



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**"INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN LAS RELACIONES
COITALES DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN JOAQUIN NOVIEMBRE 2015 A
- ENERO 2016 - ICA"**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA

BACHILLER: PRADA VALENCIA FRANCYS ESTEFANNY

PERÚ

2016

DEDICADO:

A mis padres Ana y Miguel Ángel, por su amor, comprensión y ayuda en todo omento, ellos me enseñaron a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño sin pedir nada a cambio.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por su infinito amor y apoyo, a mis hermanos, a mis tíos por sus buenos consejos y a todas las personas que han formado parte de mi vida que de alguna u otra manera me han ayudado.

También expresar mi más sincero agradecimiento a mis profesores durante toda mi carrera profesional por sus enseñanzas y experiencias que ayudaron en mi formación.

La culminación de esta investigación, motiva en mí sentimientos de gratitud, respeto, admiración y agradecimiento hacia las personas e instituciones que hicieron posible su feliz realización.

A la Universidad Alas Peruanas Filial Ica que me acogió en su alma mater.

RESUMEN

Las relaciones coitales son parte de las necesidades fisiológicas del ser humano y deben ser satisfechas de la forma más placentera posible pues ello demuestra amor entre parejas, sin embargo en la gestación que dura aproximadamente nueve meses ocurren marcados cambios en la fisiología de la mujer que se manifiestan en alteraciones digestivas, cansancio, mayor frecuencia de infecciones urinarias entre otras que afectarían la disposición de la gestante a tener relaciones sexuales con su pareja la que traería consecuencias graves como la infidelidad, por lo que una orientación oportuna y eficaz podría mejorar la condición de la gestante a fin de que pueda realizar estas actividades sexuales en forma placentera.

El problema: Se planteó el objetivo de, determinar si influye el embarazo en las relaciones coitales de las mujeres gestantes que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016; cuyo método de investigación fue no experimental, descriptiva, transversal y prospectiva en 120 gestantes que acudieron al Centro de salud de San Joaquín.

Las conclusiones que se llegaron fueron: El embarazo influye en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016. Aumentando la frecuencia en aquellas que tienen hasta 3 veces en la segunda mitad del embarazo y disminuyendo en aquellas que tienen 3 veces a más en la segunda mitad del embarazo. El embarazo No influye significativamente en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016. El embarazo No influye significativamente en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

PALABRAS CLAVE: RELACIONES COITALES EMBARAZO.

ABSTRACT

Sexual relations are part of the physiological needs of human beings and should be met in the most pleasant way possible as it demonstrates love between couples, however gestation lasts about nine months occur marked changes in the physiology of woman manifested in digestive disorders, fatigue, increased frequency of urinary tract infections among others that affect the willingness of the mother to have sex with your partner which would have serious consequences such as infidelity, so that timely and effective guidance could improve the condition the mother so that you can perform these sexual activities as pleasant.

The problem: Changes in sexual behavior during pregnancy are closely related to parity and gestational age being reported that at the beginning of pregnancy some women enjoy sex more and increase their interest in him wanting him more often. However, other women experience decreased sex drive and this is often due to nausea, bloating, breast pain and other own changes of pregnancy.

To determine whether pregnancy influences the sexual relations of pregnant women attending the health center San Joaquin - Ica November 2015 to January 2016.

Material and methods: non-experimental, descriptive, transversal and prospective in 120 pregnant women who attended the Health Center San Joaquin Research.

Conclusions: Pregnancy influences the coital frequency of women attending the health center San Joaquin - Ica November 2015 to January 2016. Increasing the frequency in those with up to 3 times in the second half of pregnancy and decreasing those that are 3 times more in the second half of pregnancy. No pregnancy significantly influences the sexual satisfaction of women who come to the health center San Joaquin - Ica November 2015 to January 2016. No pregnancy significantly influences the sexual initiative of women who come to the health center San Joaquin - Ica November 2015 to January 2016

KEY WORDS: COITAL RELATIONS PREGNANCY.

	Pág.
ÍNDICE	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2 Delimitación de la investigación.....	10
1.3 Formulación del problema	11
1.3.1 Problema principal	11
1.3.2 Problemas secundarios.....	11
1.4 Objetivos de la investigación.....	11
1.4.1 Objetivo principal	11
1.4.2 Objetivos específicos	11
1.5 Hipótesis y variables de la investigación	12
1.5.1 Hipótesis General.....	12
1.5.2 Hipótesis Específicas.....	12
1.5.3 Hipótesis Nula.....	12
1.5.4 Variables.....	12
1.5.4.1 Variable independiente.....	12
1.5.4.2 Variable dependiente.....	12
1.5.5 Operacionalización de las variables.....	13
1.6 Diseño de la investigación	14
1.6.1 Tipo de investigación	14
1.6.2 Nivel de investigación	14
1.6.3 Método	14
1.7 Población y muestra de la investigación	14
1.7.1 Población	14
1.7.2 Muestra	14
1.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
1.8.1 Técnica	15
1.8.2 Instrumento	15
1.9 Ética de la investigación	15
1.10 Justificación e importancia de la investigación.....	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	17
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Marco conceptual.....	39

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1	RESULTADOS	41
3.2	DISCUSIÓN	47
3.3	CONCLUSIONES.....	49
3.4	RECOMENDACIONES.....	50
	Fuentes de información	51
	Anexos	53
	Matriz de consistencia	54
	Contrastación de Hipotesis.....	55
	Instrumento	61

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la educación sexual es la gran olvidada. La mayoría de expertos coinciden en que se necesita una educación sexual de calidad, sin embargo existe mucha información y muy poca formación.

Hoy día son abundantes las publicaciones que hacen referencia a la sexualidad, sin embargo, siguen existiendo determinados aspectos en los que la información de la que disponemos aún es escasa y la concepción generalizada en estos casos resulta preocupantemente difusa. Un claro ejemplo de ello tiene que ver con la sexualidad durante el período gestacional. El embarazo sigue siendo una etapa en que la sexualidad parece que no exista, no se habla ni se informa, y ello genera muchas veces incertidumbre y ansiedad, también por no saber dónde preguntar e informarse.

El período que abarca el embarazo resulta una de las etapas más importantes para toda mujer, durante el que se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad. El embarazo es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen nuevos sentimientos y emociones, a veces, ambivalentes, tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia. Supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo.

Durante el embarazo, el deseo sexual de la pareja puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible. Generalmente, la gestante puede reaccionar de dos maneras. Hay embarazadas que se sienten más femeninas y viven el embarazo desde la sensualidad y, otras, sin embargo, el cansancio del sobrepeso, la angustia y las hormonas provocan una disminución del deseo. La influencia de estas hormonas en senos y órganos sexuales pueden hacer que aumente la sensibilidad e influya, así, positiva o negativamente.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social.¹

La sexualidad en la mujer embarazada trae una serie de cambios por su condición que ocasiona múltiples molestias y dificultades para el desarrollo del sexo con su pareja, conociendo que este fenómeno se dará en un periodo de 9 meses es que puede traer problemas de pareja en desmedro de las relaciones por lo que, en este estudio se aborda los problemas que presenta o percibe la gestantes durante su gestación en relación al desarrollo del sexo con su pareja a fin de poder abordar consejos que faciliten y mejoren esta actividad necesaria en todo ser humano incluso durante su gestación.

1.- Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Guías en salud sexual y reproductiva

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Los cambios en el comportamiento sexual durante el embarazo guardan relación estrecha con la paridad y la edad gestacional reportándose que al inicio de gestación algunas mujeres disfrutaban más el sexo e incrementan su interés hacia él deseándolo con más frecuencia. Sin embargo, otras mujeres experimentan disminución del apetito sexual y esto se debe con frecuencia a náuseas, inflamación, dolor de senos, fatiga y otros cambios propios del embarazo.

El embarazo es una situación compleja de estrés psicológico durante la vida de una mujer y su familia; el cual, por lo general, ocasiona preocupación en relación con la salud de la madre y del niño. Este estrés físico y emocional parecería influir en la sexualidad y en las actitudes relacionadas.

Cuando el embarazo llega a la parte intermedia, muchas mujeres reportan aumento de las sensaciones eróticas y más interés en el sexo; esto puede explicarse en parte a los cambios fisiológicos del embarazo, incluyendo aumento de vascularización pélvica y vasocongestión que permite formar una plataforma orgásmica eficaz.

Durante el último trimestre el interés sexual tiende a decrecer debido a los cambios propios del embarazo. Además, la actitud hacia el sexo, en este periodo se ve influida fuertemente por medios que pueden aparecer o persistir en diferentes grados en la pareja. El más común es el temor a que con las relaciones coitales se desencadenen un parto prematuro. A esto se suman las dificultades físicas que conlleva el acto sexual en sí, debido al volumen del vientre materno. Por desconocimiento del tema es causa frecuente de abstinencia, ya para muchas parejas resulta difícil encontrar una posición cómoda para tener relaciones coitales.

Los temores, prejuicios o creencias también son señalados como factores que influyen en la actitud que presenta la gestante hacia el sexo.

Los cambios en la imagen de la mujer condicionan que muchas gestantes se consideran sexualmente poco atractivas para su pareja mientras que otras no están muy conformes con su nueva apariencia o imagen.

Son diversos los motivos que condicionan variación de la conducta sexual durante la gestación. Razones biológicas como sociales, entre las primeras se encuentran los temores por sensaciones desagradables leves como contacto sexual doloroso, irritación del periné y la vulva, lubricación vaginal insuficiente y contracciones uterinas normales durante el orgasmo.²

Si bien se considera que las relaciones coitales resultan psicológicamente beneficiosas para la embarazada y su pareja y que no causan daños físicos. Muchas parejas desconocen si las relaciones coitales perjudicaran al feto, inducirán el trabajo de parto o causaran un aborto; mientras que por otro lado ignoran también si el interés sexual es normal y aceptable durante la gestación.

Muchas de las pacientes refieren cambios en su vida sexual producto de su embarazo por lo que es beneficioso conocer en qué medida se produce estos cambios y cuáles son los cambios más frecuentes en su vida sexual que serviría para tener en cuenta en el momento de socializar con la gestante.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial:

El ámbito formal donde se realizó el análisis y estudio fue en el Centro de Salud San Joaquín.

Delimitación temporal:

Se realizó durante los meses de noviembre del 2015 y culminó en enero 2016.

Delimitación social:

La investigación se realizó a todas las gestantes que acudieron a su control prenatal en el Centro de Salud San Joaquín.

Delimitación conceptual:

La investigación se orienta a explicar si influye el embarazo en las relaciones coitales.

2.- World Health Organization [sede Web]. WHO; 2014. Sexual and reproductive health.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema principal

¿Influye el embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al Centro de Salud San Joaquín Ica - noviembre 2015 a enero 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Influye el embarazo en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016?

¿Influye el embarazo en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016?

