



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**MITOS Y TABUES SOBRE SEXUALIDAD DURANTE EL
EMBARAZO EN EL CENTRO DE SALUD “MACACONA” –
ESSALUD; DISTRITO DE SUBTANJALLA – ICA, AÑO 2017.**

**PRESENTADO POR:
HUAYANCA HERNÁNDEZ ROSMERY ELISA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ICA - PERÚ
2017**

DEDICATORIA:

A Dios que ilumina mi camino, a mis padres Mirtha Hipólita y José Félix por ser el soporte en toda mi etapa de estudiante y brindarme su apoyo para lograr mi meta de ser profesional.

AGRADECIMIENTO:

A las gestantes que gentilmente participaron en esta investigación y a mis docentes quienes inculcaron en mí ese deseo por la investigación.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como **objetivo:** Identificar los mitos y tabúes que influyen en la sexualidad durante el embarazo según la opinión de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación de tipo prospectiva por que fue el mismo investigador quien recolectó los datos mediante un instrumento llamado Ficha de registro de datos, es de nivel descriptivo, para este caso se tomó la totalidad de la población en estudio, quedando conformada por 60 gestantes. **Resultados:** Según los resultados deducimos que las gestantes entre 15 a 20 años consideran que durante las relaciones sexuales el pene golpea la cabeza del bebé (9,09%), en mujeres de 21 a 25 años manifiestan que el contacto sexual ocasiona sangrado placentario en perjuicio del bebé (12,73%) y en mujeres de 26 a 30 años manifestaron que el tener relaciones sexuales permite incrementar un buen estado emocional (5,45%), las opiniones de gestantes solteras sostienen que el tener relaciones sexuales durante el embarazo produce malformaciones en el bebé (7,27%) frente a la opinión de las gestantes en pareja quienes manifiestan que el sangrado placentario es el mito con mayor frecuencia ante la sexualidad (12,73%); los mitos y tabúes sobre sexualidad en el I trimestre de gestación son el sangrado placentario (7,27%), en el II trimestre los mitos que el semen puede intoxicar al bebé (5,45%) y que las relaciones sexuales ocasionan aborto (5,45%) coincidiendo en III trimestre que el semen intoxica al bebé (9,109%), en mujeres que no poseen estudios piensan que es el semen que intoxica al bebé durante las relaciones sexuales (7,27%), en aquellas mujeres con estudios primarios prevalece el mito que se produce sangrado placentario durante la actividad sexual (5,45%) y en mujeres con estudios secundarios las gestantes consideran que la actividad sexual produce aborto (9,09%) y genera dolores de parto (9,09%). **Conclusiones:** Se concluye que los mitos y tabúes más frecuentes que influyen en la sexualidad durante el embarazo según la opinión de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017, es el mito de que tener relaciones sexuales durante el embarazo provoca aborto así como también consideran que el semen intoxica al bebé.

Palabras clave: Mitos, Tabúes, sexualidad, embarazo, gestantes.

ABSTRACT

This research had as **objective:** identify the myths and taboos which influence sexuality during pregnancy according to underserved pregnant in the Centre of health Macacona - is health, district of Subtanjalla - Ica, year 2017. **Materials and methods:** was an investigation of prospective type was the same researcher who collected data using a tool called data logging tab, is descriptive level, in this case the entire population was taken in study, being composed of 60 pregnant women. **Results:** According to results conclude that the pregnant women between 15 to 20 years consider that during sex penis hit the baby's head (9.09%), in women aged 21 to 25 manifest sexual contact causes the baby against placental bleeding) 12.73%) and in women aged 26 to 30, they stated that having sex increases a good emotional state (5.45%), perceptions of pregnant single women argue that having sex during pregnancy produces malformations in the infant) 7.27%) against the opinion of pregnant couples who manifest that placental bleeding is the myth more frequently to sexuality (12.73%); the myths and taboos on sexuality in the 1st trimester of pregnancy are placental bleeding (7.27%), in the second quarter the myths that semen can poison a baby (5.45%) and that the relations sexual cause abortion (5.45%) in III quarter that semen intoxicate the baby (9,109%), in women who do not have studies think it is semen intoxicating baby during intercourse (7.27%), in women with primary education prevails the myth that there is placental bleeding during sexual activity (5.45%) and in women with high school pregnant consider sexual activity produces abortion (9.09%) and generates pains of childbirth) 9.09%). **Conclusions:** We concluded that myths and frequent taboos affecting sexuality during pregnancy according to underserved pregnant in the Centre of health Macacona - is health, district of Subtanjalla - Ica, year 2017, is the myth that having sex during pregnancy causes abortion as well as also considered that semen poisons to baby.

Key words: myths, taboos, sexuality, pregnancy, pregnant women.

ÍNDICE

CARATULA

i

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1.	DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2.	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
	1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	13
	1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	13
1.4.	OBJETIVOS	14
	1.4.1. OBJETIVO GENERAL	14
	1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	15
	1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	15
	1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	15
1.6.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
	1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	15
	1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	15
1.7.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	15
	1.7.1. POBLACIÓN	15
	1.7.2. MUESTRA	16
1.8.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	16
	1.8.1. TÉCNICAS	16
	1.8.2. INSTRUMENTOS	17
1.9.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	17

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.3. MARCO CONCEPTUAL	54

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
ANEXOS	63
1.- FUENTES DE INFORMACIÓN	64
2.- MATRIZ OPERACIONAL	70
3.- MATRIZ DE CONSISTENCIA	71
4.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	72
5.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	74
6.- TABLAS	76
7.- GRAFICOS	80

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Distribución de mitos y tabúes más frecuentes en gestantes	73
Tabla N° 02: Distribución de edad en gestantes	73
Tabla N° 03: Distribución de estado civil en gestantes	73
Tabla N° 04: Distribución de edad gestacional	74
Tabla N° 05: Distribución de nivel de instrucción en gestantes	74
Tabla N° 06: Distribución de Mitos y tabúes según edad de las gestantes	74
Tabla N° 07: Distribución de Mitos y tabúes según estado civil	76
Tabla N° 08: Distribución de Mitos y tabúes según edad gestacional	76
Tabla N° 09: Distribución de Mitos y tabúes según nivel de instrucción	76

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 01: Distribución de mitos y tabúes más frecuentes en gestantes	77
Gráfico N° 02: Distribución de edad en gestantes	77
Gráfico N° 03: Distribución de estado civil en gestantes	78
Gráfico N° 04: Distribución de edad gestacional	78
Gráfico N° 05: Distribución de nivel de instrucción en gestantes	79
Gráfico N° 06: Distribución de Mitos y tabúes según edad de las gestantes	79
Gráfico N° 07: Distribución de Mitos y tabúes según estado civil	80
Gráfico N° 08: Distribución de Mitos y tabúes según edad gestacional	80
Gráfico N° 09: Distribución de Mitos y tabúes según nivel de instrucción	81

INTRODUCCIÓN

Las relaciones sexuales entendida como parte orgánica en el proceso de reproducción para conservar nuestra especie, ha representado desde años muy remotos una serie de desinformación, mitos y tabúes de reciente exploración continua lo que ha generado la creación de una disciplina nueva llamada la sexología dedicada a conocer y comprender el funcionamiento sexual, su anatomía, fisiología y su compleja dinámica psico – social.

La obstetricia como disciplina especializada tiene un importante rol en el fomento, protección y control de la salud sexual. Tanto el embarazo como la sexualidad han sido considerados tabúes. Hasta hace poco, los ginecobstetras guardaban silencio al respecto y la pareja se sentía intimidada para abordar el tema con el médico, inclusive entre ellos mismos.¹

Durante la gestación es factible que las parejas experimenten alteraciones en sus patrones sexuales, y esto muchas veces, se debe a la existencia de creencias erróneas en relación a la sexualidad. (Luz Marina Alonso y cols; 2003)².

