigación se obtuvieron en la investigación de Bradi al evaluar: deseo sexual (56.8% y 70% respectivamente), excitación (62.9% y 71% respectivamente) y satisfacción (60.6% y 56% respectivamente). (Badri et al., 2017)

Un poco más de un tercio de las pacientes equivalente 37.5 % indicaron dificultad o imposibilidad físicas para mantener relaciones en el tercer trimestre del embarazo, valor bastante inferior al 63% reportado en la encuesta de Bradi (Badri et al., 2017), y mucho más en relación al 74% reportado por García, González, Llibre, García y Perera (2015).

En nuestro estudio, más de la mitad de mujeres encuestadas, equivalente al 55.2 % indicaron que tuvieron que modificar sus prácticas sexuales (posiciones sexuales y tipo de sexo) en terminos generales, durante el tercer trimestre del embarazo por la dificultades físicas de su realización, aunque en este estudio no se indagó de forma específica los cambios en las practicas de las relaciones sexuales (posiciones y tipo de coito) la investigación de López, Herrera y Arévalo (2016) lograron establecer cambios en las practicas sexuales según el avance del embarazo hacia el tercer trimestre, determinando modificaciones respecto a la posición sexual, siendo en el primer trimestre la más utilizada cuando la pareja se coloca encima en el 89.40% de los casos, para el semestre siguiente la mujer se coloca encima fue la más referida 53.60%, finalmente para el tercer trimestre la posición que más se practica es la lateral con registros hasta del 83.80%.

De igual manera Escudero (2015) estableció una diferencia significativa entre dolor y la presencia de molestias al tener relaciones sexuales en la medida que aumentaba la edad gestacional, siendo el p valor de 0.001 en la semana 38 de embarazo.

Según los resultados obtenidos por Tarco (2017), la frecuencia sexual disminuyó en las embarazadas principalmente en el tercer trimestre, igualmente sus prácticas sexuales se modificaron en cuanto al tipo de sexo (oral) y las posiciones en relación al avance del embarazo.

En el presente estudio se evidenció una disminución importante de la frecuencia de relaciones sexuales en comparación a la actividad sexual previa al embarazo tanto en el grupo de casadas/unión libre como en las de grupo de soltera /vuidas/divorciada, relación estadísticamente significativa con mayor disminución en el grupo de soltera /vuidas/divorciadas ($p < 0.05$); esto que podría explicarse por la condición de mantener pareja sexual constante, hecho que, aunque con actividad disminuida es favorecida por la convivencia.

En lo relacionado con la asociación positiva entre la disminución de relaciones sexuales y menor nivel de información y conocimientos sobre sexualidad demostrada en este estudio, y que fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el valor de 45.2% encontrado se corresponde muy cercanamente al valor de 58% reportado por Núñez (2017) en su estudio a este respecto (Núñez, 2017)

En este estudio se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre la media de la edad, estipulada en 26.2 años y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre. Esto coincide con los resultados de Pichucho y Suquillo (2015) quienes establecieron en su investigación que en el grupo etario entre 21 a 30 años la frecuencia sexual disminuyó en un 53.43%.

Se estableció una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la edad gestacional, estipulada en 37.2 semanas de embarazo y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre. Esto concuerda con López, Herrera y Arévalo (2016) quienes establecieron que en la medida que progresa el embarazo disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales, comparando las medias obtenidas refieren 3.0 relaciones sexuales en etapas previas a la gestación, desciende a 1.7 en el primer trimestre, luego 1.6 para el siguiente trimestre y se registra en 1.1. para el tercer trimestre, estableciendo una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p=0.000$.

De igual manera, la investigación realizada por Escudero (2015) determinó que en la semana 38 de gestación, las relaciones sexuales habían descendido a la categoría de escasas en el 68% , estableciendo una diferencia significativa entre el final del tercer trimestre y la disminución de la frecuencia sexual con un p valor de 0.001

Respecto a la relación entre la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo y el número de preguntas acertadas acerca de información y conocimiento sobre sexualidad, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la media de preguntas acertadas, estipulada en 6.9 y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre. Aproximadamente la mitad de las participantes no manejan información y conocimiento acerca de la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo, lo cual confirma lo señalado por De Pierrepont, Polomeno, Bouchard y Reissing (2016), quienes aseguran que las parteras y peor aún los obstetras no brindan educación en materia de sexualidad a las pacientes, por lo que un grupo significativo de pacientes comete errores por falta de información en este tema.

En este aspecto los autores Demireloz, Ceber, Cetintas, Sakar y Mamik (2018), quienes afirman que los problemas sexuales durante el embarazo deben ser atendidos en la consulta.

Limitaciones

Por tratarse de estudio descriptivo la información obtenida solo se limitó a las preguntas del instrumento, no se le permitió a la paciente aportar opiniones más profundas y por otra parte, la investigadora solo recopiló información y no pudo intervenir para mejorar la situación evidenciada respecto a las fallas en la información y conocimiento y su repercusión en las actitudes y prácticas sexuales de las participantes. Adicionalmente por ser un estudio descriptivo los resultados obtenidos no son generalizables al resto de la población

Fortalezas

Entre las fortalezas de este estudio es posible señalar que no se han realizado investigaciones similares a esta, siendo pionera para marcar las pautas para futuras investigaciones acerca de este tema. Se logró obtener una participación de 259 pacientes, superando las metas propuestas porque despertó el interés de las pacientes, considerando que se trató de una buena muestra. Otra fortaleza de este estudio fueron las preguntas elaboradas para el instrumento, las cuales se obtuvieron con base de otros instrumentos para medir elementos similares y otras se adaptaron a las necesidades de la investigación, todas redactadas con un lenguaje sencillo para su mejor comprensión.

Es importante destacar que al no poder obtener un instrumento que midiera los objetivos propuestos, se procedió a realizar un estudio piloto para validar el instrumento utilizado, experiencia que permitió establecer que el instrumento podía medir lo que se había propuesto.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1. Conclusiones

Las pacientes que acuden al control prenatal y atención del parto en el Hospital Pablo Arturo Suárez, presentan fallas en la información y manejo de conocimientos acerca de la práctica sexual en el tercer trimestre del embarazo, lo cual está perjudicando un aspecto fundamental de sus vidas, tanto como individuos como también su relación de pareja, en virtud de que modifican sus prácticas sexuales disminuyendo la frecuencia, calidad del acto sexual y su disfrute.

1.2. Recomendaciones

El médico debe abordar con las pacientes el tema de la sexualidad durante el control prenatal desde las primeras, consultas con la finalidad de aclarar dudas al respecto para que no se menoscabe las prácticas y el disfrute de la sexualidad durante el embarazo, principalmente al final del mismo cuando aumentan los miedos por falta de información.

Realizar estudios similares con mayor cantidad de participantes, incluyendo diseños cualitativos para poder indagar con mayor profundidad el sentir y pensar de las pacientes sobre este tema.