¿Influye el embarazo en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

✓ Determinar si influye el embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Establecer si influye el embarazo en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

✓ Establecer si influye el embarazo en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

✓ Establecer si influye el embarazo en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

- ✓ Existe relación significativa entre el embarazo y las relaciones coitales durante el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- ✓ Existe influencia del embarazo en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.
- ✓ Existe influencia del embarazo en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.
- ✓ Existe influencia del embarazo en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al Centro de Salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

1.5.3 HIPÓTESIS NULA

- ✓ No existen variaciones en las relaciones coitales durante el embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

1.5.4 VARIABLES

1.5.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✓ Embarazo

1.5.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- ✓ Relaciones coitales

1.5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Embarazo	Estado de la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Edad gestacional expresada en semanas.	Independiente	Nominal	Semana gestacional <ul style="list-style-type: none"> • I mitad, primeras 20 semanas. • II mitad, últimas 20 semanas. 	Cuestionario	Gestante
Relaciones Coitales	Es el conjunto de comportamientos que realiza el hombre y la mujer con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual.	Características experimentadas por el hombre y la mujer cuando se realiza el acto sexual.	Dependiente	Nominal	-Frecuencia coital -Satisfacción sexual -Iniciativa sexual	Cuestionario	Gestante

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Básica

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Explicativa

1.6.3 MÉTODO

Inductiva, no experimental y prospectiva.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

De acuerdo a las características de la población objetiva y considerando el tiempo en el cual se ejecutará el estudio, se considera a la población como el número de gestantes encuestadas en un lapso de dos meses siendo 143 gestantes.

1.7.2 MUESTRA

Se tomó como muestra a 120 gestantes de la población total por ser suficientemente representativa para los cálculos estadísticos efectuados posteriormente.

Criterios de inclusión

- Gestante del I, II y III trimestre.
- Gestante controlada.
- Gestante que acepte voluntariamente participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Gestante con indicación de restricción de relaciones coitales.
- Gestante con pareja sexual que no conviva diariamente con ella por motivo de trabajo o viaje.
- Gestante abandonada por su pareja.

1.8 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento realizado con el propósito de recabar la información necesaria para el logro de los objetivos de una investigación fue la encuesta, con esta técnica de recolección de datos da lugar a establecer

contacto con las unidades de observación por medio del cuestionario previamente establecido.

1.8.1 TÉCNICA

Encuesta.

1.8.2 INSTRUMENTO

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

1.9 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Se tomaron en cuenta los lineamientos de ética para las investigaciones, haciendo énfasis en el manejo responsable de datos en forma confidencial y anónima.

Autonomía: Las gestantes fueron informadas adecuadamente del objetivo de la investigación y del porque se le aplica el instrumento. No existió presión, lo que significa que la gente puede ejercer su derecho de negarse o no, a participar en la investigación.

Beneficio: La investigación prioriza la orientación a las gestantes para que se beneficien conociendo la importancia de cómo debe ser la atención en el control prenatal. El estudio descarta absolutamente algún tipo de presión o daño a la gestante.

Justicia: El estudio garantiza su aplicación sin ningún tipo de condicionamiento ni represalias con las gestantes sujetas a investigación. Los datos e información recolectada tienen un alto grado de confidencialidad.

1.10 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El Centro de Salud San Joaquín, entidad dependiente del Ministerio de Salud, es un establecimiento de salud que ofrece atención a la mujer durante su embarazo controlando su gestación. Son numerosas las gestantes que acuden a este centro a controlar su embarazo, en quienes prima la preocupación por las modificaciones propias de su gestación sobre todo en la esfera sexual, de allí el interés y la motivación del presente trabajo.

El embarazo representa un periodo de cambios importantes para la pareja a los que se deben adaptar juntos. Esto dependerá de la información que tengan acerca del proceso del embarazo. También de la

calidad de su relación como pareja, de la carga laboral, de los problemas económicos, de la salud de la mujer o de la planificación del embarazo.

La investigación se realiza por que no existe estudios sobre si influye el embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al Centro de Salud San Joaquín Ica - 2015, a pesar de su gran importancia.

La importancia de la realización del presente trabajo de investigación es que permitirá una visión más amplia y clara de la variación de las características de la actividad sexual durante el embarazo, frente a la cual nosotros como futuros profesionales de salud tendremos que luchar contra la desinformación, proporcionar una reafirmación de la normalidad y sugerir comportamientos alternativos, todo esto teniendo en cuenta que muchas mujeres lo único que necesitan es confianza para poder expresar su sexualidad durante el embarazo, mientras que otras sin embargo necesitan información sobre los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el embarazo y poder combatir los mitos que se asocian con el sexo durante este periodo y lograr un cambio de actitud en la gestante y su pareja.

Relevancia teórica. -Conocer las ideas que las gestantes tienen del sexo durante su gestación incluyendo la influencia de la pareja, lo que nos dará las causas de algunas modificaciones en la sexualidad de la gestante.

Relevancia práctica. -Al conocer las causas físicas, psíquicas, o culturales de los cambios en la sexualidad durante la gestación se puede orientar las soluciones de esta problemática a fin de contribuir a un mejor desarrollo del sexo durante la gestación.

Relevancia metodológica. -La investigación se rige a un diseño que puede servir de modelo para otros estudios en realidades diferentes con idiosincrasias diferentes que pueden ser comparadas con los resultados obtenidos en esta investigación.

Relevancia social. -El eliminar algunos tabúes y brindar consejos sobre una adecuada sexualidad durante la gestación puede contribuir a preservar la unión de la pareja y llevar una gestación más placentera e íntima.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Sacomori C, Cardoso F. 2008 Prácticas sexuales de gestantes brasileñas - Brasil.

Investigación retrospectiva y no probabilística que tuvo como participantes 138 mujeres en el período post-parto inmediato de Florianópolis, Brasil. Resultados: La práctica del coito vaginal fue gradual y significativamente menos realizada a lo largo de la gestación (Cochran's Q=31,86; p<0,001), así como las prácticas de masturbación (Cochran's Q=9,42; p=0,024), ser masturbada (Cochran's Q=31,04; p<0,001), masturbar a la pareja (Cochran's Q=14,39; p=0,002), felación (Cochran's Q=25,84; p<0,001), cunilingus (Cochran's Q=30,70; p<0,001), sexo oral mutuo (Cochran's Q=36,37; p<0,001) y penetración anal (Cochran's Q=25,59; p <0,001). Ninguna de las participantes hizo uso de vibrador. Conclusiones: El período gestacional afecta las proporciones de realización de las prácticas sexuales, en cuanto que la variación de los resultados en relación a los otros estudios puede ser debida a los aspectos culturales.³

Piñero S, Alarcos G, Arena M, Jiménez V, Ortega E, Ramiro M. 2010. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo, Badajoz.

Nuestro estudio se realizó a un total de 103 participantes. La muestra se dividió en los 3 trimestres de embarazo. Resultados: El interés sexual permanece constante durante el primer y segundo trimestre, disminuyendo en el tercero. En general las relaciones sexuales sufren una disminución a lo largo del embarazo siendo más marcadas en el tercer trimestre, aunque prácticamente todas se encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual, sin olvidar que una parte de las encuestadas aumenta su interés y mejora su vida sexual.

3.- Sacomori, C. Cardoso, F. 2008 - Brasil. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas

Debemos incidir en la importancia de una mayor educación sexual durante este periodo por personal sanitario cualificado.⁴

Mauco S. 2011. Comportamiento Sexual de la Embarazada Veracruz México.

Resultados: El 55.7% manifestó haber tenido una frecuencia sexual media en promedio, 53.4% mono orgásmico, 44.3% un nivel medio de apetito sexual, el estudio puso de manifiesto el bajo nivel de conocimiento en sexualidad durante el embarazo de los estudiados.⁵

García S, Duarte L, Mejías M. 2015. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Sevilla España.

Resultados: Al 60% de las mujeres del estudio le ha afectado el embarazo a su vida sexual. El trimestre que ellas creen que pueden disfrutar más del sexo, en un primer cuestionario el 62.5% contestaron que, en el segundo, después de implantar el programa, el 95% dieron esa respuesta. Entre las diferentes técnicas sexuales que existen, el 87.5% la conocían en un principio, después de realizar nuestro programa el porcentaje aumentó a un 97.4%. En cuanto a los beneficios de los ejercicios de Kegel, en un primer cuestionario tan sólo el 25% sabían la respuesta correcta, mientras que más tarde aumentó a un 85% y su práctica era realizada un 12.5% antes de la intervención, y después un 40%. Después de aplicar nuestro programa específico se notaron algunas mejoras en el nivel de conocimientos y actitudes sexuales, aunque debido probablemente a la pequeña muestra utilizada no se han encontrado resultados estadísticamente significativos salvo en una variable (práctica de Kegel).⁶

4.- Piñero Navero, S. Alarcos Merino, G. Arenas Orta, M. Jiménez Iglesias, V. Ortega Ballesteros, E. Ramiro

Figueroa, M. 2010 Badajoz. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo.

5.- Mauco Corrales S. en Comportamiento Sexual de la Embarazada Veracruz México. 2011

6.- García González, S. Duarte González, L. Mejías Paneque, M.C. 2012, Sevilla España. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas.

García M. 2014. Sexualidad en el periodo gestacional. Cádiz, Andalucía España.

Realizaremos un seguimiento a la semana postparto y a los 6 meses. Recomendamos llevar a cabo una psicoprofilaxis prenatal, en una modalidad que incorpore, informe, eduque y entrene a mujeres y varones, para disfrutar de un embarazo y una vida sexual placentera. Este tipo de programas son de fácil implantación, de bajo coste y tendrían considerables beneficios. Promocionaríamos la salud de la embarazada y su pareja, reduciendo el riesgo de aparición de disfunciones sexuales y mejorando su calidad de vida.⁷

Soria B. 2012 Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. España.

Objetivos: Estudiar la actividad sexual de la mujer durante la gestación y el puerperio. Analizar la existencia de educación sexual hacia la mujer durante estas etapas. Método: La muestra estaba compuesta por 74 mujeres, 19 gestantes y 55 puérperas. Conclusiones: Tras observar significativas modificaciones en la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio en las áreas de la sexualidad estudiadas destacamos la importancia de una buena educación sexual para afrontar una salud sexual plena.⁸

Scope L. 2010 Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui Escuela de Ciencias de la Salud. Barcelona.

Resultados: El 90% de las gestantes refirieron ejercer la función sexual durante el embarazo. Antes de su embarazo las pacientes manifestaron tener una frecuencia sexual alta (52,5%); un deseo sexual medio (37,5%) y un patrón del ciclo sexual mono orgásmico (70%). Durante el embarazo la frecuencia sexual disminuyó progresivamente de un nivel medio durante el primer trimestre (46,25%), hasta el cese de toda actividad sexual durante el tercer trimestre (36,25%); igualmente el nivel de deseo sexual fue bajo a lo largo de los tres trimestres de gestación y el patrón del ciclo sexual fue mono orgásmico (50,99%). El miedo a ejercer la función sexual se presentó en 63,75% de las gestantes. Se determinó que el embarazo modifica la conducta sexual de las mujeres, altera el deseo sexual y hace más difícil la obtención del orgasmo en la medida que avanza el estado gestacional.⁹

7.- García Romero, María. 2014, Cádiz, Andalucía. Sexualidad en el periodo gestacional.

8.- Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro

Figuroa MJ.1 Averiguaron sobre Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo 2010.

9.- Scope Byer L. Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas.

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Valencia Á, 2015. Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al centro de salud Carlos Cueto Fernandini, Perú.