Actualmente los aportes en el terreno sexológico vienen aportando una serie de conocimiento acerca del sexo, sin embargo aún existen mitos sobre todo en los pobladores de las zonas más alejadas de nuestro país.

De allí parte la necesidad de realizar esta investigación con el propósito de investigar cuales son los prejuicios de mujeres durante la gestación en el Centro de Salud de Macacona; de tal manera que confrontemos la desinformación de este tema y nos permita prevenir graves problemas obstétricos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

A través de la historia, el ser humano en la era primitivo vivía en un plano exclusivamente biológico, agobiado por la lucha diaria con instinto de supervivencia, y la mujer, protectora natural, buscaba la seguridad de su prole. La sexualidad era en ese entonces la necesidad imperante de saciar un impulso biológico que los llevaba a la cópula, con los objetivos principales: la reproducción y el mitigar conflictos de la especie, dada la conocida agresividad del macho.³

Durante siglos la mujer fue menospreciada, postergada para cumplir el rol de hija obediente, que acataba la decisión de su padre acerca de con quién vivir su sexualidad y maternidad, esposa sumisa y madre abnegada, reprimiendo la expresión de su sexualidad por vergüenza y temor, ya que actuaba en función de lo que el hombre requería. Worth⁴.

La generalización del uso de los métodos anticonceptivos, el cambio en las prácticas sexuales, las enfermedades de transmisión sexual y las variaciones en conceptos de sexualidad, han hecho posible estos cambios de pensamiento, y esto también ha ocurrido durante el embarazo.

Otros pueblos primitivos creían que el coito continuado después de la concepción era esencial para mantener el embrión, creían que el semen servía para nutrir al feto en desarrollo; sin embargo, la mayoría de ellos prohibía al acto sexual durante el último mes de gestación sobre la base de que podría matar al niño o causar parto prematuro, esta última observación aún subsiste en sociedades modernas⁵.

Existe el mito de que las mujeres no sienten deseos sexuales durante el embarazo. Esta época suele ser descrita como una época de beatitud en que los más caros deseos de la mujer están satisfechos, se les pinta como totalmente absorbidas por la gestación y no pueden interesarse en otra cosa. Si quienes la rodean, y su pareja en particular, se figura que el embarazo es un estado asexuado y paradisíaco para ella, será muy difícil expresar deseos sexuales, y esos meses pueden convertirse en un árido desierto sexual.

Teniendo como premisa que una gran parte de los conocimientos sobre sexualidad en las embarazadas se nutren de las aportaciones de los amigos, de internet, etc; y no del personal de salud calificado específicamente hablando en el Centro de Salud Macacona se observa que los tabúes, los prejuicios, la desinformación y muchas veces el desconocimiento alrededor de este tema, conlleva 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, de allí nace la necesidad de investigar sobre esta problemática.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Espacial

Esta investigación se llevó a cabo en los ambientes del Centro de Salud Macacona, ubicada en el distrito de Subtanjalla de la provincia de Ica.

1.2.2 Social

Esta investigación tuvo como involucrados directos a las mujeres gestantes que asisten a su control prenatal en el Centro de Salud Macacona.

1.2.3 Temporal

La presente investigación estará delimitada durante los meses de junio y julio del presente año, tiempo que se tendrá en cuenta para investigar las variables de estudio.

1.2.4 Conceptual

Esta investigación trata de conocer los mitos y tabúes sobre sexualidad durante el embarazo.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según la edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?

¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según el estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?

¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según la edad gestacional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?

¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según el nivel de instrucción de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?

1.4 Objetivos de la Investigación:

1.4.1 Objetivo General:

Identificar los mitos y tabúes sobre sexualidad durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según la edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.

Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según el estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.

Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según la edad gestacional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.

Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según el nivel de instrucción de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

No aplica

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexo 01

1.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es transversal, descriptivo y prospectivo, son estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después describirlos a partir de los datos recolectados por el mismo investigador sobre los Mitos y tabúes sobre sexualidad durante el embarazo en una misma muestra es decir en las gestantes.

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación de tipo prospectiva por que fue el mismo investigador quien recolectó los datos mediante un instrumento llamado Ficha de registro de datos.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación reúne por su nivel las características de un estudio descriptivo. Es decir describirá todas las características que reúne las variables de estudio.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 160 mujeres en estado de gestación, es decir que se consideraran aquellas que asisten a sus controles parto durante el los meses de junio y julio del año 2017 en el Centro de Salud Macacona.

1.7.2 MUESTRA

La muestra empleada fue no probabilística intencionada, La muestra es no probabilística porque la elección de los elementos de la población no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación. Para este caso se tomó un muestreo conformado por el 50% de la población de estudio quedando conformada por 80 gestantes que acudieron entre los meses de junio y julio del año 2017 al Centro de Salud Macacona,

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes
- Mujeres que participen voluntariamente

Criterios de exclusión

- Mujeres no gestantes
- Mujeres que no deseen participar en la investigación

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS.

A. Técnica de la encuesta: Esta técnica se utilizó para recoger información directamente de las variables de estudio, Mitos y Tabúes sobre sexualidad, edad, estado civil, edad gestacional y nivel de estudios; la cual está basada en las respuestas orales y/o escritas de las gestantes.

B. Técnica de procesamiento de datos: Los resultados fueron tratados a través de la estadística descriptiva entonces se trataron los datos obtenidos mediante el recuento, ordenación y clasificación de los mismos a través de las observaciones. Se construyeron tablas y se representan gráficos que permiten simplificar la complejidad de los datos, que intervienen en la distribución. Así

mismo se calculó parámetros estadísticos que caracterizan la distribución y se procesó mediante el programa SPSS.

1.8.2 INSTRUMENTOS

Para realizar la recolección de datos, que contribuya al tema de investigación se empleó la ficha de registros de datos.

El instrumento fue aplicado a 80 gestantes que acuden al servicio de obstetricia para su control posparto.

- Los instrumentos constaron de 7 ítems; distribuidos en los indicadores de las variables.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1 Justificación

Habiendo observado que en la actualidad la gestante no tiene los conocimientos necesarios sobre los cambios durante el embarazo, demostrando una carencia de los mismos y repercutiendo notablemente en su personalidad.

El propósito del estudio es acercar a la población rural a una realidad escasamente conocida, producto del desconocimiento y limitada por los prejuicios sociales, primordialmente morales, que toda actividad de las funciones afectivo-sexuales conllevan.

El estudio se justifica porque la existencia del mito va más allá del desconocimiento sobre eventos particulares que puedan producirse durante el embarazo que en muchos de los casos es mal entendida por las mujeres que se encuentran en esta etapa y por temor a hacer daño al feto evitan realizar estas actividades sexuales.

Desde el punto de vista teórico esta investigación generó reflexión y discusión tanto sobre el conocimiento existente de la variable mitos y tabúes, como dentro

del ámbito de las ciencias, ya que de alguna manera u otra, se presentan teorías e investigaciones coherentes que avalan el estudio realizado.

Desde el punto de vista práctico esta investigación estima según la variable independiente cual es el porcentaje de gestantes que en pleno siglo XXI aún se sigue teniendo mitos y tabúes y prejuicios que tienen las gestantes durante la gestación.

Desde el punto de vista metodológico esta investigación incrementará y servirá de antecedente nacional a las futuras investigaciones que traten similares líneas de investigación.

1.9.2 Importancia

A partir de la premisa que uno de los papeles de la Obstetricia radica en la importancia de la investigación, ya que conociendo los mitos que más preocupan a las gestantes es nuestra labor averiguar si es cierto o no, para dar una mejor atención a la embarazada.

Esta investigación cobra debida importancia por cuanto se identificará mitos y tabúes para evitar que influyan de manera negativa durante el embarazo, al realizar esta investigación diagnosticaremos la situación actual y conocer las falsas creencias nos servirá para mejorar los conceptos correctos y corregir los errores para ayudar en gran medida reducir los falsos mitos y que las mujeres lleven una vida normal durante la gestación.