REFERENCIAS

- Balestena, J., Fernández, B., Sanabria, J., & Fernández, R. (mayo-jun de 2014). Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300002
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*(12). Obtenido de <https://revistascientificas.us.es/index.php/anduli/article/view/3637>.
- Basson, R. (may de 2007). Hormones and sexuality: Current complexities and future directions. *Maturitas*, 57(1), 66-70. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037851220700076X>
- Battaglia, C., Persico, N., Zanetti, I., Guasina, F., Mattioli, M., Casadio, P., & Morotti, E. (jul de 2018). Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris During Pregnancy: A Longitudinal, Pilot Study. *Archives of Sexual Behavior*., 47(5), 1497-1505. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29524055>
- Beveridge, J., Vanner, S., & Rosen, N. (2018). Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 138-145. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0167482X.2017.1312334>

- Carta, M., & González, M. (2016). Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76(3). Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003
- Costa, M., Tubino, M., SantAna, M., Morales, A., & Torloni, M. (2017). Beliefs About Sexual Activity During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8). Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2017.1305031?src=recsys>
- De Pierrepont, C., Polomeno, C., Bouchard, L., & Reissing, E. (2016). What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatalidad - part 1. *Journal of Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 45(8), 796-808. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388468>
- Demireloz, M., Ceber, E., Cetintas, S., Sakar, T., & Mamik, D. (sep de 2018). Sexual functions in pregnancy: different situations in near geography:a case study on Turkey, Iran and Greece. *The Journal of Maternal- Fetal Neonatal Medicine*(9), 1-8. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29890872>
- Díaz, D., Velázquez, M., & Izquierdo, E. (Octubre de 2018). La sexualidad en el tercer trimestre del embarazo. *Sanum. Revista Científico-Sanitaria*, 28-35. Obtenido de https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v2_n3_a4.pdf
- García, M. (2014). *Sexualidad en el periodo gestacional*. Tesis de grado, Universidad de Cádiz, Cádiz. Obtenido de <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20perido%20gestacional.pdf>

- García, R., González, A., Llibre, J., García, L., & Perera, O. (ene-mar de 2015). Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100005
- García, S., Duarte, L., & Mejías, M. (oct de 2012). Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. *Enfermería Global*, 11(28). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400024
- Gómez, S., & Moreno, M. (marzo de 2012). La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de los cuidados. Edición digital*, 16(33), 67-74. Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24154/1/CC_33_09.pdf
- González, I., & Miyar, E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 497-501. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252001000500015&Ing=es&nrm=iso
- Gutiérrez, L. (2006). *Comportamiento sexual durante el embarazo en mujeres usuarias de los Centro de Salud de La Comuna de La Florida, Santiago, año 2006*. Tesis de investigación de Magister, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Santiago de Chile. Obtenido de http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/522/Tesis_%20Lorena%20Gutierrez%20Mundt.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hasani, M., Keramat, A., Maasoumi, R., Farjamfar, M., Yunesian, M., & Afshar, B. (january de 2019). The Frequency of Vaginal Intercourse During Pregnancy: A Systematic and Meta-

- Analysis Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(1), 1-9. Obtenido de http://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_373.pdf
- Heidari, M., Amin, F., Zayeri, F., Azin, S., & Merghati-Khoei, E. (Jan de 2018). Sexual Life During Pregnancy: Effect of an Educational Intervention on the Sexuality of Iranian Couples: A Quasiexperimental Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(1), 45-55. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28368742>
- Kouakou, K., Doumbia, Y., Djanhan, L., Ménin, M., Kouaho, J., & Djanhan, Y. (feb de 2011). Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 40(1), 36-41. Obtenido de <https://www.em-consulte.com/en/article/279516>
- Kračun, I., Tul, N., Blickstein, I., & Velikonja, V. (apr de 2019). Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(3), 335-340. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157035>
- Manterola, C., & Otzen, T. (jun de 2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Asesoría en salud sexual y reproductiva*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Obtenido de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503%20asesoria%20ss.pdf>
- Núñez, P. (2017). *La percepción de la mujer con relación a la práctica de la relaciones sexuales durante el embarazo, en gestantes de 19 a 40 años atendidas en el consultorio de obstetricia del puesto de salud Laura Caller, Cañate, Lima de enero de 2015 a*

noviembre del 201. Tesis Profesional Obstetra, Facultad de Obstetricia, Cañete, Perú.

Obtenido de

<http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/102/1/N%c3%ba%c3%b1ez%20Roman%20Paola.pdf>

Panea, I., Domínguez, A., Barragán, V., Martos, A., & López, F. (2018). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de lamujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. *Atención Primaria*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/324511316_Comportamiento_y_actitud_frente_a_la_sexualidad_de_la_mujer_embarazada_durante_el_ultimo_trimestre_Estudio_fenomenologico

Piñero, S., Alarcos, G., Arenas, M., Jiménez, V., Ortega, E., & Ramiro, M. (01 de 2011).

Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *Nure Investigación*(50). Obtenido de

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/518>

Rodríguez, M., & Ramón-Arbués, E. (2013). Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global*, 12(32). Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400022

Rodríguez-Rubio, M., Coll-Navarro, E., & Giménez-Gómez, N. (2017). Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. *Matronas Profesión*, 18(3), 88-95. Obtenido de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-evolucion-y-cambios-sexualidad-gestantes.pdf>

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . D'Agostino, R. (apr-jun de 2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-

- report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.*, 26(2), 191-208. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10782451>
- Seven, M., Akyüz, A., & Güngör, G. (feb de 2015). Predictors of sexual function during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(7). Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01443615.2015.1006596?src=recsys>
- Timaná-Sánchez, E. (2015). *Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clinica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho. Enero 2015.* Obtenido de <https://studylib.es/doc/8579857/sexualidad-de-las-gestantes-atendidas-en-el-consultorio-e...>
- Valdivia, G. (2008). *Enfoque descriptivo y experimental en epidemiología.* Obtenido de Curso de Educación Continua Avanzada: <http://www.smschile.cl/documentos/cursos2008/medicinainternaavanzada/EI%20internista%20en%20la%20practica%20clinica%20habitual%20problemas%20y%20soluciones%20el%20enfoque%20descriptivo.pdf>
- Vieira, E., Moreira, J., Henrique, M., Rodrigues, E., Alves, P., & Da Silva, G. (2018). Function, practices and sexual positions of pregnant women. *Journal of Nursing*, 12(3). Obtenido de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231225>
- Yıldız, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1), 49-59. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24328753>

ANEXOS

1. Encuesta

**Pontificia Universidad Católica Del Ecuador
Hospital Pablo Arturo Suárez
Servicio de Ginecología y Obstetricia:
Médico encargado Dra. Elena Belén Almeida Barragán**

TEMA: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo en mujeres que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez

Las siguientes preguntas tienen como objetivo valorar sus conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante y antes de su embarazo, siéntase en confianza en preguntar si algún termino no comprende estaré gustosa en ayudarle, si alguna de estas preguntas vulnera su susceptibilidad siéntase en confianza de informarme, y recuerde que en cualquier momento puede dejar de responder las mismas sin que afecte su atención en el hospital

1.- Edad en años: _____

2.- Estado civil:

Soltera
Casada
Viuda
Divorciada
Unión libre

3.- Nivel de instrucción:

Ninguna
Primaria
Secundaria
Técnico
Superior
Postgrado

4.- Etnia:

Mestiza
Blanca
Indígena
Afroecuatoriana

Montubia

5.- Ocupación:

No trabaja

Estudiante

Trabaja bajo dependencia

Trabaja independiente

6.- ¿Usted ha presentado alguna de estas condiciones/enfermedades durante este embarazo?