Resultados: La práctica sexual más frecuente en las gestantes del I trimestre son besos y caricias (62%), relaciones coitales vaginales (55%) y manipulación de zonas excitables (34.3%), en las gestantes del II trimestre son las relaciones coitales vaginales (60.1%) y los besos acompañados de caricias (25.7%), en las gestantes del III trimestre son las relaciones coitales (51.6%) y los besos con caricias (41.9%). El 69% de las gestantes del I trimestre de gestación prefieren como prácticas sexuales los besos con caricias, y el 30.8% la manipulación de zonas excitables, el 45.7% de las gestantes que cursan el II trimestre de gestación optan por las relaciones sexuales vaginales y el 40% por los besos con caricias, al igual que las gestantes del III trimestre quienes prefieren las relaciones coitales vaginales (48.4%) y los besos con caricias (41.9%). Respecto a las posiciones sexuales, el 69% de las gestantes del primer trimestre prefiere la posición del hombre encima o denominada “misionero” y el 27.5% prefiere la penetración de lado. El 34.3% de las gestantes que cursan el II trimestre optan por la posición de penetración desde atrás y el 31.5% la pose de penetración de lado. Así mismo el 45.1% de las gestantes del III trimestre prefieren la pose sexual de penetración de lado y el 35.5% la penetración vaginal desde atrás. Referente a las variantes sexuales, en las gestantes del I trimestre el 27.5% realiza la masturbación mutua y el 20.7% sexo oral hacia la pareja, en el II trimestre el 28.6% realiza la masturbación mutua y el 17.1% realiza sexo oral hacia la pareja, en el III trimestre el 26% opto por las relaciones orales hacia la pareja.¹⁰

Vásquez J, Meza G. 2011 Revisaron las Relaciones sexuales y gestación Hospital Regional de Loreto

Resultados: El 92,4% inició sus relaciones sexuales antes de los 20 años. El 59,6% tuvo más de 2 relaciones al mes durante la primera mitad del embarazo y sólo el 34,6% durante la segunda mitad. El 87,3% disminuyó su frecuencia de relaciones sexuales respecto a su etapa pregravídica y el 70% presentó disminución de la libido; 17,7% tenía miedo de dañar al feto con las relaciones sexuales.

10.- Valencia García Á. 2015, Perú. Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al centro de salud Carlos Cueto Fernandini.

En la segunda mitad del embarazo el 41% prefirió la posición de costado y el 12,7% practicó la felatio y el cunnilingus. El 41,2% contestó que su orgasmo había disminuido. El 24,6% reconoció que se masturbaba durante la gestación. El 11,5% tuvo su última relación sexual dentro de la semana antes del parto y el 17,7% dentro del mes antes del mismo. Conclusiones: durante el embarazo disminuyen la libido, la frecuencia de relaciones sexuales y el orgasmo. También existen cambios de posición en la segunda mitad de la gestación. ¹¹

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron investigaciones similares en las bibliotecas de la región.

11.- Vásquez, J; Meza Sanchez, G. Relaciones sexuales y gestación Hospital Regional de Loreto 2011

2.2 BASES TEÓRICAS

SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La sexualidad es una dimensión humana esencial, las personas somos sexuadas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Entendemos la sexualidad como una capacidad que nos proporciona placer y bienestar. El asumir la sexualidad como un derecho nos ayuda a desarrollar habilidades sexuales y habilidades para enamorarnos, para buscar pareja y para conservarla.

La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y de procrear de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones coitales, así como la posibilidad de tener relaciones coitales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia".

La salud reproductiva hace referencia, según la OMS, a un estado general de bienestar biopsicosocial en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

CONDUCTA SEXUAL

La conducta sexual por ser fundamentalmente aprendida, brinda la posibilidad de realizar cambios. Siendo los roles sexuales una de sus manifestaciones más importantes, pudiendo modificarse de tal forma que permitan un mejor desarrollo y expresión plena de las capacidades del ser humano, independientemente del sexo que tenga. La respuesta sexual humana está determinada por una interacción delicada entre la psicología y la fisiología.

Desde tiempos pasados, el embarazo ha sido considerado como el acmé del desarrollo psicosexual femenino. Sin embargo, para que sea considerado como un evento positivo en el proceso de maduración de la mujer se requiere desarrollo emocional saludable durante los años formativos, adecuada educación sexual, un ajuste marital satisfactorio y un deseo genuino de tener un niño.

El embarazo es un estado psicológico que alerta la conducta sexual de la mujer esta respuesta sexual se encuentra influenciada por diversos factores psicosociales, culturales y obstétricos entre los cuales se puede mencionar: la vida sexual previa de la pareja, experiencias individuales, dificultad para lograr el embarazo, experiencias de embarazos previos, capacidad de comunicación de la pareja.¹²

Así mismo se menciona que el embarazo es una situación compleja de estrés psicológico durante la vida de una mujer y su familia; el cual, por lo general, ocasiona preocupación en relación con la salud de la madre y del niño. Este estrés físico y emocional parecería influir en la sexualidad y en las actitudes relacionadas.

Cuando el embarazo llega a la parte intermedia, muchas mujeres reportan aumento de las sensaciones eróticas y más interés en el sexo; esto puede explicarse en parte a los cambios fisiológicos del embarazo, incluyendo aumento de vascularización pélvica y vasocongestión que permite formar una plataforma orgásmica eficaz.

Durante el último trimestre el interés sexual tiende a decrecer debido a los cambios propios del embarazo. Además, la actitud hacia el sexo, en este periodo se ve influida fuertemente por medios que pueden aparecer o persistir en diferentes grados en la pareja. El más común es el temor a que con las relaciones coitales se desencadenen un parto prematuro. A esto se suman las dificultades físicas que conlleva el acto sexual en sí, debido al volumen del vientre materno. Por desconocimiento del tema es causa frecuente de abstinencia, ya para muchas parejas resulta difícil encontrar una posición cómoda para tener relaciones coitales.

12.- Moleró Rodríguez F. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Instituto de sexología de Barcelona 2009

Los temores, prejuicios o creencias también son señalados como factores que influyen en la actitud que presenta la gestante hacia el sexo. Los cambios en la imagen de la mujer condicionan que muchas gestantes se consideran sexualmente poco atractivas para su pareja mientras que otras no están muy conformes con su nueva apariencia o imagen.¹³

Son diversos los motivos que condicionan variación de la conducta sexual durante la gestación. Razones biológicas como sociales, entre las primeras se encuentran los temores por sensaciones desagradables leves como contacto sexual doloroso, irritación del periné y la vulva, lubricación vaginal insuficiente y contracciones uterinas normales durante el orgasmo. Si bien se considera que las relaciones sexuales resultan psicológicamente beneficiosas para la embarazada y su pareja y que no causan daños físicos. Muchas parejas desconocen si las relaciones sexuales perjudicaran al feto, inducirán el trabajo de parto o causaran un aborto; mientras que por otro lado ignoran también si el interés sexual es normal y aceptable durante la gestación.

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA VIDA SEXUAL

Los cambios en el comportamiento sexual durante el embarazo guardan relación estrecha con la paridad y la edad gestacional reportándose que al inicio de gestación algunas mujeres disfrutan más el sexo e incrementan su interés hacia el deseándolo con más frecuencia. Sin embargo, otras mujeres experimentan disminución del apetito sexual y esto se debe con frecuencia a náuseas, inflamación, dolor de senos, fatiga, el aumento de peso y de volumen, el crecimiento del abdomen, la alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, la hiperflexibilidad de las articulaciones (el sacro ilíacas y los huesos pelvianos para poder aumentar la capacidad de la pelvis y facilitar el parto) y otros cambios propios del embarazo.

En primer lugar nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, que impide adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Conforme este aumenta se va produciendo una protrusión de las costillas inferiores y elevación de unos 4 cm del diafragma, que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea. Este crecimiento también

13.- Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada

influye sobre el sistema cardiovascular, ya que se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho.

El sistema cardiovascular también cursa con otras alteraciones como son el aumento del gasto cardíaco (para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto), una reducción de la resistencia vascular sistémica, y un ligero descenso en la presión arterial media, debido a la dificultad para el retorno venoso en miembros inferiores y por compresión del útero sobre la vena cava inferior. Estos cambios pueden influir de forma negativa en la vida sexual de la pareja provocando, sobre todo, cansancio y somnolencia.

También, se produce un aumento del flujo sanguíneo, lo que provoca mayor sensibilidad genital y mamaria, mejorando, así, el placer en los encuentros sexuales y haciéndolos mucho más agradables, alcanzando el clímax más fácilmente.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvico-ureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. Esta infección genital en uno o ambos conyugues contraindicaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o parto prematuro. También, nos encontramos que al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones.

Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico a causa de varios factores como el incremento del peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos debido a los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en el momento del parto.

En la vagina se produce un aumento de lubricación y un aumento de sensibilidad, debido a la existencia de una mayor vascularización que se traduce en una mayor congestión, una mucosa que cambia a una tonalidad más violácea y un cambio a nivel del flujo que puede variar en textura y cantidad con un pH más ácido, posiblemente para protegerla de posibles infecciones.

Las mamas también sufren cambios espectaculares, cambios que en algunas ocasiones empiezan de forma muy temprana, incluso desde el momento de la primera falta de menstruación. Se produce un aumento de tamaño y de firmeza, las areolas se agrandan y oscurecen. Aparecen e ellas los tubérculos de Montgomery (que son glándulas sebáceas alargadas) cuya finalidad es lubricar la areola y los pezones. La piel se estira y deja traslucir los vasos sanguíneos. La capacidad eréctil de los pezones, aumenta y en definitiva se muestran mucho más sensibles.

Por último, nombraremos las alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma (también llamado melasma o máscara del embarazo), así como la línea de alba y el oscurecimiento de las areolas debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. También pueden aparecer, dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer, estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso. Estos cambios pueden hacer sentir a la mujer poco atractiva y sensual para su pareja, por lo que también repercutiría en su vida sexual de manera importante. Durante el embarazo la mujer puede tener una sintomatología que en el caso de que aparezca va a influir de forma negativa en su actividad diaria e inevitablemente en su vida sexual.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES DURANTE LA GESTACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA VIDA SEXUAL

El embarazo es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen nuevos sentimientos y emociones, a veces, ambivalentes, tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia. Supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo.

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja al verla con unos kilos de más, la vea poco atractiva.

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos.

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que

la mujer se olvide de su rol de seductora y seducida y su pareja deje de verla como una amante.

Es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual de sus miembros.

Por otro lado, el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad.

También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo. La edad de la gestante y las expectativas son fundamentales.

No es lo mismo una embarazada adolescente con un embarazo no deseado, que una mujer adulta que ansía su primer hijo, o una mujer múltipara que un nuevo embarazo significa una carga añadida. Como tampoco es la misma situación cuando hablamos de parejas que se embarazan tras años de estrés por esterilidad.^{14, 15}

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL QUE SE PRODUCEN DURANTE EL EMBARAZO

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y se inician precozmente.

Dichos cambios son muy variables y están condicionados por los aspectos planteados anteriormente (cambios fisiológicos de la gestante, cambios psicológicos de la pareja y situaciones más relacionadas con aspectos más sociales).

14.- Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos.

15.- García S, Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enfermería Global 2012.

Pero sí que podemos hablar a grandes rasgos de algunas características comunes según la edad gestacional.

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para algunas la gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales.¹⁶

Primer trimestre

En los primeros tres meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante el embarazo y a asumir su nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, grandes y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja.