Para llevar a cabo esta investigación tuvimos acceso a la información mediante contacto directo con nuestra muestra de estudios situación que nos permitió recolectar información cuantitativa y cualitativa que nos sirvieron para obtener nuestras conclusiones, sin embargo podemos decir que a pesar de ser un estudio de mitos en plena modernidad seguimos mediante esta investigación

aportando científicamente en el incremento de conocimientos para controlar esta posición que tienen algunas gestantes. Por lo tanto es relevante identificar los principales mitos para buscar reducirlos mediante las recomendaciones propuestas y evitar anomalías que surgen del desconocimiento para abordar con rigor una revisión bibliográfica que nos permita cumplir con nuestros objetivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Fernández⁶. En su tesis titulada: Mitos en el embarazo. Tuvo como Objetivo: Analizar los mitos que prevalecen en la sociedad actual durante el embarazo y contrastar, mediante la evidencia científica, si tienen una base real o no para conseguir desmitificarlos y proporcionar una educación sanitaria eficaz. **Materiales y métodos:** constituye un proyecto de revisión bibliográfica, por lo que todas las actividades desarrolladas en el proceso de su realización se basan en la búsqueda de fuentes de información con evidencia científica que permitan dar explicación a los objetivos planteados en un inicio.

En el 90% de las mujeres embarazadas se producen cambios pigmentarios, siendo más visible en la areola mamaria, genitales y la línea alba. En el 70% de las embarazadas aparece también el melasma gravídico o máscara del embarazo, que son manchas que aparecen en el rostro y que se agrava con la exposición solar, La mayoría de estos estudios concluyen que los antibióticos no son dañinos, puesto que el 86% de las mujeres embarazadas toman alguno durante su gestación y al menos el 5% tiene que seguir tomando medicación habitual

Conclusiones: Una vez estudiados los mitos más comunes en el siglo XXI durante el periodo gestacional, se concluye que unos conocimientos actualizados y basados en los últimos estudios realizados por la ciencia, son una herramienta

básica en las consultas de enfermería. Con la información centrada en la evidencia científica se podrá prestar atención a las embarazadas de una manera eficaz, consiguiendo una educación sanitaria efectiva y satisfactoria.

En la investigación de **García**: Sexualidad en el periodo gestacional realizada en el año 2014 en la Universidad de Cádiz. España.⁷

Tuvo como **objetivo** Identificar los cambios y/o problemas más frecuentes que presenta la mujer embarazada respecto a su sexualidad y, promover una actividad sexual saludable en la gestante y su pareja. **Materiales y métodos:** Se utilizó un diseño cuasi experimental pretest-postest. Se evaluará la Alfabetización en Salud general previa a la realización del programa y la adquirida tras su consecución, el grado de satisfacción y el impacto del programa. 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. Debemos tener en cuenta que una gran parte de los conocimientos sobre sexualidad de las embarazadas se nutren de las aportaciones de amigos, internet, etc., y no de personal sanitario cualificado. Y se ha demostrado que un mejor nivel educacional disminuye Sexualidad en el periodo gestacional 20% hasta en un 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales antes, durante y después del embarazo. **Conclusiones:** 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.

Cabré & Venegas⁸. En su tesis titulada: Creencias sobre las prácticas de autocuidado en segundo y tercer trimestre de embarazo que tienen hombres y mujeres mayores de 18 años.

El **objetivo** general de este trabajo es describir las creencias sobre prácticas de autocuidado en segundo y tercer trimestre de embarazo en hombres y mujeres pertenecientes a la comuna de Paillaco. **Materiales y métodos:** Para ello se

realizó una investigación cualitativa en la cual se entrevista a hombres y mujeres mayores de 18 años, para determinar las creencias de cada sexo, además de especificar las diferencias y similitudes entre estas, a través de la aplicación de una entrevista a 7 mujeres y 6 hombres seleccionados por conveniencia. Como principales resultados en esta investigación, tenemos que en las creencias biológicas se destacaron los hábitos alimenticios los cuales son muy similares en hombres y mujeres, en cuanto a las relaciones sexuales hubo diferencias en la mantención del coito durante la gestación. En las creencias psicológicas el apoyo brindado por el padre o progenitor fue observado de manera positiva para ambos sexos, ya que estimula el desarrollo y vínculo con el hijo o hija, además de ser considerada en esta área el Síndrome de Couvade, presente en la población masculina estudiada y por último las creencias sociales en la cual no se saturó información. La prevalencia es de un 11% y se presenta desde el tercer mes de gestación aumentando los síntomas en el tercer trimestre, es por este motivo, que la elección del periodo de investigación, corresponde desde el segundo al tercer trimestre de gestación **Conclusiones:** De acuerdo a estos datos es primordial entregar información clara, explícita y sistemática durante todos los controles prenatales, no solo a la madre si no que enfocar también al padre o progenitor, que según los resultados de este estudio es afectado físicamente por el embarazo. Además desmentir los mitos en base a la gestación, educando y evitando el cuestionamiento de su accionar, por parte de las usuarias, es parte fundamental en el Rol de la Matrona o Matrn.

Gómez & Moreno: La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio en el año 2012. España⁹.

El concepto madre, no se puede concebir como un hecho aislado en el tiempo, **Objetivo:** comprender las influencias que sobre la mujer han tenido los diferentes acontecimientos de la historia. Los cambios sociales, políticos y demográficos, han condicionado que la situación de la mujer evolucione hacia libertades, se han adaptado a las nuevas circunstancias políticas y sociales. La maternidad conlleva una responsabilidad gigantesca, implica grandes exigencias impuestas casi

exclusivamente a la mujer desde lo social, que llegan a generar miedo. **Materiales y métodos:** La labor de los profesionales sanitarios que participan en el cuidado y asesoramiento de la gestante y puérpera será ofrecerles una atención de forma integral, actitud de escucha y de apoyo sobre cuestiones relativas al comportamiento sexual que exige un tacto exquisito, así como integridad, tolerancia y comprensión. **Conclusiones:** Muchas mujeres en este periodo solicitan ayuda del personal sanitario. Los profesionales dedicados al cuidado de la salud de la mujer, deberían incidir de forma clara, explícita y sistemática, al hacer los controles durante toda la gestación, en el ejercicio de la sexualidad como conducta saludable.

En la investigación realizada por **Cordero & Rodríguez:** Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística llevada a cabo en el año 2008 en la universidad de Zulia. Venezuela.¹⁰

Las transformaciones observadas, tanto en el escenario político como en el desenvolvimiento de las ciencias sociales, proporcionan elementos para pensar en alternativas novedosas, **Objetivo:** promover propuestas de cambio en los procesos de educación sexual en Venezuela. **Materiales y métodos:** Por tal motivo, el presente artículo implica una búsqueda de nuevos referentes para la educación sexual en la sociedad venezolana, considerando los aportes de la perspectiva holística en educación.

En este sentido, es posible identificar diversas concepciones según sean las premisas y criterios que se manejen sobre la vida sexual. Desde tradicionales orientaciones, alimentadas por ancestrales mitos y tabúes sexuales, hasta enfoques contemporáneos asociados al desarrollo de la sexología, como disciplina científica. **Conclusiones:** La reflexión holística implica un encuentro con el proceso vital como secuencias vividas, como proceso de procesos, como momentos caracterizados por ciertos contextos y situaciones mediante una valoración existencial y trascendental que involucra una nueva concepción de la actividad formativa en relación con la sexualidad.

Oelrich, realizó un estudio: Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva, año 2006 en la Universidad de Chile.¹¹

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de carácter exploratorio a 105 mujeres en edad reproductiva, a las que se les aplicó el cuestionario Función Sexual Femenina (FSM), que valora las dimensiones deseo, excitación, lubricación, orgasmo, ansiedad anticipatoria y problemas con la penetración vaginal durante el último mes.