- Amenaza de aborto
- Actividad uterina durante el embarazo que requirió asistencia médica
- Sangrado
- Infección vaginal
- Parto prematuro
- Embarazos previos
- Cirugías en aparato ginecológico
- Ninguna

7.- Embarazo actual (fecha de última menstruación) _____

8.- Edad gestacional por fecha de última menstruación FUM: día / mes / año

9.- De acuerdo a sus conocimientos sobre sexualidad, ¿usted considera que durante el embarazo las relaciones sexuales pueden dañar a tu bebé?

Sí

No

10.- De acuerdo a sus conocimientos sobre sexualidad, ¿usted considera que durante el embarazo las relaciones sexuales pueden adelantar el parto?

Sí

No

11.- De acuerdo a sus conocimientos sobre sexualidad, ¿usted considera que el orgasmo en el tercer trimestre podría adelantar el parto?

Sí

No

12.- De acuerdo a sus conocimientos sobre sexualidad, ¿cree usted que la actividad sexual durante el embarazo? Marcar: Verdadero (V) Falso (F)

Debe postergarse para después del mismo

No es beneficioso para la calidad de la relación de pareja

No es necesaria en esta etapa

Debe mantenerse si no hay contraindicación médica

Es necesaria para mantener la calidad de la relación

Puede ser satisfactoria

13.- De acuerdo a sus conocimientos sobre sexualidad durante el embarazo, ¿cuál de las siguientes condiciones médicas justifica evitar o disminuir mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre embarazo?

- Amenaza de aborto
- Actividad uterina durante el embarazo que requirió asistencia médica
- Sangrado
- Infección vaginal
- Ninguna

14.- ¿Considera usted que su deseo o interés sexual durante el embarazo respecto a su actitud antes del embarazo ha?:

- Disminuido
- Aumentado
- Se mantiene igual

15.- ¿Considera usted que su satisfacción sexual durante el embarazo respecto a su actitud antes del embarazo ha?:

- Disminuido
- Aumentado
- Se mantiene igual

16.- ¿Considera usted que la calidad de sus relaciones sexuales durante el embarazo, respecto a su actitud antes del embarazo ha?:

- Disminuido
- Aumentado
- Se mantiene igual

17.- ¿Considera usted que la excitación durante las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo, respecto a su actitud antes del embarazo ha?:

- Disminuido
- Aumentado
- Se mantiene igual

18.- ¿Considera usted que la frecuencia de relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo ha?:

- Disminuido
- Aumentado
- Se mantiene igual

19.- ¿Considera usted que ha tenido dificultad o imposibilidad física para mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo?

- Si ()
- No ()

20.- ¿Considera usted que ha debido modificar sus prácticas (posiciones sexuales, tipo de sexo) en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo?

Si

No

Gracias por su colaboración

2. Consentimiento informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

TEMA: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo en mujeres que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez periodo junio - agosto 2019“

Este consentimiento informado se dirige a mujeres embarazadas que acuden al Hospital Pablo Arturo Suarez al servicio de emergencia, atención de parto, y consulta externa, que se les invita a participar en la investigación sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo”

Yo soy Elena Belén Almeida Barragán, alumna del posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy investigando conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, hágame saber sus dudas me daré el tiempo para explicarle. Si tiene preguntas podría preguntármelas y estaré gustosa en ayudarle.

Propósito.- Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en el tercer trimestre es un tema poco estudiado y valorado por los médicos, sin embargo varias dificultades se presentan

durante la gestación y es el motivo de esta investigación ya que la salud sexual es un derecho de todos y los datos obtenidos serán de utilizará para mejorar la información de este tema en la consulta prenatal.

Tipo de Intervención de Investigación.- Esta investigación incluirá una encuesta con varias preguntas de opción múltiple sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas sexualidad durante el embarazo, que la realizara en un periodo de 3 meses, la encuentra es posible responderla en un tiempo de 20 a 30 minutos, sin embargo usted puede darse el tiempo necesario para la misma, en el lugar donde se está atendiendo “Hospital Pablo Arturo Suarez” se tomara varias pacientes al azar que cursen el tercer trimestre del embarazo y que acepten realizar voluntariamente la encuesta.

Selección de participantes.- A esta investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre, están invitadas todas las embarazadas que cursan el tercer trimestre del embarazo, que son atendidos en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el servicio de emergencia, consulta prenatal y atención de parto, que acepten el consentimiento informado.

Participación voluntaria.- Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo.- Al realizar una encuesta con los datos recolectados se realiza un estudio estadístico, que determina capacidades, actitudes y prácticas más comunes en las embarazadas, estos datos será de utilidad para valorar varios aspectos sobre la sexualidad y

determinar si se necesita modificaciones o ampliación del tema en los controles prenatales por parte de los proveedores de salud.

Descripción del Proceso.- Durante la encuesta usted podrá realizar cualquier pregunta sobre términos que no comprenda, será privada y personal de preguntas generales como edad, ocupación, nivel de estudios, datos sobre su embarazo y sexualidad, durante este estudio no se revelara nombres ni datos de identificación, al terminar la recolección de datos entraran a una base de datos que determinara relaciones entre la sexualidad y varios parámetros del embarazado.

La duración del estudio es de 3 meses y su encuesta tendrá un tiempo aproximado de 30 min, sin embargo usted puede tomarse el tiempo necesario para responder el mismo, este encuentro será únicamente el día de la encuesta, no habrá un seguimiento posterior.

Riesgos.- No existe ningún riesgo al responder esta encuesta ya que su confidencialidad se mantendrá y los datos usados no serán divulgados, es posible que algunas preguntas vulneren su intimidad pero recuerde que es una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad y que algunas serán necesarias, si es que algún momento se vulnera su susceptibilidad informe a la encuestadora y se dará por terminada la misma sin que afecte a su atención en el hospital.

Beneficios.- Los beneficios que presenta la investigación es probable que no los vea reflejados en su consulta, sin embargo será de utilidad para valorar posibles dificultades de comunicación sobre sexualidad de los prestadores de servicios médicos con las pacientes embarazadas y la facilidad de resolver los mismos teniendo en cuenta los resultados que arrojen la presente investigación.

Confidencialidad.- Con esta investigación, se realiza en las instalaciones del hospital Pablo Arturo Suarez, por lo que su seguridad no se verá vulnerada, no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino la investigadora tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información en la base de datos de la computadora personal de la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

Resultados.- Los resultados obtenidos al realizar esta investigación se compartirá con usted si así lo desea antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial, se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse.- Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en este hospital. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en este hospital. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en este hospital no será afectado en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar: Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de la siguiente persona: Dra. Elena Belén Almeida Barragán, teléfono 0998372296,

mail belen_alm8@hotmail.com . Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad durante el tercer trimestre del embarazo. Entiendo que recibiré una encuesta con varias preguntas sobre datos generales y sexualidad durante el embarazo. Sé que puede no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Iniciales del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Mil gracias por su participación

Acepto participar en la investigación comandada por la Dra. Elena Belén Almeida Barragán, se me ha informado los propósitos de la misma, se me ha explicado que se realizara una encuesta basada en mi conducta, actitudes y percepción sexual durante el tercer trimestre del embarazo

Acepto que la investigación será confidencial y no se utilizara para ningún otro propósito que no sea esta investigación

Cualquier información comunicarse con:

Dra. Belén Almeida Barragán

Teléfono 0998372296 / domicilio 5133980

Domicilio San Isidro del Inca calle Buenos Aires conjunto bosques de san Isidro 4 casa 5

Rotación actual: servicio de ginecología y obstetricia piso 2.