Debe tenerse presente que 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.

El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores, pero sí parece coincidente que el primer trimestre de embarazo habitualmente se acompaña de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante.

Como hemos visto anteriormente, un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en esta etapa del embarazo. Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor.

Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios.

16.- Carballo Vizcaíno, C. Sexualidad y disfunciones sexuales más frecuentes en ginecología y obstetricia. Parainfo Digital 201

Durante este período puede influir en el deseo sexual el miedo al aborto, el cansancio, el sueño y la labilidad emocional, pueden hacer disminuir su deseo sexual.

Durante el primer trimestre del embarazo se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual.

Los cambios del cuerpo pueden hacer dolorosa la estimulación, como ocurre con la vasocongestión mamaria (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumenta a medida que avanza la gestación). Esto se hace evidente desde los primeros meses y toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada.¹⁷

Segundo trimestre

Ya se siente más tranquila, su embarazo evoluciona favorablemente y esto hace que sea la etapa de mayor deseo sexual

Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado.

Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.

En el segundo trimestre el 80 % de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física, se han reportado orgasmos en mujeres previamente anorgásmicas durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas.¹⁸

17.- Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. 2011. Universidad de Almería Facultad de Ciencias de la Salud.

18.- Zamberlin N. Tu cuerpo, tu sexualidad, tu derecho. Guía sobre salud sexual y reproductiva. Fondo de Población de Naciones Unidas, 2007. San Martín 674, 5º B, C1004AAN Buenos Aires, República Argentina

Tercer trimestre

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital 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.¹⁹

Específicamente se piensa que, durante el último trimestre del embarazo, se pierde interés sexual en las féminas por su apariencia física, o por temor a dañarlas, lo que hace que disminuya la libido.

Es imposible desde luego generalizar sobre el deseo sexual durante el embarazo, a causa del carácter altamente individualizado y personalizado de la sexualidad humana; sin embargo, está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación.

Hay autores que plantean como causa de parto prematuro el exceso de relaciones coitales durante la gestación. Estudios realizados plantean que durante el orgasmo femenino se libera oxitocina (sustancia química que se libera en la hipófisis materna en las últimas semanas del embarazo), y se dice que los efectos combinados de la oxitocina y las contracciones uterinas de orgasmos intensos y prolongados pueden ser lo suficientemente poderosas como para empezar al parto en forma prematura.²⁰

19.- Alcolea Flores S. Hospital Universitario de Ceuta. Guía de cuidados en el embarazo 2011. Colección Editorial de Publicaciones del INGESA

20.- Contreras I. Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas. Barcelona; 2010.

Aunque no todos los autores están de acuerdo, se especula con la posibilidad de que el orgasmo en el tercer trimestre del embarazo pueda estar relacionado con algunos casos de partos prematuros, clínicamente parece que el orgasmo femenino, avanzado ya el tercer trimestre de la gestación, puede motivar en ocasiones el inicio del trabajo de parto, o por lo menos tener una íntima asociación temporal con él.²¹

BENEFICIOS DEL SEXO DURANTE EL EMBARAZO EN LA PAREJA

El afecto y la armonía en la convivencia es fundamental para la futura mamá, especialmente en un estado de alteración hormonal y de importantes cambios en su cuerpo. También fundamental para el papá, que participa de los temores y alegrías del embarazo y su futura paternidad. Y el afecto es fundamental para el bebé, ya que tendrá el agradable estado de cariño y tranquilidad que su madre le transmite.

Además, para la futura mamá existe una gratificante sensación psíquica tras el acto sexual, que también percibe el feto. El sexo durante el embarazo es placentero para los bebés, ya que en el útero los pequeños están mejor oxigenados gracias a la mayor afluencia de riego sanguíneo durante el coito.

También podemos hablar de un agradable balanceo dentro del útero debido a los movimientos. Incluso, algunos estudios afirman que las mamás que mantuvieron relaciones sexuales frecuentes durante la gestación tienen bebés más seguros, tranquilos y felices.

Al final del embarazo, mantener relaciones sexuales puede resultar un ejercicio estupendo de preparación para el parto, ya que las contracciones vaginales debidas al orgasmo facilitarán el trabajo del parto y preparan al cuerpo para aliviar el dolor.

Además, si se produce la eyaculación intravaginal, tenemos que las prostaglandinas, unas sustancias presentes en el semen, también favorecer la contracción de la musculatura del útero.

21.- Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [revista en Internet] 2013

El sexo durante esta etapa es más usual y en muchas ocasiones más placentero de lo que se cree comúnmente. Muchas veces oímos hablar de que el embarazo es un buen afrodisiaco. Sobre todo en los primeros meses, por la irrigación sanguínea que dotan de mayor sensibilidad a la zona genital de la mujer.

Aumenta el flujo vaginal, por lo que la vagina se vuelve más sensible y está mejor lubricada.

Otra razón podría ser que la gestante está más desinhibida, igual que cuando se buscaba el bebé, porque se olvidan métodos anticonceptivos. El sexo es más relajado y espontáneo, aunque hemos de recordar que si la pareja no es estable se debe seguir usando preservativo para prevenir posibles infecciones de transmisión sexual.

Al mismo tiempo, el efecto de los estrógenos en los cambios en el cuerpo de la mujer puede resultar tanto a ella como a su pareja una nueva "fuente inspiración" y placer. Por ejemplo el aumento en el tamaño de los pechos puede resultar muy erótico.²²

CONTRAINDICACIONES DE LAS RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO

Se pueden mantener relaciones coitales durante el embarazo siempre y cuando no haya alguna complicación específica que las desaconseje como:

- ✓ Antecedentes de abortos espontáneos repetidos.
- ✓ Sangrado activo a través de la vagina en el embarazo actual.
- ✓ Diagnósticos precisos de actividad uterina precoz (contracciones antes de lo normal).
- ✓ Amenaza de aborto o aborto en evolución.
- ✓ Inserción baja de placenta.
- ✓ Amenaza de parto prematuro.²³

22.- EVA PARIS. El sexo durante el embarazo. Bebes y más. 16 jun. 2008

23.- Garcia M. Sexualidad en el periodo gestacional. Universidad de Cadiz.

MITOS Y MIEDOS DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

Algunas parejas suelen experimentar temor de dañar al bebé durante el coito, otras se pueden sentir inhibidas por los movimientos fetales, otras preocupadas por generar un prematuro nacimiento. Lo cierto es que, la desinformación sumada a la presencia de múltiples prejuicios culturales que se han transmitido a lo largo de todos los tiempos como verdades absolutas, consideran muchas veces a la embarazada como un ser “asexual”, sólo al servicio de la procreación. Años atrás, se aceptaba que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso inmoral e indecente.

Los tabúes, los prejuicios, la desinformación y muchas veces el desconocimiento alrededor de este tema, han llevado a que se especule o se trate de forma equivocada y no se informe bajo criterios científicos, dado que, tal como hemos comentado, la investigación es escasa.

El embarazo también ha servido como excusa para evitar relaciones coitales cuando existen dificultades previas.

Si hay buena relación de pareja, aumenta la vinculación y la complicidad entre ella y fomenta la participación activa de la pareja en el proceso del embarazo.²⁴

ALGUNAS POSICIONES RECOMENDADAS SON:

De lado: La mujer se tumba de lado y el hombre detrás de ella, sujetando con el torso parte de su peso. Él la penetra desde atrás levantándole, si es necesario, una pierna con la mano para facilitar el acto. Así no hay presión sobre el abdomen de la mujer y, además, él puede acariciarle los pechos.

Cara a cara: La mujer se coloca encima del hombre, en posición supina y así es capaz de controlar el ritmo y la profundidad de la penetración. Aunque parezca una postura cansada para una embarazada de más de cinco o seis meses, no lo es tanto: el hombre puede usar sus muslos y rodillas de respaldo para que la mujer esté cómoda y se concentre plenamente en los movimientos vaginales.

24.- Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. 2012

Sentados: El hombre se sienta abajo y ella sobre él, con las piernas abiertas, se introduce el pene. Si el embarazo está muy avanzado, la mujer puede sentarse de espaldas.

Perrito: Los adictos a esta postura pueden practicarla durante los dos primeros trimestres de embarazo, teniendo cuidado en colocar unas almohadas bajo el vientre de ella, para que no se vea obligada a hacer tanto esfuerzo.

En la buena vida sexual de la embarazada solo debe de tomar en cuenta que el movimiento brusco y la penetración profunda no son adecuados durante esta etapa. Además, la excitación que se produce en el tercio externo de la vagina, donde están todas las terminaciones nerviosas, es suficiente para lograr un orgasmo, porque es la parte más sensible del órgano femenino.^{25 26}

SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y PERSONAL SANITARIO

Frecuentemente, la sexualidad ha sido ignorada en la comunicación entre la embarazada y el obstetra.

El cuidado del embarazo es un programa fundamental de prevención y de promoción de la salud en nuestro sistema sanitario. Todas las acciones sanitarias van encaminadas a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida con mucha frecuencia, cada vez menos, la información sobre la sexualidad en el embarazo.

Muchas veces la información que recibe la embarazada es una información imprecisa que es susceptible de malas interpretaciones, siendo fácil caer en periodos arbitrarios de abstinencia.

No podemos obviar la falta de formación de los profesionales, sobre estos temas que han estado ausentes de los programas formativos, la escasez de estudios de referencia, la no sistematización en el protocolo de la gestante e informar sobre la sexualidad y evidentemente de las dificultades personales que cada profesional tenga para poder abordarla.

25.- Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona; 2011. AEEM informa. La Sexualidad en el embarazo y puerperio.

26.- Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. 2012

Como tampoco podemos olvidar la escasa normalización que tiene la sociedad de la sexualidad durante el embarazo.²⁷

RESPUESTA SEXUAL: DIFERENCIAS RESPECTO A LA GESTACIÓN

El término respuesta sexual (RS) designa el conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extragenitales. Los cambios psicológicos que acompañan a la realización de actos sexuales incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia. No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales.

La Respuesta sexual se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. La presentación de una determinada fase no requiere necesariamente la precedente.

DESEO

Se llama deseo, libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación, para responder a ellos y gratificarse, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompañan. Como hemos dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible.

EXCITACIÓN

Se produce un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos dilatación. Ello se traduce en la erección y crecimiento del clítoris, y la vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal, para facilitar la penetración y los movimientos

27.- Molero F- La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Coordinadora del grupo de sexualidad de la AEEM. ... Médicos de Barcelona 2011

del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen.

Otro fenómeno es el de la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, que se observa tanto si hay penetración como si la excitación se produce por estimulación del clítoris. Esto ocurre para dejar el espacio necesario al pene.

Durante la gestación nos encontramos con una congestión venosa debida probablemente a cambios hormonales, que provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Esta vasocongestión también es la causante del aumento del tamaño de las mamas. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación.

MESETA

Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que Masters y Johnson denominan “plataforma orgásmica” El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina.

La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito.

ORGASMO

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de

contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada experiencia individual. El útero también se contrae a intervalos regulares y durante pocos segundos. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La duración del orgasmo suele ser de 10-15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina de la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta.

Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo.

También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento. Otros autores, como Goodlin, registraron en cambio la frecuencia cardíaca fetal y observaron modificaciones compatibles con una alteración de la salud fetal.