El 49,4% de 89 mujeres, que respondieron todas las preguntas, reconocen una función sexual normal. El porcentaje restante refiere disfunción sexual determinada fundamentalmente por inhibición del deseo sexual (42,8%).

Conclusiones: El análisis de correspondencia múltiple muestra que las variables sociodemográficas y la función sexual no se comportan de modo uniforme; no existe un estereotipo con respecto a las variables en estudio.

2.1.2 Antecedentes nacionales

A nivel nacional son escasas las investigaciones que se han realizado con estas variables sin embargo citaremos algunas que más se asemejan con esta investigación:

Ramírez¹² en la tesis titulada Mitos, creencias y costumbres de las madres en el cuidado al recién nacido en el centro poblado Pallalla distrito de Acoria Huancavelica – 2012.

Tuvo como **objetivo** conocer los mitos, creencias y costumbres de las madres en el cuidado del recién nacido. **Material y Método.** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cualitativo, método descriptivo, la población estuvo conformada por 10 madres de familia obtenida por saturación. La técnica fue la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas y transcritas (las categorías emergentes fueron: mitos, creencias y costumbres en el cuidado del recién nacido). pueden ocasionarle daño; probablemente debido al nivel socio económico, cultural y educativo,

observándose en su realidad que el 80% son semiletrados, 20% no culminaron primaria, lo que incrementa el riesgo de morbimortalidad en los recién nacidos.

Conclusiones: Las madres de familia practican mitos creencias y costumbres en el cuidado de sus recién nacidos, con el único objetivo de ver sanos a sus niños y curan las enfermedades folklóricas que ellas aducen (chacho, cerro, puquio, mal aire enfermedades del maligno que quiere llevarse al niño que es puro limpio), sin considerar que las cura, utilizando: pócimas, brebajes pasada de animales, rituales pagapos (pago a la tierra).

En la investigación realizada por **Osorio**¹³: Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Mayor de San Marcos. Lima - Perú.

Tuvo como **Objetivo** determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22, previa elaboración de la base de datos, para las variables de tipo nominal, ordinal e intervalo, se usaron medidas de frecuencia. Resultados: Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. **Conclusiones:** Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las

relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Fundamentos teóricos de Mitos y Tabúes

2.2.1.1 Definición:

A. Mitos

Narración tradición que coge información sobre algún aspecto importante de una sociedad. Sus características esenciales son: la producción intelectual (no espontánea), el ser una historia verídica (en cuanto que es colectivamente aceptada como tal), su valor como elemento cultural cohesionante de una sociedad y su contenido imaginario.

El mito lo podemos definir como una idea abstracta porque no tiene fundamentos, pero que es adoptada y proliferada por un grupo de personas convirtiéndose en una creencia aceptada.

Según Agripino Matesanz¹⁴: “en nuestros días se aplica el término de mito como sinónimo de creencia, la mayor parte de las veces idea infundada (falsa creencia), pero fuertemente anclada en la mente de muchas personas

Los mitos, por tanto, *“son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad”*⁹

Los mitos sexuales son entendidos como rumores, es decir como opiniones no fundadas sobre una situación relacionada con el sexo, pero que viene acompañada del desconocimiento o ignorancia convirtiéndose fácilmente en creencia que va de generación en generación.

Según Gallardo y colaboradores¹⁵ los mitos se extienden como los rumores, y tienen tanto fundamento como éstos. Una opinión no fundada sobre algo relacionada con el sexo, y expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, se convierte fácilmente en una creencia de toda una comunidad o generación. Esta falsa creencia comienza a divulgarse como algo comprobado y real, y se convierte en un mito.

También la define como *“Relatos fabulados con apariencia de realidad, que contienen información sexual equivocada o carente de valor científico, aunque sean de gran predicamento popular”*¹³.

Nadie inventa los mitos ellos se transmiten generacionalmente, condicionados en su desarrollo por el nivel social o cultural de las personas, que es como un chiste que un día aparece, sin saber muy bien cómo, pero empieza a ser transmitido de boca en boca e impensadamente adquiere credibilidad social; entrando así mismo muchos mecanismos de defensa en los padres, profesores y obviamente en los adolescentes. Muchos autores sostienen que la educación sexual es un asunto que debe verse en lo seno de la familia, pero nuestra realidad es que en el núcleo familiar existe un reducido número de familias que se atreven a abordar el problema y menos aun los que están bien informados para tocarlo.

B. Tabú

Es un término de origen polinesio aplicado a: personas o cosas con las que se impide todo tipo de relación por considerarse sagradas. Toda prohibición supersticiosa o sin motivos fundados.

Se considera a la no utilización de ciertas palabras por razones religiosas o sociales (pudor, buen gusto, etc.).

Asimismo podemos definirla como la conducta que escapa los parámetros normales.

Creencias populares, mitos y tabúes sobre qué es y qué no es apropiado en el comportamiento sexual durante el embarazo, pueden provocar ansiedad en la pareja.

2.2.1.2 Miedos comunes durante el embarazo

- Lastimar al bebe
- Lastimar a la futura madre
- Provocar un aborto
- Temor de que él bebe sepa que sus progenitores están teniendo una relación sexual

Estas preocupaciones son normales, sin embargo no hay por qué tenerlas ya que no son ciertas.

2.2.1.3 Mitos e ideas erróneas sobre sexualidad

Cuando se habla de sexualidad, no se puede dejar pasar que sobre este tema existe una considerable serie de creencias, basadas en tabúes y mitos, los cuales a pesar de ser inexactos y estar cargados y basados en múltiples prejuicios, han sido y continúan siendo transmitidos a nivel social y generacional, de manera que se fortalecen como verdades absolutas que son asumidas como tales sin ser debatidas.

En este sentido, es conveniente aclarar que los tabúes son prohibiciones absolutas y sagradas cuya violación acarrea castigos, prohibiciones y aislamientos. Por su parte, los mitos son explicaciones e interpretaciones de la realidad que aunque erróneas y atravesadas por tabúes, se convierten en concepciones aceptables y hasta naturalizadas por la sociedad, ocasionando que

al aceptarlos, muchas personas renuncien a su capacidad crítica y transformadora.

Los mitos relacionados con la sexualidad, de acuerdo a Arrieta y Campos (1996)¹⁶, pueden ser clasificados en:

a) Mitos asociados con el “para qué” de la sexualidad: este tipo de mitos son los que contemplan la reproducción como el fin único de la sexualidad y contribuyen a separar elementos como el placer como uno de sus objetivos. Desde esta visión se reduce entonces la sexualidad a un aspecto meramente genital, excluyendo también la posibilidad de dar y compartir cariño, afecto y expresar sentimientos mediante la sexualidad, con lo que se limita a las personas la posibilidad de establecer y consolidar vínculos más allá de una relación genital.

b) Mitos asociados a la moral: son pensamientos que respaldan la idea de que “*la sexualidad es mala y sucia*”, son difundidas por mitos asociados con la moral y que pueden provocar sentimientos de culpabilidad en la persona.

c) Mitos asociados al género: la sociedad patriarcal ha producido mitos que afectan la vivencia de la sexualidad tanto de hombres como de mujeres. Estos mitos han propiciado que para las mujeres la sexualidad haya sido una esfera vedada, caracterizada primero por un rol pasivo que llevó a reprimir en gran forma la expresión de la sexualidad femenina, y luego por limitar a la mujer la posibilidad de disfrutar y experimentar placer a través de la sexualidad, debiendo dar prioridad a la satisfacción de su pareja, estando siempre a su servicio. Adicionalmente, se ha impulsado con mucha fuerza la idea de que para la mujer la sexualidad es un medio para lograr la maternidad, lo que ha producido en muchas personas la percepción errada de que una mujer que no es madre no se ha “*realizado como mujer*”.