Correo: belen_alm8@hotmail.com

Firma del investigador

Cédula

FECHA

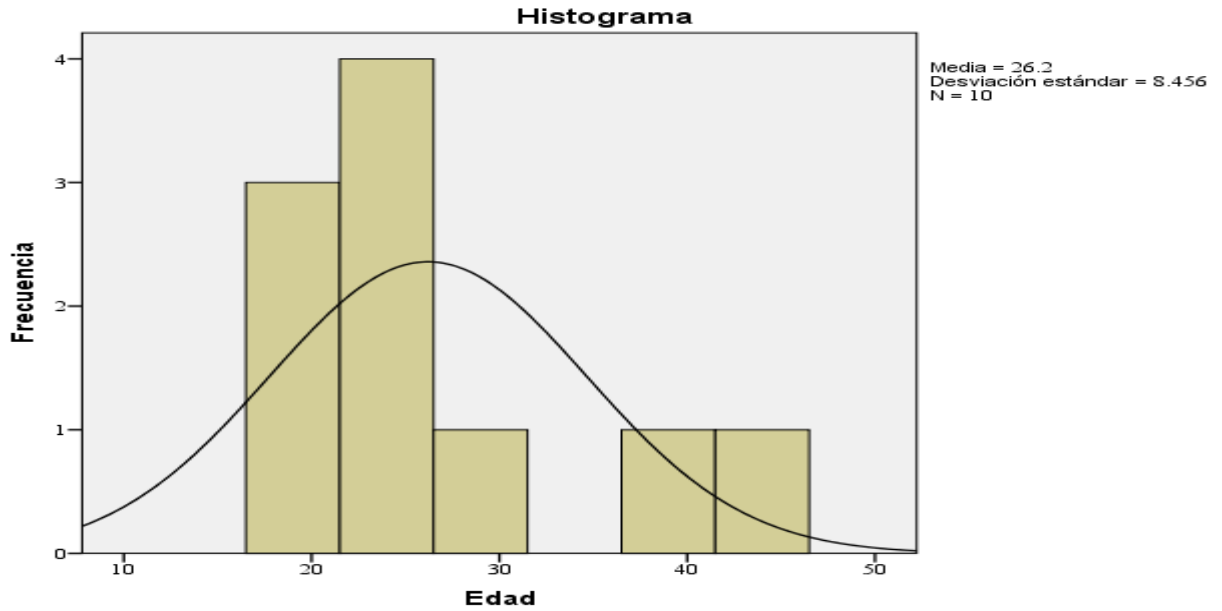
3. Resultados de la prueba piloto

Estadísticos

Edad		
N	Válido	10
	Perdidos	0
Media		26.20
Mediana		23.00
Moda		19
Desviación estándar		8.456
Mínimo		19
Máximo		44

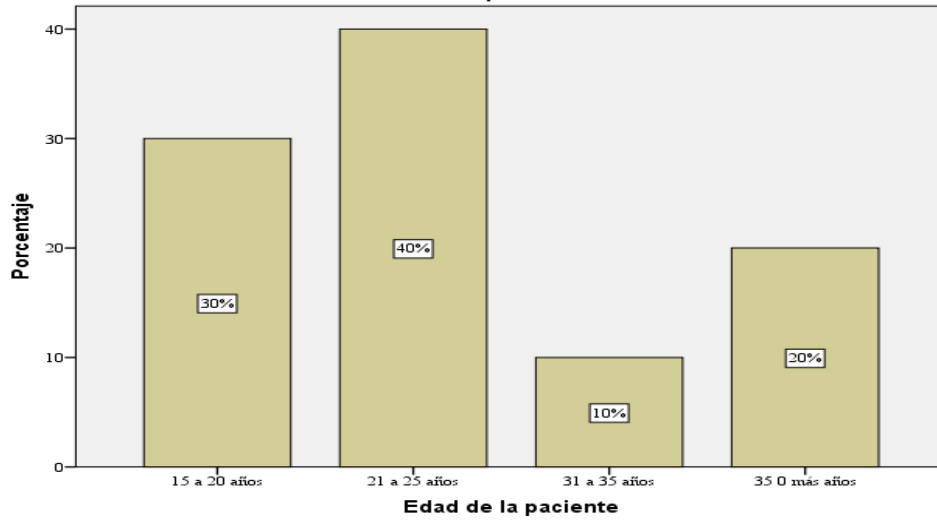
Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
19	2	20.0	20.0	20.0
20	1	10.0	10.0	30.0
22	2	20.0	20.0	50.0
24	2	20.0	20.0	70.0
31	1	10.0	10.0	80.0
37	1	10.0	10.0	90.0
44	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



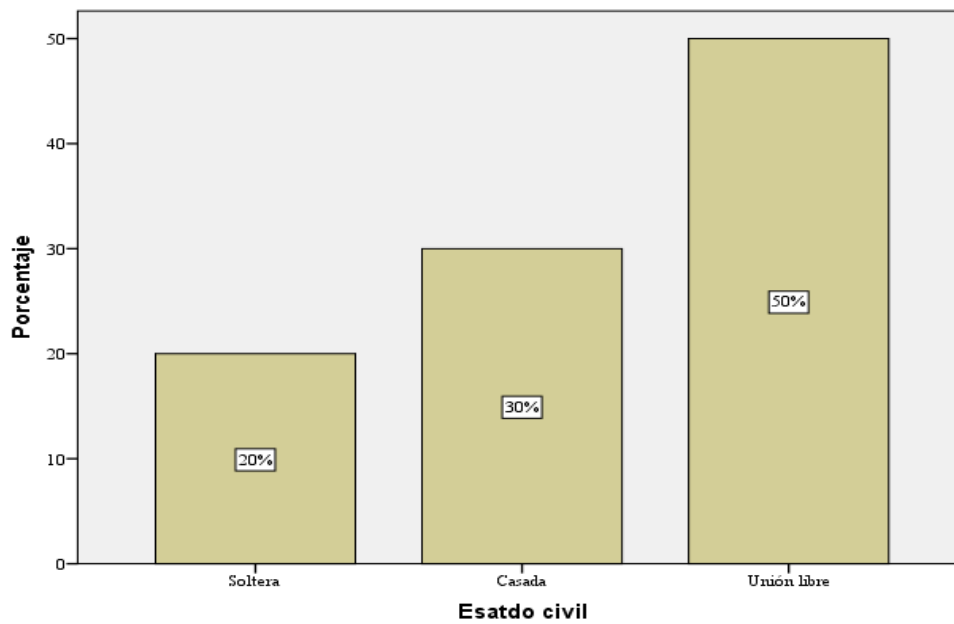
Edad de la paciente por grupo etario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15 a 20 años	3	30.0	30.0	30.0
21 a 25 años	4	40.0	40.0	70.0
31 a 35 años	1	10.0	10.0	80.0
35 0 más años	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