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital. Está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del endometrio, el borramiento del cuello uterino y dilatación cervical. Esto no significa que tener sexo vaya a desencadenar el parto, pero sí puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto.

RESOLUCIÓN

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva relación sexual. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad.

Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones coitales. Constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital.

Por otro lado, sin embargo, la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal.

Estos cambios sin duda favorables, facilitan la sexualidad de la pareja.

No podemos olvidar que estos no son los únicos cambios que se dan en la respuesta sexual, sino que ocurren reacciones tanto genitales como extragenitales a lo largo de las diversas fases.

La actividad sexual se acompaña también de cambios somáticos generales y psíquicos, a veces, muy intensos. Durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la ventilación pulmonar, hasta alcanzar su máximo en el orgasmo, y decae rápidamente después de éste. También suele producirse una reacción de sudoración de intensidad variable. La utilidad fisiológica consiste en aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar calor.

Hay importantes cambios psíquicos y sensaciones usualmente muy placenteras, de gran variabilidad entre los distintos individuos y según las situaciones. Se producen alteraciones de la percepción sensorial, y es característica la elevación de los umbrales de percepción dolorosa en diversas partes del cuerpo que ocurre durante la excitación sexual intensa y, especialmente, en el orgasmo. Durante éste se altera también la percepción temporal: los sujetos suelen describir su percepción subjetiva de la duración de éste como bastante inferior (a veces, la mitad) a la registrada simultáneamente. La experiencia orgásmica conlleva, pues, una alteración característica del estado de conciencia, descrita como una desconexión temporal con la realidad externa inmediata, que puede llegar, en casos extremos, hasta la pérdida de conciencia.²⁸

28.- Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Almería: Universidad de Almería; 2012

2.3 MARCO CONCEPTUAL:

Coito: (del latín: co-iter, 'marcha en común' o 'ir en común') es la cópula o unión sexual entre dos individuos. En los seres humanos el coito forma parte de la relación sexual, puede o no tener como objetivo la fecundación del gameto femenino e implica generalmente la participación de los órganos genitales externos o internos.

Sexo: (desiende del Latin: cortar, dividir) originalmente se refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, i.e. a uno de los dos sexos. La persona es o de sexo femenino o masculino.

Salud sexual: La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

Sexualidad: Es una parte natural de nuestro ser e incluye nuestros sentimientos eróticos, nuestra fantasía sexual y, por supuesto, nuestro acto sexual. Estos actos son mucho más que el coito y tienen mucho que ver con la manera en que nos sentimos acerca de nosotros mismos, lo que encontramos atractivos en la sexualidad y los límites que establecemos para mantenernos seguros sexualmente.

Orgasmo: Es el momento culminante del placer sexual.

Acto sexual: Es el conjunto de comportamientos más o menos complejos que realizan dos o más seres de distinto o igual sexo, que generalmente suele concluir en el coito.

Aparato reproductivo: Es el conjunto de órganos que entre sus funciones principales tiene la reproducción de los seres vivos.

Primera mitad del embarazo: Son las primeras 20 semanas de la gestación.

Segunda mitad del embarazo: Son las últimas 20 semanas de la gestación.

Satisfacción sexual: Del latín satisfactio, es la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse durante el acto sexual.

Iniciativa sexual: Cualidad que poseen algunas personas de poder por sí mismos iniciar el acto sexual.

Frecuencia sexual: Número de veces que aparece, sucede o se realiza un acto sexual durante un período o un espacio determinados.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

**TABLA N° 1
SEGÚN FRECUENCIA**

FRECUENCIA SEMANAL DE LAS RELACIONES COITALES	PRIMERA MITAD		SEGUNDA MITAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 VECES	3	2.50%	21	17.50%	24	20.00%
DE 1 A 2 VECES	16	13.33%	24	20.00%	40	33.33%
DE 3 A 4 VECES	30	25.00%	9	7.50%	39	32.50%
DE 5 VECES A MAS	11	9.17%	6	5.00%	17	14.17%
TOTAL	60	50.00%	60	50.00%	120	100.00%

Fuente: Gestante encuestada C. S. San Joaquín.

La tabla muestra que el 25% de las gestantes manifestaron tener relaciones coitales con una frecuencia de 3 a 4 veces en la primera mitad del embarazo a diferencia de la segunda mitad con un 7.5%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	27.878	3	0.000

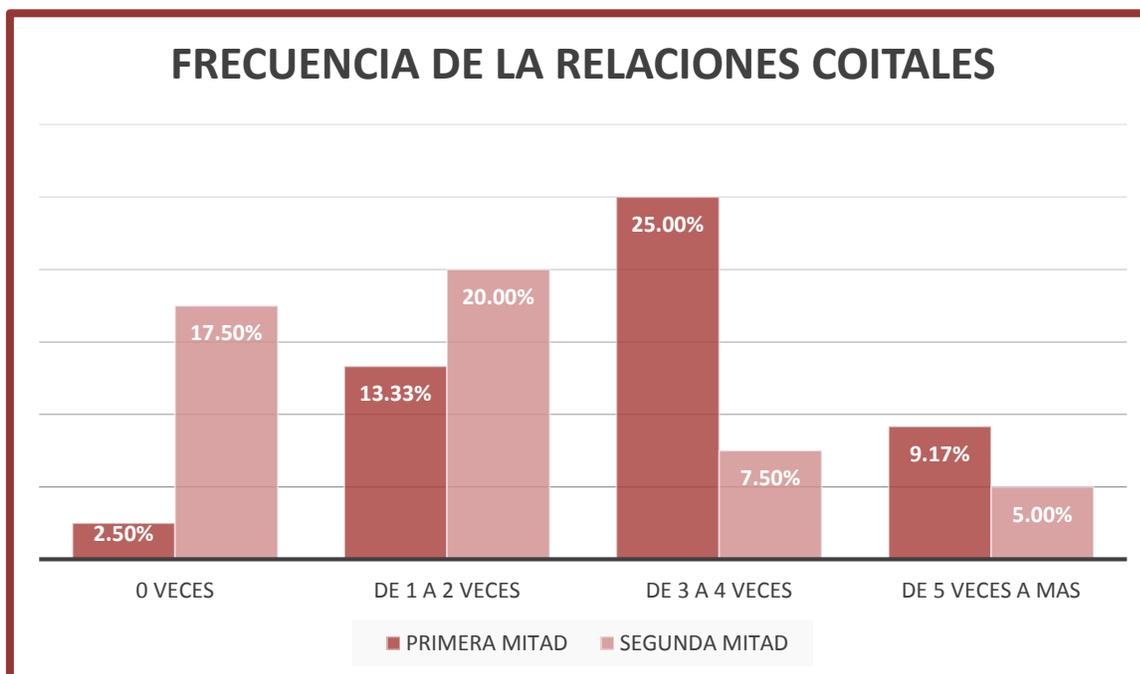


TABLA N° 2

SEGÚN SATISFACCIÓN SEXUAL

SATISFACCIÓN DURANTE LAS RELACIONES COITALES	PRIMERA MITAD		SEGUNDA MITAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIEMPRE	27	22.50%	18	15.00%	45	37.50%
A VECES	30	25.00%	39	32.50%	69	57.50%
NUNCA	3	2.50%	3	2.50%	6	5.00%
TOTAL	60	50.00%	60	50.00%	120	100.00%

Fuente: Gestante encuestada C. S. San Joaquín.

Se observa que el 25% de las gestantes manifestaron sentir a veces satisfacción sexual en las relaciones coitales en la primera mitad del embarazo a diferencia de la segunda mitad con un 32.5%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	2.974	2	0.226

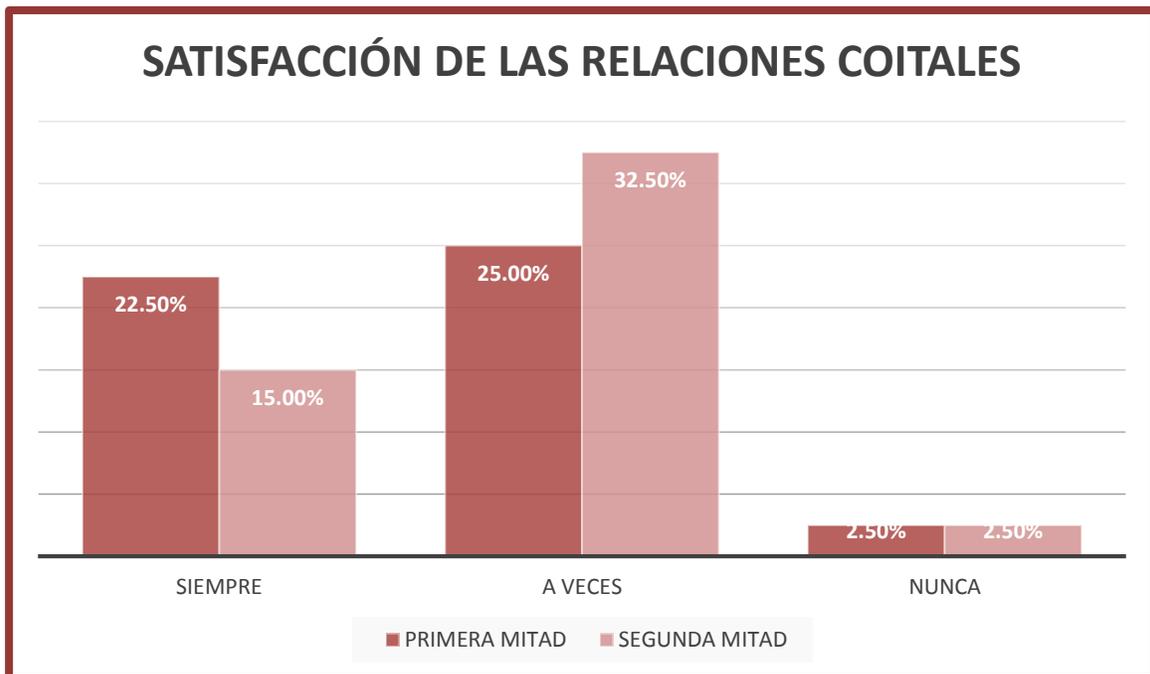


TABLA N° 3
SEGÚN INTERES EN LAS RELACIONES COITALES

INTERÉS POR LAS RELACIONES COITALES	PRIMERA MITAD		SEGUNDA MITAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIEMPRE	20	16.67%	11	9.17%	31	25.83%
A VECES	30	25.00%	38	31.67%	68	56.67%
NUNCA	10	8.33%	11	9.17%	21	17.50%
TOTAL	60	50.00%	60	50.00%	120	100.00%

Fuente: Gestante encuestada C. S. San Joaquín.