Por contraparte, en los hombres se ha propiciado lo contrario: mitos que proponen un rol activo perenne y la apropiación de la sexualidad como una esfera

característicamente masculina. Sin embargo, esta sexualidad se ha visto reducida a la genitalidad, lo cual ha vedado a los hombres la vivencia de muchos de sus otros componentes. Por ejemplo, se les ha limitado la posibilidad de expresar el afecto e incentivado que vivan la sexualidad como algo únicamente genital. Además, se les ha otorgado un papel activo en el que se les exige estar siempre dispuestos, sin considerar la posibilidad de poder decir “no”.

d) Mitos asociados al peligro del conocimiento: estos mitos alimentan la idea de que el saber, el conocer sobre sexualidad, puede inducir a que las personas quieran llevar a cabo las ideas. Es decir, el peligro del conocimiento radica en que este pueda provocar que las personas tengan o quieran tener relaciones sexuales genitales u otras prácticas de orden sexual. Inclusive, se muestra como peligrosa la sola posibilidad de que a partir de lo que se conozca, se lleguen a tener fantasías de índole sexual.

La importancia del conocimiento radica en que cuando está bien fundamentado, es una importante herramienta para poder vivir la sexualidad de manera responsable, debido a que da información que amplía la posibilidad de disfrutarla y experimentar placer, y reduce el riesgo de vivir situaciones peligrosas o que afectan la salud, como embarazos no planificados o contagiarse con alguna enfermedad de transmisión sexual.

e) Mitos asociados a las prácticas sexuales normales y permitidas: la práctica de la sexualidad es muy amplia.

Contempla diversidad en aspectos como la identidad sexual, las preferencias sexuales y las prácticas sexuales. Sin embargo, los mitos asociados a lo normal y permitido, coartan las posibilidades en este sentido. Estos mitos plantean como normales y permitidas: la heterosexualidad, la monogamia, las prácticas que se limitan a la penetración, al binomio pene-vagina, las orientadas a la reproducción. Desde esta óptica, la homosexualidad, el sexo oral, u otras posibilidades de la sexualidad que se aparten de lo establecido, se presenta como prohibidas, patológicas, anormales. En este sentido, se debe tener presente que las únicas

limitaciones en la sexualidad están relacionadas con la responsabilidad de no causarse ni causar daños físicos o psicológicos a otros, evitando practicar actividades molestas o que no resulten placenteras, respetando los gustos y deseos de cada persona.

Otro de los límites que se debe respetar es el de que una persona adulta no debe tener relaciones sexuales genitales o coitales con personas menores de edad.

Esto por cuanto un o una adulta puede aprovechar su mayor edad y experiencia para manipular y engañar a un o una menor de edad, valiéndose de su posición de adulto, estableciendo y aprovechando una relación en la que la persona adulta tiene el poder, dejando en desventaja a la persona menor de edad.

f) Mitos asociados a la edad: este tipo de mitos plantean edades para vivir y expresar la sexualidad cuando es en realidad ésta, un aspecto presente desde la concepción hasta la muerte de una persona.

Partiendo de esto, se puede decir que tanto los mitos como los tabúes pueden fomentar conductas de riesgo en la vivencia y práctica de la sexualidad de los y las adolescentes, por lo que es imperativo que dentro de esta temática los mismos sean retomados y no ignorados, con el fin de estudiar, analizar y reflexionar sobre la veracidad y objetividad de dichos mitos y tabúes, proceso que es fundamental para poder superarlos.

2.2.1.4 Mitos sobre sexualidad en el embarazo

A continuación enumeramos una serie de conceptos errados que pertenecen al saber popular. Aun cuando ninguno de ellos es cierto, suelen provocar fuertes inhibiciones sexuales durante el embarazo.

- El pene golpea al bebé y le puede dañar la cabeza.

- El semen intoxica al bebé.
- Las relaciones sexuales al inicio del embarazo provocan abortos.
- Las relaciones sexuales provocan sangrados placentarios.
- La vida sexual durante el embarazo seca la leche.
- Las relaciones sexuales provocan malformaciones en el niño.
- Las relaciones sexuales solo dañan si el bebé, es del sexo masculino.
- La cesárea daña la sexualidad de la mujer.
- La cesárea disminuye lo femenino de una mujer.
- El parto entre más doloroso mejor.
- La mujer que no tiene los hijos por parto vaginal es menos mujer.
- La lactancia impide que el cuerpo recupere su forma

2.2.2 Fundamentos teóricos del Embarazo

2.2.2.1 Definición

El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biosicossexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, pero no tan solo en ella pues también afecta al padre de la futura criatura y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer.

2.2.2.2 Repuesta sexual durante la gestación

Según Master y Jonhson¹⁷:

En el primer trimestre de la gestación, se presentan características comunes en algunas gestantes como la disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y en otras se produce todo lo contrario.

En el segundo trimestre el 80 % de las embarazadas consideraron revivir su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. En la etapa de gestación se observan que los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que ayudan la relación sexual, de modo que el pene es apretado más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas¹⁸

En el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la periodicidad del coito, debido a molestia que produce la gravidez avanzada.

El momento de reemprender la actividad sexual en el posparto es un asunto de interés práctico, tanto para la mujer como para el varón.

El tema puede verse influido por la etapa de curación lenta de tejidos de granulación, sangramiento vaginal persistente, depresión posparto; más aún cuando es la madre es primeriza, por el proceso de adaptación mayor al recién nacido, el hombre puede sentirse rechazado por la presencia del niño que llega a ser su rival como centro de atención y afecto por parte de la mujer, y aunque muchas parejas reanudan las relaciones sexuales pocas semanas después del parto, es importante aconsejar individualmente al respecto.

Los cuidados médicos del posparto no serían completos si no se presenta a la pareja la aplicación del uso de métodos anticonceptivos y se les brinda la información necesaria al respecto, y es también un buen período para brindar consejo sexológico si lo precisan.

Podemos deducir que tanto el embarazo como la sexualidad han sido considerados como tabúes, e incluso la profesión médica ha dudado de su investigación.

Hasta hace poco los Ginecoobstetras guardaban silencio al respecto y la pareja se sentía con vergüenza para abordar el tema con el profesional, inclusive entre ellos mismos. Estamos empezando a aprender cómo las parejas normales y sanas responden en sus vidas personales a este hecho, al irse superando los tabúes existentes se han ido esclareciendo temores

ancestrales. El embarazo, como también la sexualidad, puede convertirse en una parte de la existencia llena de satisfacción y bienestar.

i. 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 conducen a la realización de actos sexuales incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la estimulación para repetir la experiencia. No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales¹⁹.

La RS 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 precedente³⁰.

a) 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 acompañan³⁴.

Como hemos dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible.

b) Excitación

Se produce un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación. 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 del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen³⁴.

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 pene³⁰

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 gestación³⁰.

c) 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”²⁰. 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 avecina²¹.

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 coito³⁰.

d) 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 puerpera que amamanta²².

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 fetal³⁰.

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 coital³⁰. 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 si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto²³.

e) 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 RS. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad³⁰.

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 probar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Estableciendo 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 pareja²⁴.

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 calor²⁵.

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 muy inferior a la inscrita simultáneamente. La experiencia orgásmica conlleva, pues, una variación del estado de conciencia, detallado como una desconexión temporal con la realidad externa inmediata, que puede llegar, en casos extremos, hasta la pérdida de conciencia.

2.2.2.3 Ecología fetal y prevención de discapacidades

Para Barreno, Lascano y Mosqueira (1997)²⁶: *“la ecología fetal es el entorno que acoge al bebé intrauterino desde que empieza como una célula, crece y se desarrolla hasta el momento de su llegada al mundo”*.

La experiencia del embarazo es vivida por cada mujer y hombre de diferente manera, según sus circunstancias, dependiendo de sus condiciones físicas y emocionales, de su nivel socioeconómico, del contexto familiar y cultural en el que viven, la edad, entre otros factores.