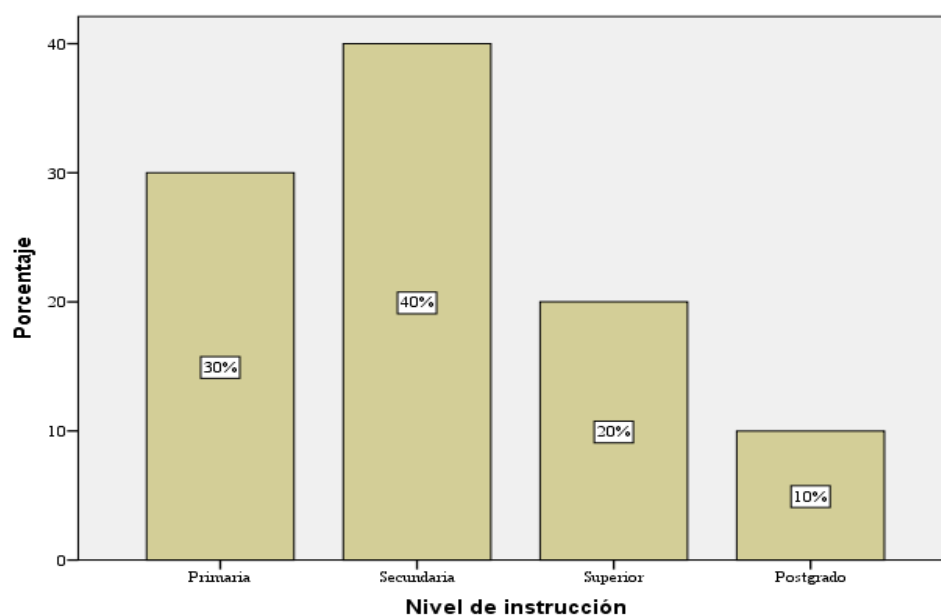
Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	2	20.0	20.0	20.0
Casada	3	30.0	30.0	50.0
Unión libre	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



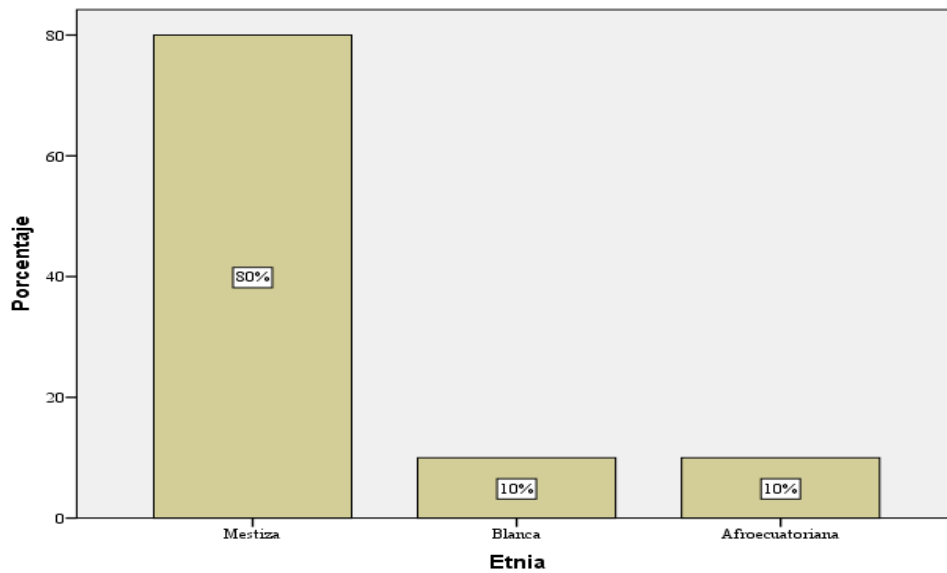
Nivel de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	3	30.0	30.0	30.0
Secundaria	4	40.0	40.0	70.0
Superior	2	20.0	20.0	90.0
Postgrado	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



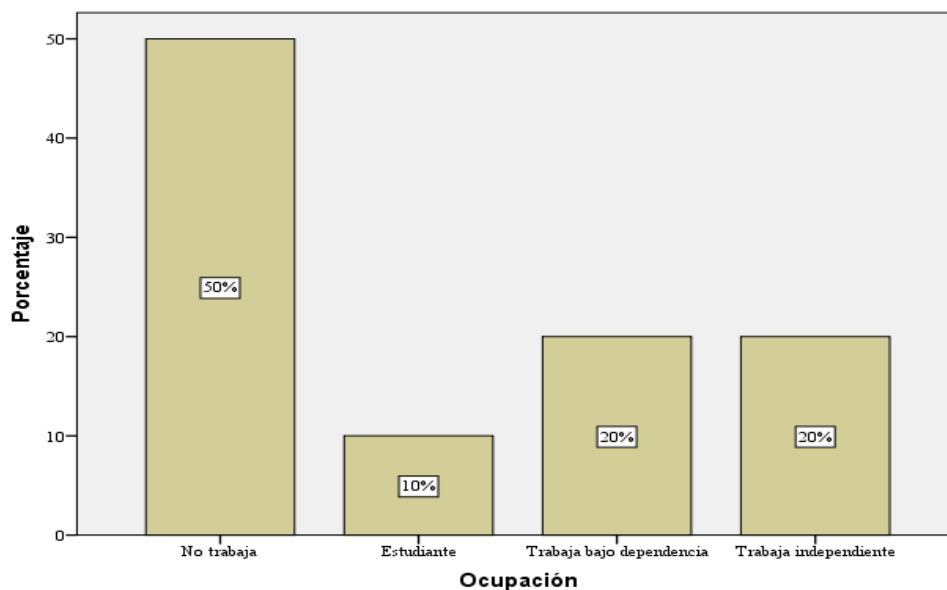
Etnia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mestiza	8	80.0	80.0	80.0
Blanca	1	10.0	10.0	90.0
Afroecuatoriana	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