En la tabla se observa que el 25% de las gestantes manifestaron tener a veces interés por en las relaciones coitales en la primera mitad del embarazo a diferencia de la segunda mitad con un 31.67%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	3.602	2	0.165

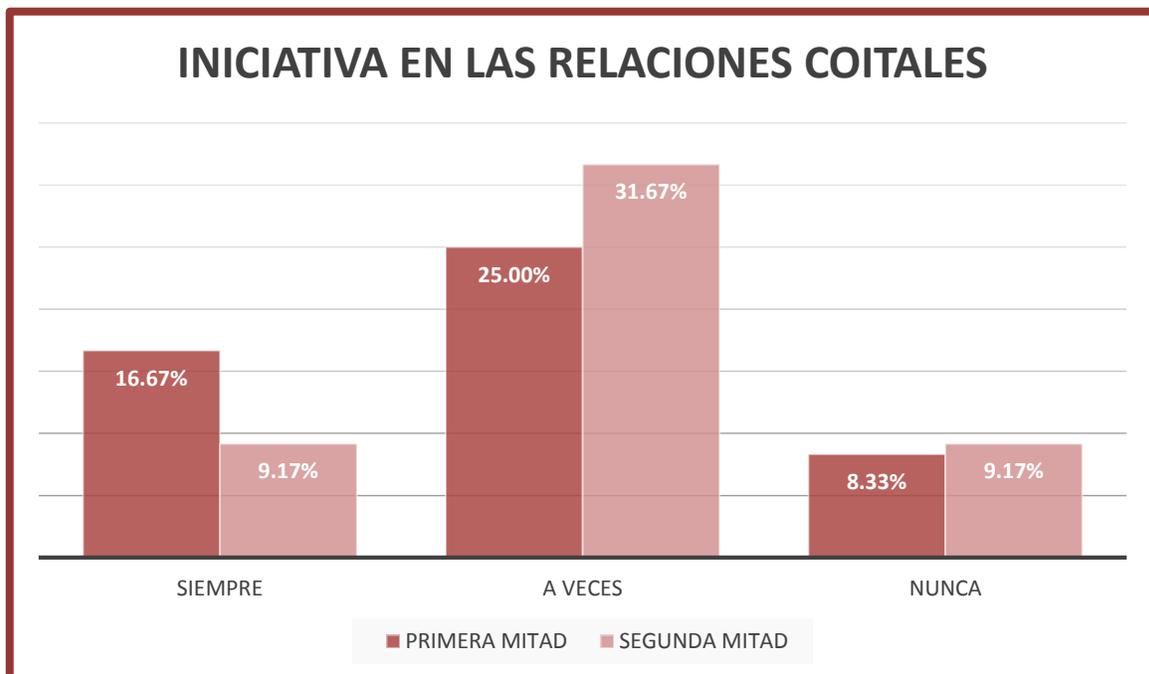


TABLA N° 4

¿CREE USTED QUE LAS RELACIONES COITALES SON PERJUDICIALES EN EL EMBARAZO?	PRIMERA MITAD		SEGUNDA MITAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	43	35.83%	38	31.67%	81	67.50%
NO	17	14.17%	22	18.33%	39	32.50%
TOTAL	60	50.00%	60	50.00%	120	100.00%

Fuente: Gestante encuestada C. S. San Joaquín.

En la tabla se observa que el 35.83% de las gestantes manifestaron creer que las relaciones sexuales en el embarazo son perjudiciales en la primera mitad del embarazo a diferencia de la segunda mitad con un 31.67%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	0.95	1	0.33

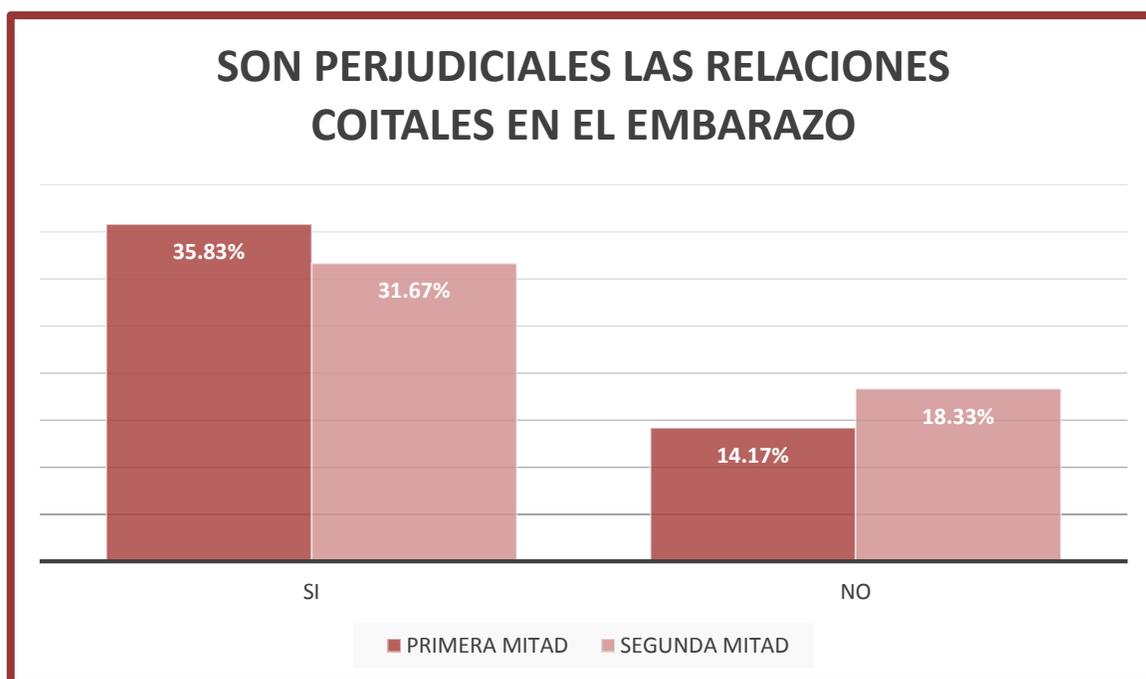


TABLA N° 5

¿ HA RECIBIDO ALGUNA CHARLA EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO?	PRIMERA MITAD		SEGUNDA MITAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	11	9.17%	25	20.83%	36	30.00%
NO	49	40.83%	35	29.17%	84	70.00%
TOTAL	60	50.00%	60	50.00%	120	100.00%

Fuente: Gestante encuestada C. S. San Joaquín.

En la tabla se observa que el 9.17% de las gestantes manifestaron haber recibido alguna charla educativa sobre sexualidad en el embarazo en la primera mitad del embarazo a diferencia de la segunda mitad con un 20.83%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	7.778	1	0.005

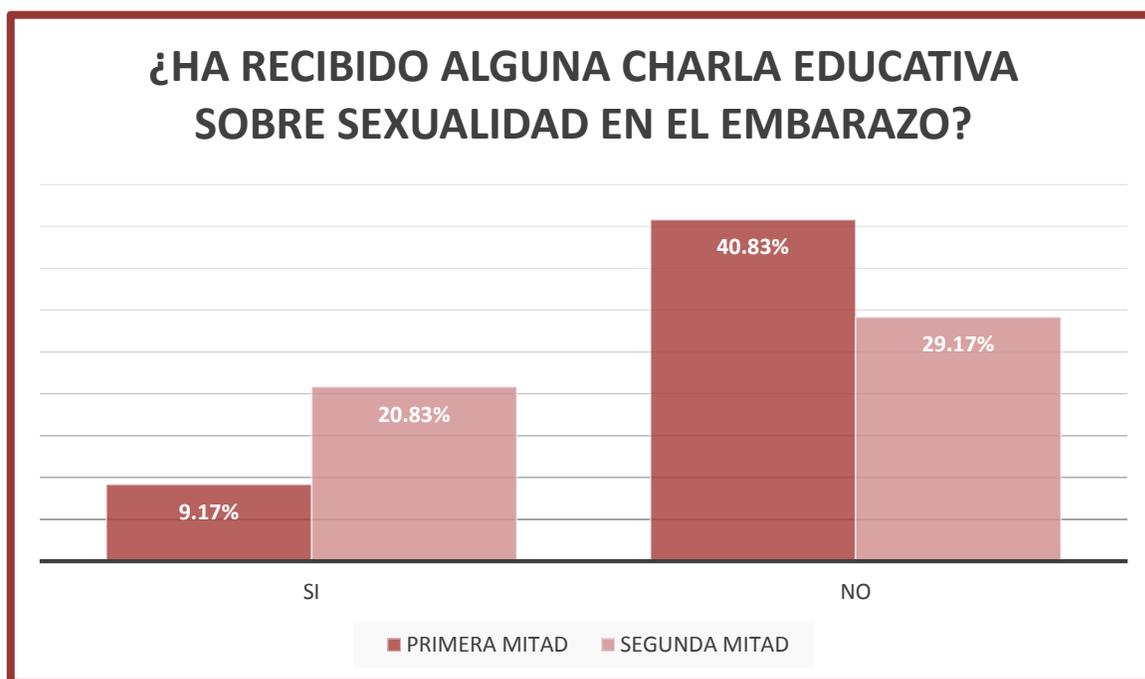


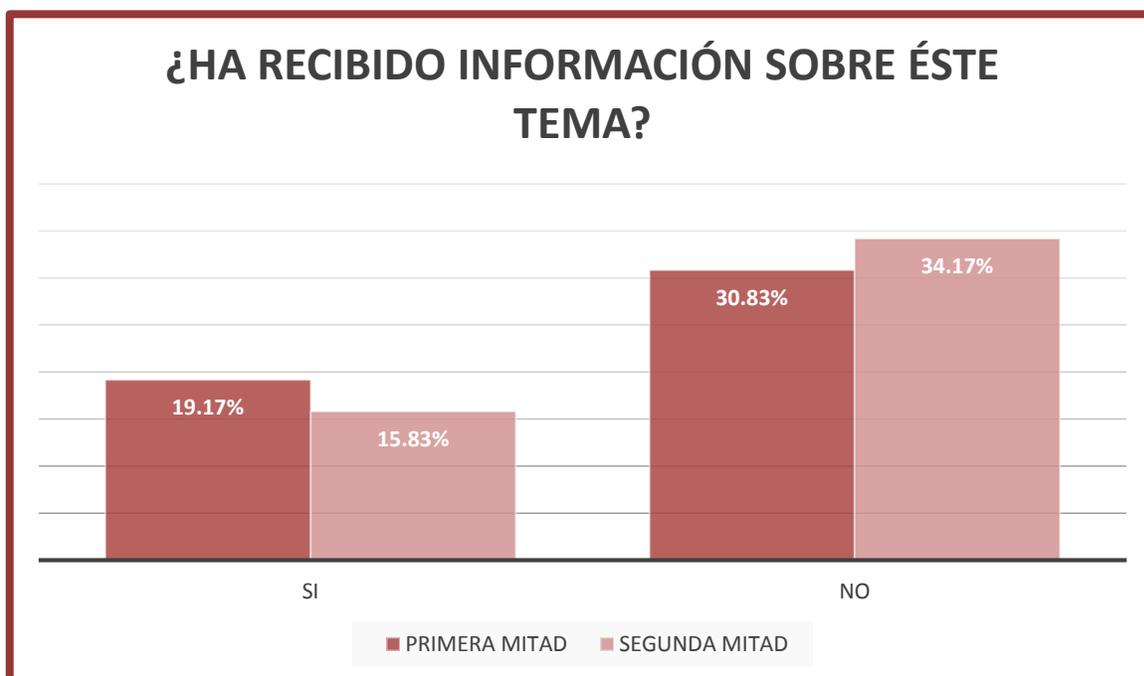
TABLA N° 6

¿ EN ALGÚN CONTROL PRE - NATAL HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE ÉSTE TEMA?	PRIMERA MITAD		SEGUNDA MITAD		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	23	19.17%	19	15.83%	42	35.00%
NO	37	30.83%	41	34.17%	78	65.00%
TOTAL	60	50.00%	60	50.00%	120	100.00%

Fuente: Gestante encuestada C. S. San Joaquín.