El proceso de la gestación tiene lugar en tres ámbitos diferenciados: el microambiente fetal, el matroambiente fetal y el macroambiente fetal, cada uno de ellos son influenciados por los factores internos y externos a los que la madre gestante está expuesta:

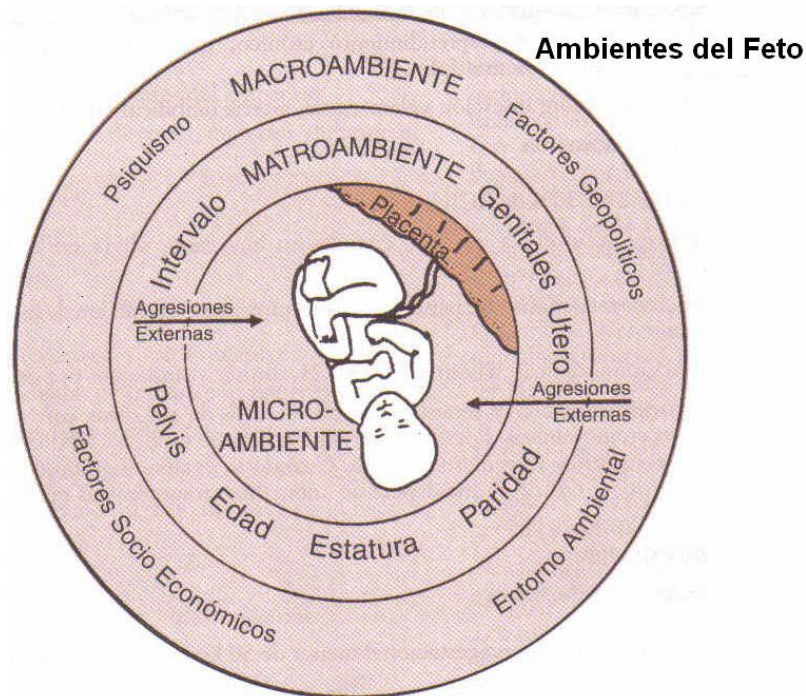
a) Microambiente fetal. Es el lugar donde se desarrolla, crece el embrión y el feto; así mismo, es el ambiente apropiado donde la placenta, el líquido amniótico y las membranas ovulares determinan la ecología fetal a través de la barrera separadora del ambiente materno periférico. En este medio acuático, el embrión se protege de las opresiones externas, sobre todo su sistema nervioso que es muy vulnerable al inicio de su formación. En este escenario, el feto es capaz de sintetizar todas sus proteínas y participar en el engranaje materno fetal.

La placenta, apoyada por el cordón umbilical, actúa como un sistema de transporte de sustancias entre la madre y el feto. Los nutrientes y el oxígeno pasan de la sangre materna a la fetal, mientras que los materiales de desecho y el dióxido de carbono pasan de la sangre fetal a la materna, a través de la membrana placentaria. La placenta es el órgano vital para la supervivencia y desarrollo del feto, y cumple las siguientes funciones principales: respiración, nutrición, excreción, protección y almacenamiento.

b) Matroambiente fetal. Consiste en las características intrínsecas que posee la madre en el momento de la gestación. Menkes y Suárez²⁷ sostienen que los factores que influyen en el matroambiente pueden afectar el desarrollo y crecimiento normal del bebé.

c) El macroambiente fetal. Está conformado por los siguientes elementos externos:

- El entorno social, cultural y religioso en los que se desenvuelve la madre;
- Factores de riesgo como la altitud del medio, la zona urbana, urbano-marginal o la zona rural;
- La contaminación ambiental y el ruido;
- Factores geopolíticos que determinan el desarrollo económico, la migración, las costumbres, las modas; y
- Factores laborales, como el tipo de trabajo y la legislación laboral correspondiente.



Fuente: ONG Pre Natal Perú Módulo IV –Formación de Mediadores -2003

2.2.2.4 Beneficios del sexo durante el embarazo

Durante el embarazo la sexualidad en términos generales no provoca ninguna alteración a la madre o al niño ni afecta la evolución del embarazo, al contrario, en algunos casos mejoran el pronóstico del parto y hacen sentirse a la mujer más querida durante esos meses. En algunas situaciones especiales es recomendable no sostener relaciones sexuales con penetración en este periodo. La decisión la debe tomar el médico que lleva el control prenatal de la madre.

Señalaremos algunos beneficios que pueden traer consigo las relaciones sexuales durante la gestación:

- El sexo en el embarazo ayuda a controlar dolores de parto
- Mejora la elasticidad y fortaleza de la zona pélvica, lo cual es de gran beneficio para el parto
- Ayuda a mantener un buen estado emocional en la mujer, la hace sentir deseable, bonita y sensual
- Estrecha la relación de pareja

- Mantiene la resistencia cardiovascular en buena forma, aunque creas que por practicar posiciones sexuales menos atléticas no es así.

2.2.2.5 Contraindicaciones del sexo durante el embarazo

Algunas contraindicaciones que suelen presentarse durante el embarazo puede ser debido a:

- Historia del aborto natural
- Hemorragias
- Placenta previa
- Contracciones largas y constantes en el tercer trimestre por mantener relaciones sexuales
- Es contraindicado las relaciones sexuales prolongadas por que puede ocasionar calambres uterinos
- Es contraindicado el sexo brusco porque puede generar dolor vaginal

2.2.2.6 Cambios durante el embarazo que pueden afectar la sexualidad

La sexualidad femenina sufre modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. El embarazo es comúnmente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático. Podríamos aseverar que es todo lo contrario. Durante el embarazo se enuncian profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer; los hombres, en cambio, pueden presentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido. Estas manifestaciones pueden iniciarse y agravarse durante la gestación y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual³¹.

La sexualidad durante el embarazo implica modificaciones en los factores físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales, que guardan una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de la pareja.

a) Cambios físicos

En la embarazada podemos encontrar numerosos cambios físicos que afecten a su confort y bienestar, y por lo tanto, que influyen en su sexualidad. Entre ellos destacaremos los más importantes²⁸.

En primer lugar nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, que imposibilita adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Conforme éste 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 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 dirige con otras variaciones como son el aumento del gasto cardiaco (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 expulsión urinaria, lo que

origina aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. Está infección genital en uno o ambos conyugues rechazaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o parto prematuro. También, nos hallamos que al final del embarazo, debido a la presión del útero sobre la vejiga, disminuye su volumen provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones.

Asimismo se muestran durante el embarazo 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 parto²⁹.

Esta pérdida de tono en el suelo pélvico puede causar incontinencia urinaria de esfuerzo, que se traduce en pequeñas pérdidas de orina al realizar algún tipo de esfuerzo (levantar peso, risas, saltar, bailar...) y la necesidad de ir al baño más a menudo.

El fortalecer los músculos del suelo pélvico ayudará a la futura madre a:

- Evitar o disminuir la incontinencia.
- Facilitará el parto, ya que tenerlos en buenas condiciones disminuirá los desgarros.
- Incrementará la circulación sanguínea en la zona, ayudando a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
- Evitar el prolapso del útero, vejiga y otros órganos después del parto.
- Incrementar el placer sexual al tonificar los músculos vaginales

La mejor forma de trabajar la musculatura del suelo pélvico es realizar los ejercicios de Kegel. Éstos se pueden realizar antes, durante y/o después del embarazo y ayudarán a tonificar los músculos de la zona genital, ayudando a prevenir incontinencia urinaria y prolapsos.

Suele aparecer en el tercer trimestre reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal, debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior.

Finalmente, nombraremos las alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma, así como la línea de alba y el oscurecimiento de las areolas debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. Dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer, asimismo pueden aparecer 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.

b) Cambios hormonales

Se han descubierto niveles medibles de hCG 8 días después de la concepción, estos valores continúan aumentando velozmente hasta alcanzar su máximo en el primer trimestre de embarazo lo cual puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo³⁰.