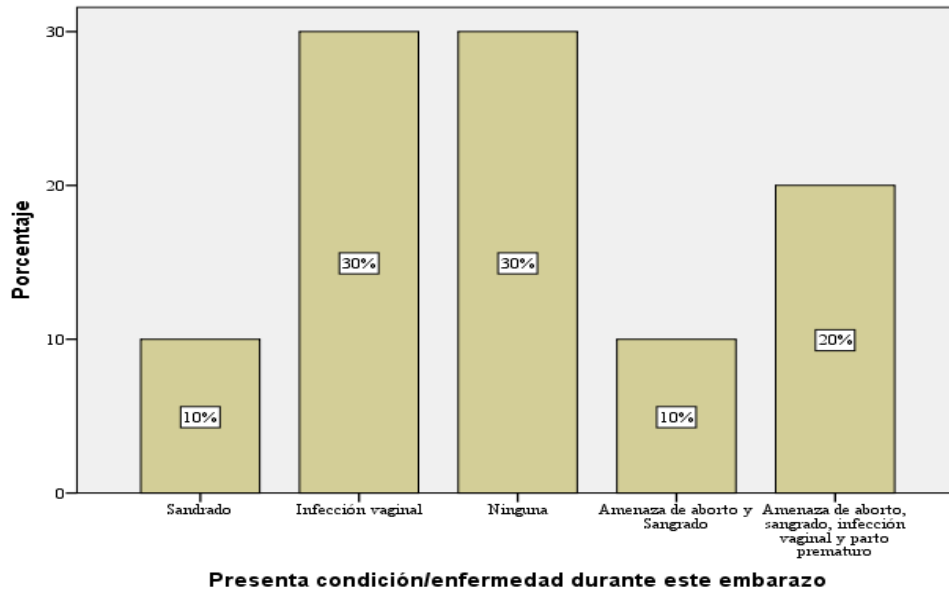
Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No trabaja	5	50.0	50.0	50.0
Estudiante	1	10.0	10.0	60.0
Trabaja bajo dependencia	2	20.0	20.0	80.0
Trabaja independiente	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



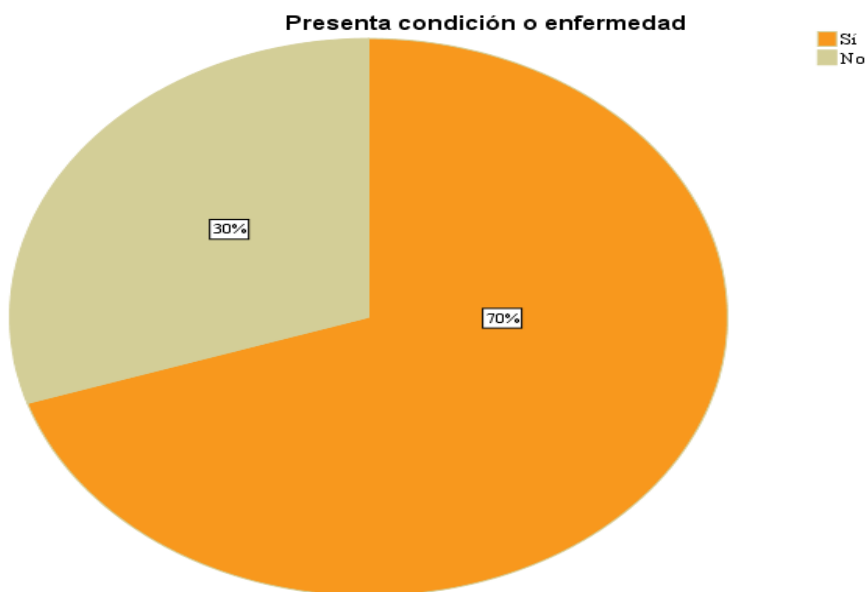
Presenta condición/enfermedad durante este embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sangrado	1	10.0	10.0	10.0
Infección vaginal	3	30.0	30.0	40.0
Ninguna	3	30.0	30.0	70.0
Amenaza de aborto y Sangrado	1	10.0	10.0	80.0
Amenaza de aborto, sangrado, infección vaginal y parto prematuro	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



Presenta condición o enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	7	70.0	70.0	70.0
No	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



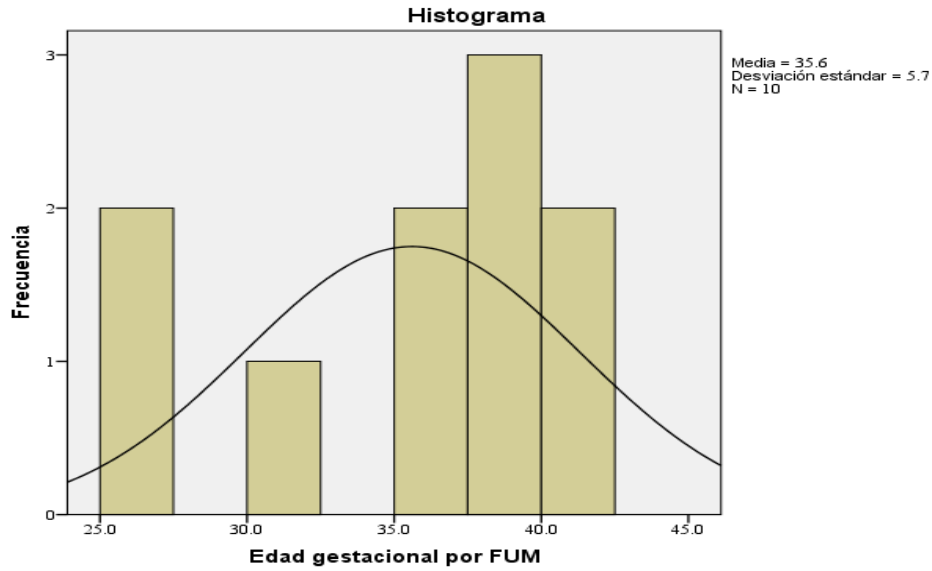
Estadísticos

Edad gestacional por FUM

N	Válido	10
	Perdidos	0
Media		35.600
Mediana		38.200
Moda		26.3
Desviación estándar		5.7003
Mínimo		26.3
Máximo		41.2

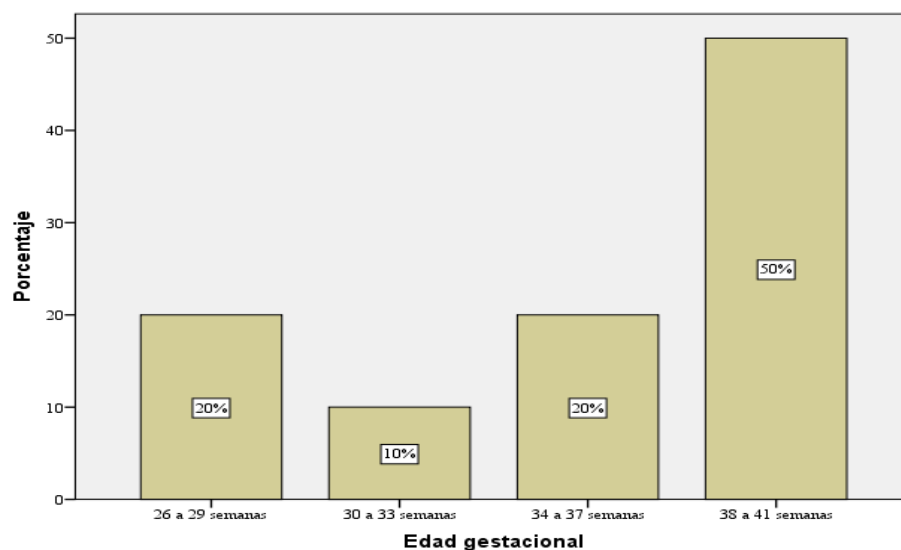
Edad gestacional por FUM

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
26.3	1	10.0	10.0	10.0
26.6	1	10.0	10.0	20.0
30.3	1	10.0	10.0	30.0
36.2	1	10.0	10.0	40.0
37.4	1	10.0	10.0	50.0
39.0	1	10.0	10.0	60.0
39.1	1	10.0	10.0	70.0
39.6	1	10.0	10.0	80.0
40.3	1	10.0	10.0	90.0
41.2	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



Edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
26 a 29 semanas	2	20.0	20.0	20.0
30 a 33 semanas	1	10.0	10.0	30.0
34 a 37 semanas	2	20.0	20.0	50.0
38 a 41 semanas	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



Estadísticos

Preguntas acertadas

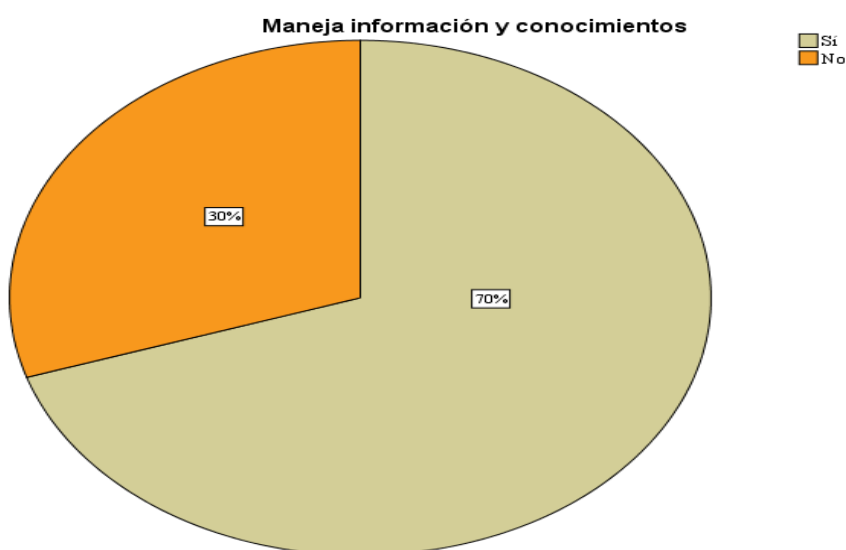
N	Válido	10
	Perdidos	0
Media		7.40
Mediana		7.00
Moda		7
Desviación estándar		2.119
Mínimo		4
Máximo		10

Preguntas acertadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4	1	10.0	10.0	10.0
5	1	10.0	10.0	20.0
6	1	10.0	10.0	30.0
7	3	30.0	30.0	60.0
8	1	10.0	10.0	70.0
10	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

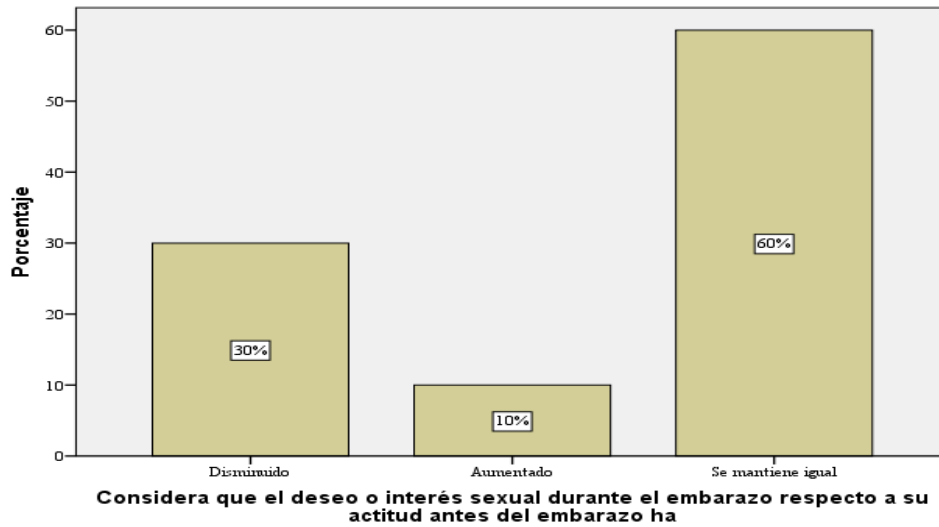
Maneja información y conocimientos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	7	70.0	70.0	70.0
No	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



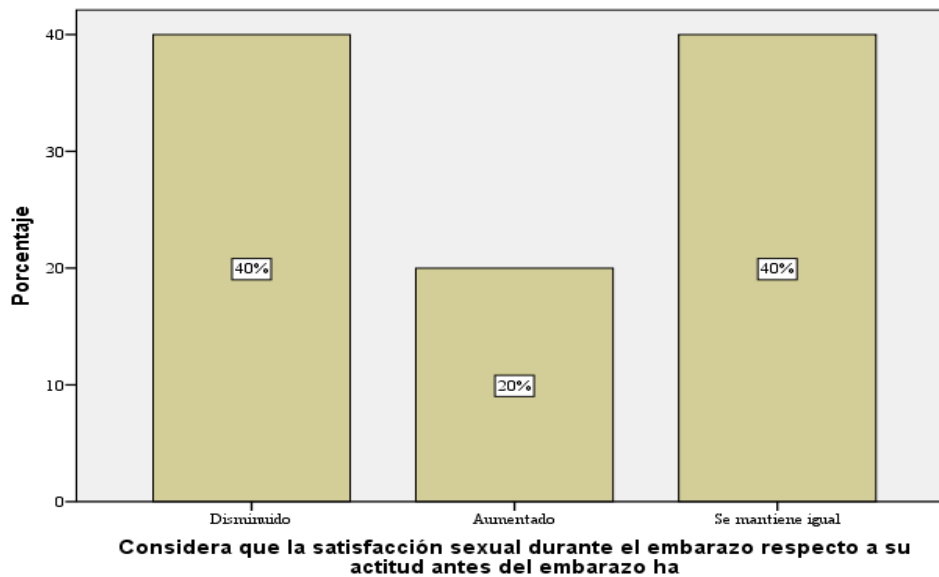
Considera que el deseo o interés sexual durante el embarazo respecto a su actitud antes del embarazo ha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disminuido	3	30.0	30.0	30.0
Aumentado	1	10.0	10.0	40.0
Se mantiene igual	6	60.0	60.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