En la tabla se observa que el 19.17% de las gestantes manifestaron que en algún control pre-natal ha recibido información sobre este tema en la primera mitad del embarazo a diferencia de la segunda mitad con un 15.83%.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	0.586	1	0.444



3.2. DISCUSIÓN

La investigación sobre repercusión de la gestación en las relaciones sexuales reveló que, al evaluar la frecuencia de las relaciones sexuales, la mayoría manifestó que disminuyó significativamente, así 0 veces de relaciones sexuales aumento de 2.5% a 17.5% entre la I y II mitad de la gestación, mientras que los que tuvieron 1 a 2 veces de relaciones sexuales a la semana aumentó de 13.3% a 20% en la segunda mitad de la gestación, pero lo que tuvieron de 3 a 4 veces relaciones sexuales por semana disminuyó de 25% a 7.5% y los que tenían de 5 a más veces por semana disminuyó de 9.17% a 5%; estas diferencias son significativas con p valor menor a 0.05. Esta disminución en las frecuencias de las relaciones sexuales se atribuiría a la poca disposición de la gestante para tener relaciones sexuales sobre todo cuando la gestación está avanzada. La disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales también lo observó Scope Byer L. en su Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui Escuela de Ciencias de la Salud. Barcelona, Julio de 2010, durante el embarazo la frecuencia sexual disminuyó progresivamente de un nivel medio durante el primer trimestre, hasta el cese de toda actividad sexual durante el tercer trimestre, aceptando dicho estudio.⁹

En relación a la satisfacción en las relaciones sexuales los que siempre presentaron satisfacción sexual en la primera mitad del embarazo este disminuyó de 25.5% a 15% en la segunda mitad del embarazo, ello se debería en el primer caso por la incomodidad sobre todo en la segunda mitad del embarazo, así como a utilización de posiciones no adecuadas para la gestación, sin embargo, en el segundo caso se debería a la idiosincrasia o modo de ser de las gestantes. Mientras que los que a veces presentan satisfacción sexual aumentó de 25% a 32.5%, y en la opción de nunca tuvieron satisfacción sexual se mantuvo similar en la segunda mitad del embarazo; estas diferencias son mínimas por lo que el p valor es mayor de 0.05 lo que indica que las diferencias encontradas no son significativas.

Con respecto al interés por las relaciones sexuales los que siempre tuvieron interés sexual en la primera mitad del embarazo disminuyó de 16.67% a 9.17%, mientras que los que a veces aumento de 25% a 31.67% y los que nunca tuvieron interés aumento de 8.33% a 9.17%; estas diferencias no son significativas pues el p valor es mayor a 0.05. Similar resultado obtuvo Piñero Navero, S. Alarcos Merino, G. Arenas Orta, M. Jiménez Iglesias, V. Ortega Ballesteros, E. Ramiro Figueroa, M. 2010 Badajoz en su estudio sobre Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo encuentra que el interés sexual permanece constante durante el primer y segundo trimestre, disminuyendo en el tercero.⁴ Así mismo Vásquez, J; Meza Sánchez, G. Revisaron las Relaciones sexuales y gestación Hospital Regional de Loreto 2011 encontró que el 87,3% disminuyó su frecuencia de relaciones sexuales respecto a su etapa pregravídica y el 70% presentó disminución de la libido.¹¹

Así, la calidad de las relaciones sexuales se ve disminuidas durante la gestación en relación a cuando no estaban embarazadas, tal como lo demuestra Sacomori, C. Cardoso, F 2008 – Brasil en su estudio sobre prácticas sexuales de gestantes brasileñas que concluye que el período gestacional afecta las proporciones de realización de las prácticas sexuales.³ También Soria Becerril B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio en España 2012, Observó modificaciones en la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio en las áreas de la sexualidad.⁸

3.3. CONCLUSIONES

1. Como consecuencia del trabajo de investigación ha quedado evidenciado que las relaciones coitales si influye significativamente su frecuencia entre la primera y segunda mitad del embarazo.
2. No existe diferencias significativas en el grado de satisfacción sexual en las relaciones coitales entre la primera y segunda mitad del embarazo.
3. No existe diferencias significativas en la iniciativa sexual de las relaciones coitales en las gestantes entre la primera y segunda mitad del embarazo.
4. No existe diferencias significativas en las creencias que las relaciones sexuales son perjudiciales durante la gestación en las gestantes de la primera y segunda mitad del embarazo.
5. Existe diferencias entre el haber recibido charlas educativas sobre sexualidad en el embarazo entre la primera y la segunda mitad del embarazo, siendo que la mayoría lo recibió en la segunda mitad del embarazo.
6. No existe diferencias significativas entre haber recibido información sobre sexualidad en los controles pre-natales.
7. Como conclusión general podemos afirmar que no hay una influencia significativa en las relaciones coitales por efecto del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud San Joaquín.

3.4. RECOMENDACIONES

- ✓ Acondicionar un consultorio en los Centros de Salud donde se de orientación a la pareja específicamente sobre este tema.

- ✓ Concientizar a la pareja sobre el estado de la embarazada y sobre la comprensión que debe tener en el ámbito sexual relacionado con el momento, la calidad y la frecuencia de la relación coital con su pareja.

- ✓ Recomendar llevar a cabo una psicoprofilaxis prenatal, en una modalidad que incorpore, informe, eduque y entrene a mujeres y varones, para disfrutar de un embarazo y una vida sexual placentera.

- ✓ Socializar con la gestante sobre sus creencias de los efectos de las relaciones coitales durante la gestación a fin de identificar y modificar las creencias sin fundamento mejorando la frecuencia y calidad de las relaciones coitales.

- ✓ Realizar actividades de orientación sexual a las gestantes durante su visita al centro hospitalario a fin de que se sienta informada por personal capacitado.

- ✓ Se sugiere mejorar los procesos de comunicación médico-paciente, como un determinante central de la calidad del servicio de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Guías en salud sexual y reproductiva manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Programa de Salud Integral de la Mujer. Peru
- 2.- World Health Organization [sede Web]. WHO; 2014. Sexual and reproductive health. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- 3.- Sacomori, C. Cardoso, F. 2008 - Brasil. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas.
- 4.- Piñero, S. Alarcos, G. Arenas, M. Jiménez, V. Ortega, E. Ramiro, M. 2010 Badajoz. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo.
- 5.- Mauco, S. en Comportamiento Sexual de la Embarazada Veracruz México. 2011
- 6.- García, S. Duarte, L. Mejías, M. 2012, Sevilla España. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Rev. Enferm. glob. vol.11 no.28 Murcia oct. 2012
- 7.- García, M. 2014, Cádiz, Andalucía. Sexualidad en el periodo gestacional.
- 8.- Soria, B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. España 2012.
- 9.- Scope, L. Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui Escuela de Ciencias de la Salud. Barcelona, Julio de 2010
- 10.- Valencia, Á. 2015, Perú. Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al centro de salud Carlos Cueto Fernandini.
- 11.- Vásquez, J. Meza, G. Revisaron las Relaciones sexuales y gestación Hospital Regional de Loreto 2011

- 12.- Molero, F. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Instituto de sexología de Barcelona 2009.
- 13.- Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada
- 14.- Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos.
- 15.- García S, Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enfermería Global 2012.
- 16.- Carballo Vizcaíno, C. Sexualidad y disfunciones sexuales más frecuentes en ginecología y obstetricia. Paraninfo Digital 2011
- 17.- Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. 2011. Universidad de Almería Facultad de Ciencias de la Salud.
- 18.- Zamberlin N. Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derecho. Guía sobre salud sexual y reproductiva. Fondo de Población de Naciones Unidas, 2007. San Martín 674, 5º B, C1004AAN Buenos Aires, República Argentina
- 19.- Alcolea Flores S. Hospital Universitario de Ceuta. Guía de cuidados en el embarazo 2011. Colección Editorial de Publicaciones del INGESA
- 20.- Contreras I. Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas. Barcelona; 2010.
- 21.- Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [revista en Internet] 2013
- 22.- EVA PARIS. El sexo durante el embarazo. Bebes y más. 16 jun. 2008
- 23.- Garcia M. Sexualidad en el periodo gestacional. Universidad de Cadiz.
- 24.- Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. 2012

25.- Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona; 2011. AEEM informa. La Sexualidad en el embarazo y puerperio.

26.- Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. 2012

27.- Molero F- La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Coordinadora del grupo de sexualidad de la AEEM. ... Médicos de Barcelona 2011

28.- Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Almería: Universidad deAlmería; 2012

Anexos

- Matriz de consistencia
- Contrastación de hipótesis
- Cuestionarios
- Hoja de consentimiento

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	FUENTE
<p>PRINCIPAL: ¿Influye el embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al Centro de Salud San Joaquín Ica – noviembre 2015 a enero 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL ✓ Determinar si influye el embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL Existen variaciones en las relaciones sexuales durante el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Embarazo</p>	<p>Durante el embarazo: 1° Mitad del embarazo 2° Mitad del embarazo</p>	<p>Gestante</p>
<p>SECUNDARIOS ¿Influye el embarazo en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016?</p> <p>¿Influye el embarazo en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016?</p> <p>¿Influye el embarazo en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016?</p>	<p>OBJETIVO ESPECÍFICOS ✓ Establecer si influye el embarazo en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.</p> <p>✓ Establecer si influye el embarazo en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.</p> <p>✓ Establecer si influye el embarazo en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS -Existe influencia del embarazo en la frecuencia coital de las mujeres. -Existe influencia del embarazo en la satisfacción sexual de las mujeres. -Existe influencia del embarazo en la iniciativa sexual de las mujeres.</p> <p>HIPÓTESIS NULA - ¿No existen variaciones en las relaciones coitales durante el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016?</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE Relaciones coitales</p>	<p>Frecuencia coital Satisfacción sexual Iniciativa sexual</p>	<p>Gestante</p>

INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN LAS RELACIONES COITALES DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JOAQUIN NOVIEMBRE 2015 A ENERO 2016

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS I

1.- Hipótesis

Ha: El embarazo influye en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.

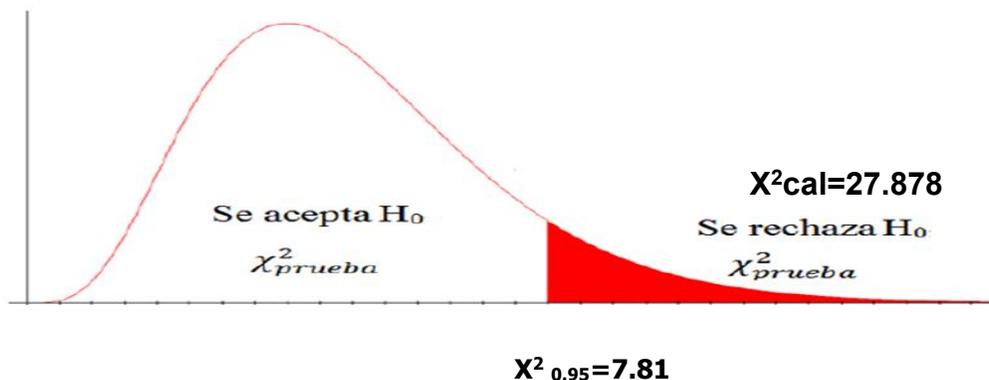
Ho: El embarazo No influye en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.