Otra hormona especialmente importante es el estrógeno. Durante la primera etapa del embarazo, la elaboración de estrógenos se halla a cargo del cuerpo lúteo. Consecutivamente, la placenta y la corteza adrenal del feto son responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el embarazo desde valores de 2 ng/ml durante el primer trimestre hasta 14 ng/ml al final del tercer trimestre. Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación y al desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer³⁹

Durante el periodo de gestación, el 90% de la progesterona producida en la placenta pasa a la circulación materna y el 10% restante a la circulación fetal: los niveles de progesterona a lo largo del embarazo aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital.

Tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido efectos negativos sobre la sexualidad, ya que de la misma forma en que la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, la prolactina es inhibidora de la misma, ya que al actuar inhibitoriamente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual.

Durante la gestación normal en el primer, segundo y tercer trimestre los niveles de prolactina están alrededor de 75, 116 y 216 ng/ml, respectivamente.

El nivel máximo lo alcanza en la semana 25 y empieza a disminuir hacia la 38ª semana.

c) Cambios psicosociales y emocionales

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja la vea poco atractiva³¹.

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y cómo se enfrenta a los desafíos y al contexto que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja.

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que ésta, olvide 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 perspectivas 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 incomodidad³¹.

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

No podemos dejar de nombrar la presencia del feto, quien adopta la figura del intruso o de una tercera persona, tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño al hijo que está por nacer y éste puede ser un impedimento para una adecuada manifestación y liberación de las sensaciones sexuales. Sin duda, cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone readaptaciones.

d) Cambios culturales

La mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexuado, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto.

Frecuentemente la sexualidad ha sido ignorada en el diálogo entre la embarazada y el profesional sanitario o se le han impuesto a ésta arbitrarios

períodos de abstinencia o el obstetra no ha sido adecuadamente claro y explícito sobre alguna indicación de cambio en la actividad sexual.

La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas sugerencias pueden limitar de forma extrema los contactos sexuales o directamente anularlos. En ambas situaciones se puede ver alterada su relación de pareja. La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censuradora que no aprueba la sexualidad general y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito independientemente a su consecuencia fisiológica.

Habría que tener en cuenta que todas estas manifestaciones relacionadas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo a los valores vigentes de cada estrato socio-cultural. Los comportamientos sexuales colocan en evidencia las varias y diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, religión, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc.

2.2.2.7 El Post parto

a) Sexualidad en la mujer que no amamanta

Después del nacimiento, la mujer experimenta una serie de cambios que le permiten al cuerpo regresar al estado que ostentaba antes del embarazo. En general, todos estos cambios se producen en unas tres semanas.

Desde el punto de vista sexual, la mujer que no amamanta recupera muy rápido la ovulación y la actividad coital. Ésta es una maniobra de la naturaleza, que interpreta que la ausencia de lactancia, como un indicativo de que el niño murió y de inmediato activa los diferentes mecanismos de la reproducción, entre ellos el interés sexual

La sexualidad se ve deteriorada si las heridas del parto o de la cesárea se complican con procesos infecciosos.

Físicamente, las mujeres que no lactan están preparadas para la actividad sexual en un período muy corto. Sin embargo, desde los puntos de vista psicológico, emocional y social, muchas requieren lapsos mayores para reiniciarla.

Las faenas que implica el nuevo ser, como alimentarlo a lo largo de la noche, asolearlo, cuidarlo, así como el temor a cualquier infortunio, más todas las labores del hogar, son comúnmente situaciones muy desgastantes que inhiben el deseo sexual.

b) Sexualidad en la mujer que amamanta

En la mujer que da de mamar, se produce la misma dinámica citada anteriormente, pero además se libera una hormona llamada prolactina, la cual produce dos modificaciones. Esta hormona actúa en la región cerebral inhibiendo el deseo sexual, y en el área vaginal adelgaza las paredes y provoca que las relaciones sexuales resulten irritantes, molestas o hasta dolorosas.

Este mecanismo de la naturaleza pretende evitar que la mujer se vuelva a embarazar durante el amamantamiento, y de esa forma se dedique de lleno al niño.

De manera jocosa y positiva, es importante señalar que una gran cantidad de varones disfruta con la lactancia; el seno les parece más atractivo al estar turgente y grande, y muchos se deleitan con el sabor de la leche materna, con la sensación de succión y con lo tibia que le resulta la leche a la boca.

A otros más atrevidos les complace que la mujer los pringue con la leche en diversas partes del cuerpo. Ésto es totalmente normal y forma parte del potencial de la sexualidad.

En el caso de la mujer, algunas se sienten contrariadas al experimentar sensaciones placenteras y hasta auténticos orgasmos cuando el niño succiona los pezones.

Ésto es normal y es producto de las oleadas hormonales producidas por la succión

2.2.2.8 Creencia de mujeres durante el embarazo

Las creencias sobre el proceso reproductivo de la mujer han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad (Acosta, Alegría, Cajiao, Llano, Valencia, Zuluaga. 1997)³². En el contexto de la modernidad las mujeres han tenido que dejar y/o modificar las prácticas culturales ancestrales, resignificando el proceso del embarazo, para adaptar su conducta cultural a un espacio ajeno, el hospital, el consultorio, la posta rural, a nuevos personajes que influyen en su cuerpo y en la toma de decisiones como la matrona, el matrn, el médico, la médica, la enfermera, el enfermero y a nuevas tecnologías y procedimientos como la sala de parto, el quirófano y el instrumental obstétrico (Rodríguez, 2000)³³.

La comprensión de las costumbres, las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación (Pelcastre, Villegas, De León, Díaz, Ortega, Santillana, Mejía, 2005)³⁴. Conocer las creencias de mujeres acerca del embarazo y las prácticas que estas generan, permitirá al personal de salud adaptarse y utilizar nuevas formas de atención, que integren diferentes culturas y creencias.

Por ejemplo en la cultura mapuche, la mujer embarazada debe tomar precauciones acerca de diversas acciones como es el caso de alimentos pesados, grasosos, con exceso de condimentos, sal, ají, o expuestos

largamente al sol, los cuales aumentarían la condición de calidez de su estado. Las siguientes citas ilustran esta idea: “les sube el calor, el ácido y da colitis”, “las guaguas salen con su carita roja, con pintas rojas”. Otros alimentos prohibidos para la embarazada son aquellos que provocarían daño o imperfecciones al feto, entre éstos todos los alimentos gemelares y deformes. De esta manera, se puede inferir que aún perdura la conocida teoría de los cuatro humores o causalidad naturalística del proceso de salud enfermedad y este aún está presente en los relatos de las mujeres tanto de comunidades mapuches como urbanas y rurales.

Así, la alimentación está sujeta a una serie de reglas relacionadas también con la teoría del frío y el calor, y con el consumo de alimentos que dan fortaleza a la mujer y a su bebé. Entre estas reglas destacan la promoción del consumo de alimentos naturales como los derivados del trigo, frutas, verduras, aves de campo, etc., y con la prohibición de consumo de ciertos tipos de alimentos, entre ellos fruta verde, alimentos considerados pesados que afectarían el normal desarrollo del niño o niña en gestación (Sadler & Obach, 2006)³⁵.

Otras prácticas mencionadas por Alarcón y Nahuelcheo (2008)³⁶, tienen que ver con el plano espiritual, se recomienda que las mujeres embarazadas no deben exponerse a situaciones que les generen penas, sustos y se recomienda que no salgan de sus hogares al atardecer, para evitar la posibilidad de encontrarse con un anchimallen (espíritu con forma de niño o luz brillante), cherrufes (luces destellantes) meulen (viento arremolinado provocado por un espíritu), o un wayllepen (espíritu en forma de animal que aparece en lugares desolados, pantanosos; animal deforme), cualquier encuentro con uno de estos entes puede afectar directamente la salud del niño o niña, provocando todo tipo de anomalías al nacer, como también afectan la salud de la embarazada a quien le quita la energía necesaria para mantener sano al niño o niña que tiene en su vientre, incluso provocándole un aborto espontáneo.