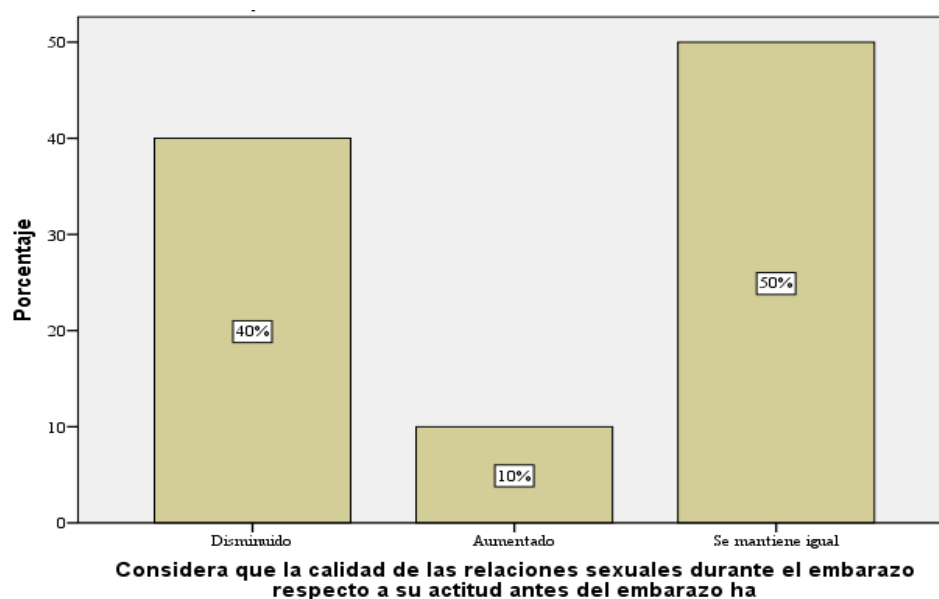
Considera que la satisfacción sexual durante el embarazo respecto a su actitud antes del embarazo ha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disminuido	4	40.0	40.0	40.0
Aumentado	2	20.0	20.0	60.0
Se mantiene igual	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



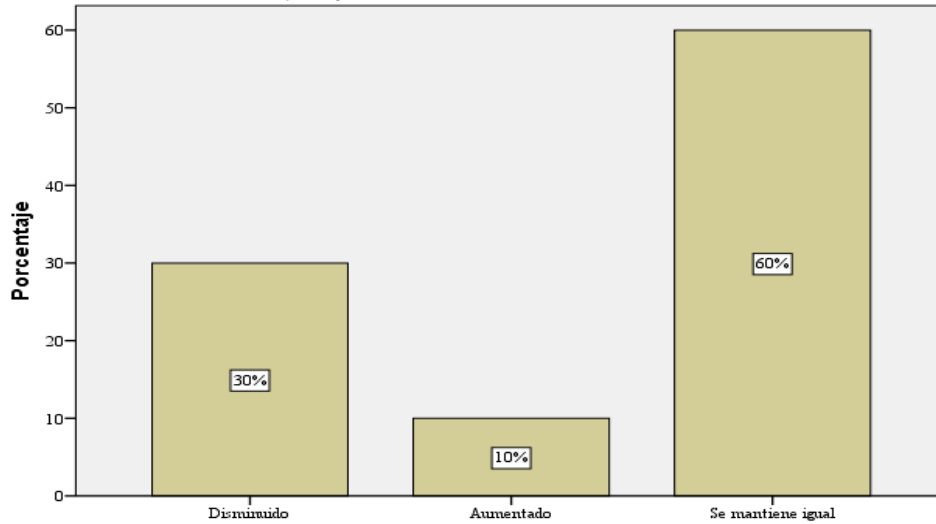
Considera que la calidad de las relaciones sexuales durante el embarazo respecto a su actitud antes del embarazo ha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disminuido	4	40.0	40.0	40.0
Aumentado	1	10.0	10.0	50.0
Se mantiene igual	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



Considera que la excitación durante las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo, respecto a su actitud antes del embarazo ha

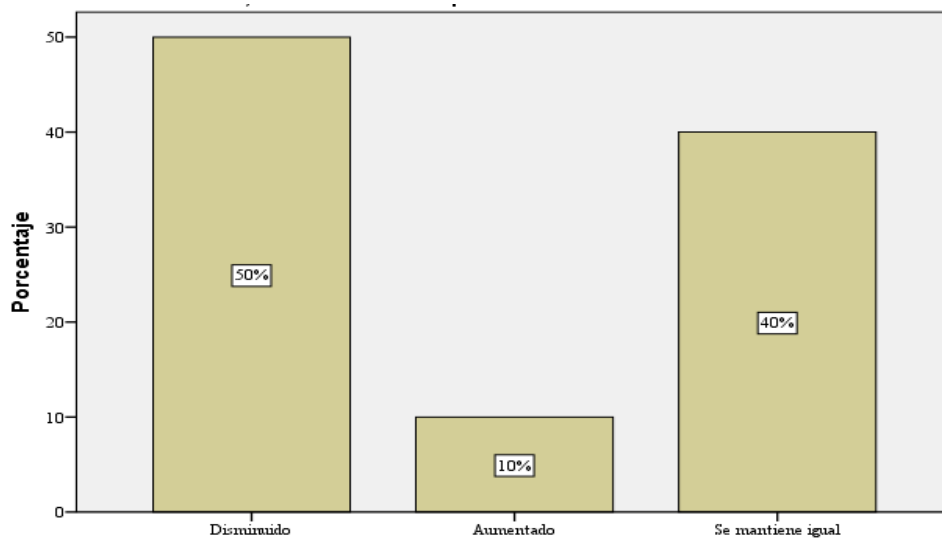
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disminuido	3	30.0	30.0	30.0
Aumentado	1	10.0	10.0	40.0
Se mantiene igual	6	60.0	60.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



Considera que la excitación durante las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo, respecto a su actitud antes del embarazo ha

Considera que la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo, en relación a su práctica antes del embarazo ha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Disminuido	5	50.0	50.0	50.0
Aumentado	1	10.0	10.0	60.0
Se mantiene igual	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

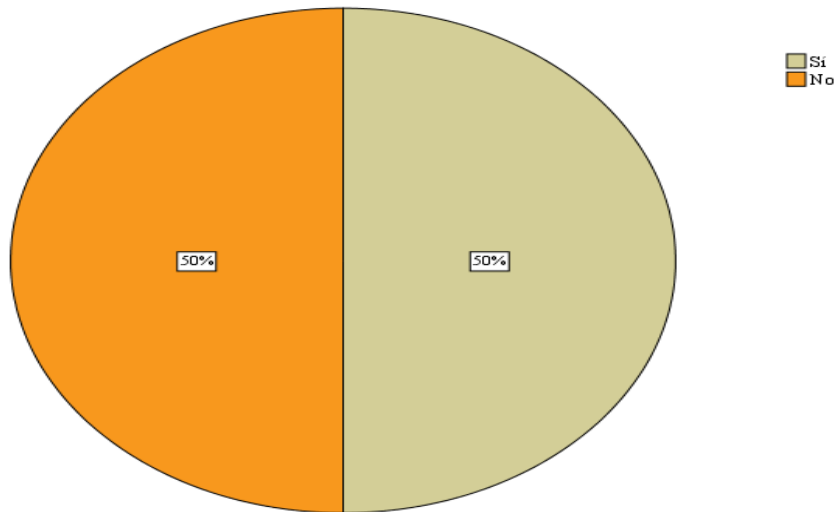


Considera que la frecuencia de las relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo, en relación a su práctica antes del embarazo ha

Considera que ha tenido dificultad o imposibilidad física para mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	5	50.0	50.0	50.0
No	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Considera que ha tenido dificultad o imposibilidad física para mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo



Considera que ha debido modificar sus prácticas (posiciones sexuales, tipo de sexo) en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	8	80.0	80.0	80.0
No	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Considera que ha debido modificar sus prácticas (posiciones sexuales, tipo de sexo) en el tercer trimestre del embarazo en relación a su práctica antes del embarazo