2.- Nivel de significancia: 0.05

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

4.- Determinación del p valor



5.- Decisión estadística. - Se rechaza Ho, y se acepta Ha

6.- Conclusión. - El embarazo influye en la frecuencia coital de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016. Aumentando la frecuencia en aquellas que tienen hasta 3 veces en la segunda mitad del embarazo y disminuyendo en aquellas que tienen 3 veces a más en la segunda mitad del embarazo.

INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN LAS RELACIONES COITALES DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JOAQUIN NOVIEMBRE 2015 A ENERO 2016

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS II

1.- Hipótesis

Ha: El embarazo influye en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

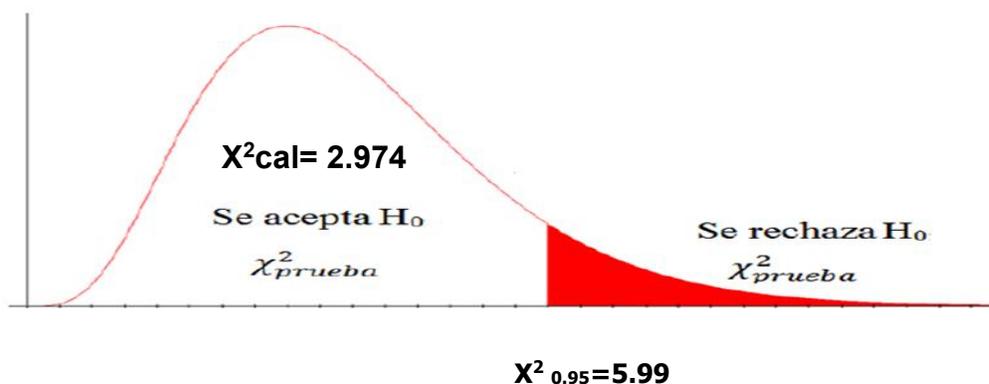
Ho: El embarazo No influye en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

2.- Nivel de significancia: 0.05

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

4.- Determinación del p valor



5.- Decisión estadística. - Se rechaza Ha, y se acepta Ho

6.- Conclusión. - El embarazo No influye significativamente en la satisfacción sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016.

INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN LAS RELACIONES COITALES DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JOAQUIN NOVIEMBRE 2015 A ENERO 2016

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS III

1.- Hipótesis

Ha: El embarazo influye en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

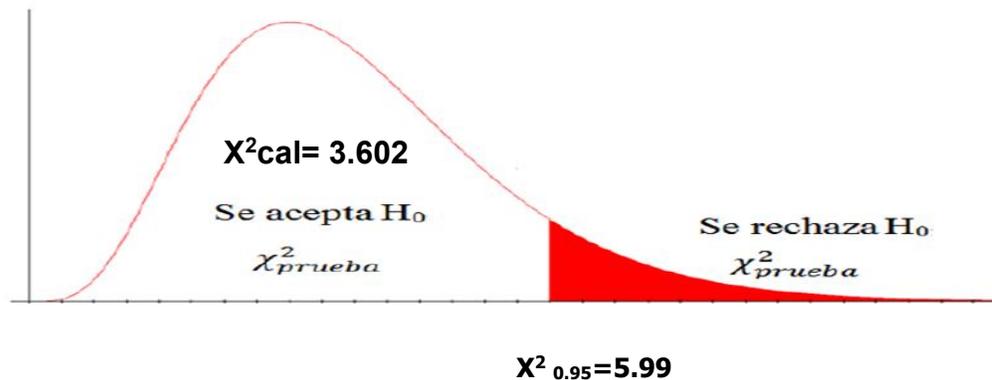
Ho: El embarazo No influye en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

2.- Nivel de significancia: 0.05

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

4.- Determinación del p valor



5.- Decisión estadística. - Se rechaza Ha, y se acepta Ho

6.- Conclusión. - El embarazo No influye significativamente en la iniciativa sexual de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín - Ica noviembre 2015 a enero 2016.

¿CREE USTED QUE LAS RELACIONES COITALES SON PERJUDICIALES EN EL EMBARAZO?

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS IV

1.- Hipótesis

Ha: Influye las creencias que las relaciones sexuales son perjudiciales durante el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

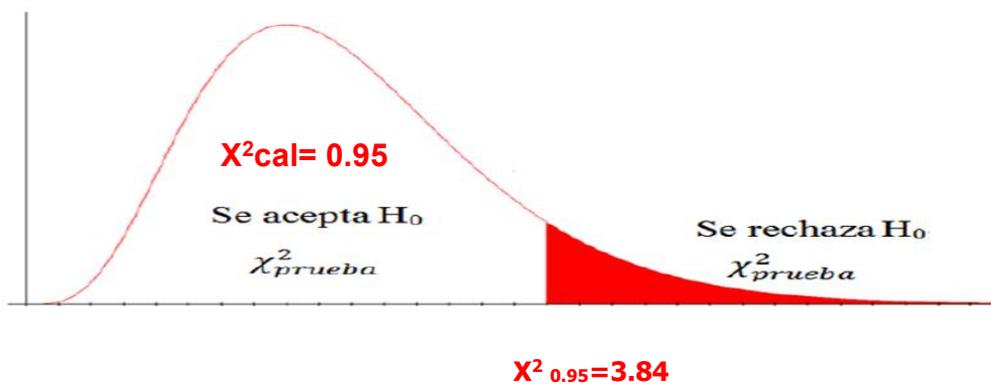
Ho: No influye las creencias que las relaciones sexuales son perjudiciales durante el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

2.- Nivel de significancia: 0.05

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

4.- Determinación del p valor



5.- Decisión estadística. - Se rechaza Ha, y se acepta Ho

6.- Conclusión. - No influye las creencias que las relaciones sexuales son perjudiciales durante el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

¿HA RECIBIDO ALGUNA CHARLA EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO?

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS V

1.- Hipótesis

Ha: Ha recibido alguna charla educativa sobre sexualidad en el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

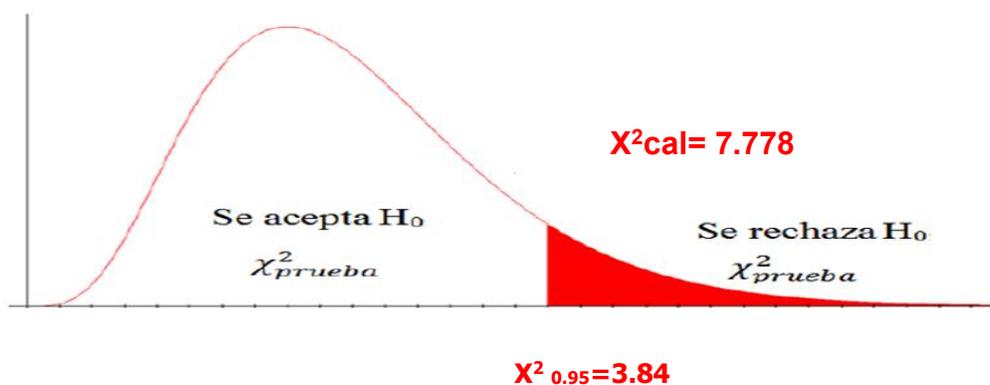
Ho: No ha recibido alguna charla educativa sobre sexualidad en el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

2.- Nivel de significancia: 0.05

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

4.- Determinación del p valor



5.- Decisión estadística. - Se rechaza Ho, y se acepta Ha

6.- Conclusión. - Ha recibido alguna charla educativa sobre sexualidad en el embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

¿EN ALGÚN CONTROL PRE - NATAL HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE ÉSTE TEMA?

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS VI

1.- Hipótesis

Ha: En algún control pre - natal ha recibido información sobre éste tema en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

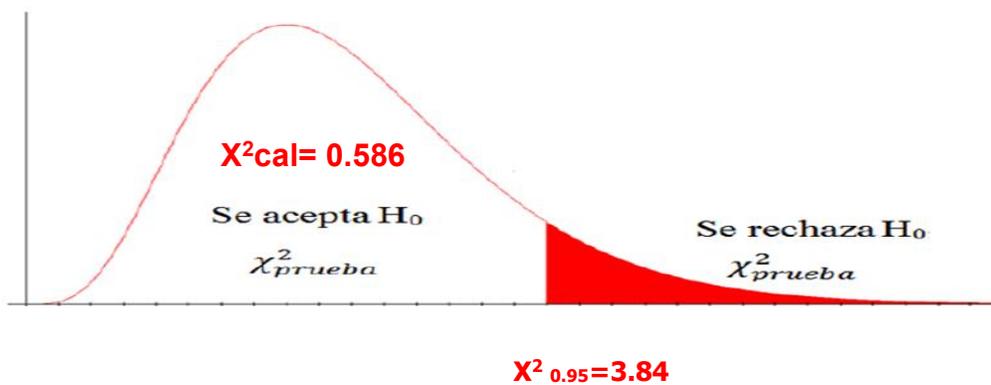
Ho: En ningún control pre - natal ha recibido información sobre éste tema en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

2.- Nivel de significancia: 0.05

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

4.- Determinación del p valor



5.- Decisión estadística. - Se rechaza Ha, y se acepta Ho

6.- Conclusión. - En ningún control pre - natal ha recibido información sobre éste tema en las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín – Ica noviembre 2015 a enero 2016

CUESTIONARIO

N° de ficha _____

Edad _____

Edad gestacional _____

DATOS SOBRE LAS RELACIONES COITALES:

DURANTE LA I MITAD DEL EMBARAZO

Frecuencia coital:

¿Con que frecuencia semanal tiene usted relaciones coitales?

0 () 1-2 () 3-4 () 5 a mas ()

Satisfacción sexual:

¿Sus relaciones coitales son satisfactorias?

Siempre () A veces () Nunca ()

Interés sexual:

¿En su vida sexual toma usted la iniciativa?

Siempre () A veces () Nunca ()

¿Cree usted que las relaciones coitales son perjudiciales en el embarazo?

Si () No ()

¿Por qué? _____

¿Ha recibido alguna charla educativa sobre sexualidad en el embarazo?

Si () No ()

¿En algún control pre-natal ha recibido información sobre éste tema?

Si () No ()

DURANTE LA II MITAD DEL EMBARAZO

Frecuencia coital:

¿Con que frecuencia semanal tiene usted relaciones coitales?

0 ()

1-2 ()

3-4 ()

5 a más ()

Satisfacción sexual:

¿Sus relaciones coitales son satisfactorias?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

Interés sexual:

¿En su vida sexual toma usted la iniciativa?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

¿Cree usted que las relaciones coitales son perjudiciales en el embarazo?

Si ()

No ()

¿Por qué? _____

¿Ha recibido alguna charla educativa sobre sexualidad en el embarazo?

Si ()

No ()

¿En algún control pre-natal ha recibido información sobre éste tema?

Si ()

No ()

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento se hace constar que acepto a formar parte del trabajo de investigación que se me acaba de explicar.

Habiendo sido informada sobre el propósito del estudio y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar.

Además haberme aclarado que no hare ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación, es que firmo el documento como prueba de mi aceptación.

Nombre:.....

DNI:.....

Firma:.....

Ica.....de.....de.....