También se recomienda que la embarazada no tenga contacto con personas enfermas o moribundas, sean estos humanos o animales, ya que esto produce el konün que es la enfermedad que pasa al feto a través del aliento de la persona afectada o enferma. El konün pasa como enfermedad inespecífica al feto, por tanto puede manifestarse incluso después del nacimiento. Para evitar que esta enfermedad se manifieste el niño o niña, debe observar la matanza de un ave o un animal en sus primeros años de vida.

Una creencia que se repite en muchas culturas tiene que ver con eventos de la naturaleza y la influencia de ésta sobre el embarazo. Por ejemplo: La gestante no puede salir de su hogar durante un eclipse, ya que esto provocaría malformaciones en el feto, y el niño o niña podría nacer sin nariz, pabellón auricular, o sin alguna de sus extremidades. También se recomienda no ver el arcoíris, pues esto provocaría manchas en la piel del recién nacido, sobretodo en la cara (Pelcastre, Villegas, De León, Díaz, Ortega, Santillana, Mejía. 2005). Desde la época prehispánica y hasta la actualidad se cree que el antojo de la mujer embarazada es una manifestación de las necesidades de la niña o niño a través de su madre y de no cumplirlo, el producto sufriría (Rodríguez, 2000). En México durante la época Virreinal la embarazada debía llevar consigo una piedra imán que ayudaba a mantener la continuidad del embarazo (Rodríguez, 2000).

2.2.2.9 Mitos sobre la sexualidad

a) La penetración puede molestar o hacer daño al bebé

La creencia de que durante el acto sexual se puede dañar al feto³⁷ es muy común y se remonta a la época de la Edad Media. Esto se debe a que la iglesia condenaba las relaciones sexuales que no tenían por fin la procreación. Es entonces, cuando se extiende la idea y falsa creencia que aún perdura en el colectivo social. Hoy en día ginecólogos y psicólogos no

sólo afirman que mantener una vida sexual activa durante el embarazo no es peligroso, sino que reporta grandes beneficios evitando los partos prematuros, la rotura de la bolsa amniótica e incluso las infecciones de transmisión sexual.

La evidencia científica muestra que es imposible que durante la penetración el pene llegue hasta el bebé, ya que el cuello del útero se encuentra cerrado por el tapón mucoso, siendo imposible afectar al desarrollo físico del feto³⁸. Por otro lado, el movimiento durante el acto sexual tampoco daña ni molesta al bebé, al contrario, le mecen, ya que él se encuentra protegido por la bolsa amniótica y envuelto por las gruesas paredes del útero.

b) El sexo puede provocar un aborto involuntario

En ningún estudio científico es posible encontrar el sexo y las relaciones íntimas de pareja como causa de aborto espontáneo o involuntario. Esto posiblemente se deba a lo explicado en el mito anterior.

La OMS define aborto como “la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos hueros) o de un feto de menos de 500 gramos, peso que corresponde a una gestación de 20 – 22 semanas”³⁹

c) Hacer el amor puede desencadenar el parto

Existe una creencia muy extendida sobre que el sexo en el último trimestre de gestación puede adelantar el trabajo de parto⁴⁰.

Según un estudio realizado por la Universidad de Cádiz (UCA) (59), la contractilidad uterina postcoital o postorgásmica, junto al semen masculino que contiene prostaglandinas, favorecen la contractilidad uterina, el borramiento del cuello y la dilatación cervical, demuestra que, aunque no es un desencadenante del parto, sí puede adelantarlos.

d) Tener orgasmo puede provocar problemas en el embarazo

El orgasmo es una de las fases de la respuesta sexual normal. Cuando la mujer tiene un orgasmo, se produce un espasmo de los músculos que abarca al tercio inferior de la vagina, seguido de contracciones rítmicas de los mismos. En ocasiones, también pueden producirse contracciones del útero dolorosas y prolongadas, que se han asociado a partos pretérmino y bradicardia fetal⁴¹, aunque no existe evidencia científica al respecto.

La satisfacción sexual durante el embarazo, a su vez, está ligada a los sentimientos de felicidad sobre la gestación, mantiene la autoestima de la gestante y ayuda a la creencia de que la mujer mantiene una gestación sana.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Alimentación

La alimentación es la acción y el efecto de alimentarse, según lo define la real academia española.

Creencias

Conjunto de principios ideológicos de una persona, un grupo social o un partido político.

Complicaciones

El embarazo es un estado natural pero pueden aparecer complicaciones tanto para la madre como para el niño.

Ecología fetal

Ecología Fetal Tipifica el desarrollo del concebido y su entorno desde que empieza como una célula, crece y se desarrolla hasta el momento de su llegada al mundo.

Edad gestacional

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

Ejercicios físicos

Se llama ejercicio físico a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física.

Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Estética

Se denomina estética a la rama de la filosofía que se encarga de la experiencia de la belleza en el ser humano.

Factores de riesgo en la etapa prenatal

Es toda característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño en el tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento (Prenatal Perú, 2003)⁴².

Función sexual

Es la integración armónica del sexo (netamente biológico) con la sexualidad (que se manifiesta mediante la actitud psicológica frente al sexo e implica, al mismo tiempo, la expresión de sentimientos).

Gestante

Gestante: estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Miedo

El miedo es una sensación asociada con lo desagradable, que se manifiesta tanto en los seres humanos como en los animales, ante la percepción de un concreto, inminente o futuro peligro, daño, que amenaza ciertamente su equilibrio y tranquilidad.

Mito

Es la respuesta expresada de las madres sobre todo aquello que realizan otorgándole un poder sobrenatural con poderes que pueden curar o causar enfermedad, ser sobrenatural que sale de la nada.

Nivel de instrucción

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Prenatal

La etapa o fase prenatal es la primera de las etapas dentro del desarrollo del ser humano y precede a la infancia.

Repuesta sexual

Este término se refiere a todos los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual y fue descrito por primera vez en el año de 1966 por Masters y Johnson (1978).

Salud Reproductiva

“Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos.” (OMS, 1994)⁴³.

Salud Sexual

“Integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor.” (OMS, 1994).

Tabúes

Es un término polinesio que significa “lo prohibido”. El concepto permite mencionar las conductas o acciones que están prohibidas o censuradas por un grupo humano debido a cuestiones culturales, sociales o religiosas.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos tenemos tres tipos de mitos y tabúes sobre sexualidad, los mismos que se evidencian en aquello que lastiman al bebé

aquellos que lastiman a la futura madre y mitos que benefician las relaciones sexuales durante la gestación.

Según los resultados de la Tabla N° 01 podemos evidenciar que entre los mitos y tabúes más frecuentes es que el pene golpea al bebé dañando la cabeza del mismo, que el semen intoxica al bebé, las relaciones sexuales provocan en el niño; sangrado placentario, aborto, asimismo que las relaciones sexuales seca la leche materna y que la lactancia impide que el cuerpo recupere su forma; además en los mitos sobre los beneficios se evidencio que el sexo en el embarazo ayuda a controlar dolores del parto, mejora la elasticidad y fortaleza de la zona pélvica y ayuda a mantener un buen estado emocional en la mujer durante el embarazo. Muchas mujeres en este periodo solicitan ayuda del personal sanitario. Situación que debemos considerar lo que concluyen los investigadores Gómez y Moreno (2012). Los profesionales dedicados al cuidado de la salud de la mujer, deberían incidir de forma clara, explícita y sistemática, al hacer los controles durante toda la gestación, en el ejercicio de la sexualidad como conducta saludable.

Según los datos observados en la Tabla N° 06 deducimos que las gestantes entre 15 a 20 años consideran que durante las relaciones sexuales el pene golpea la cabeza del bebé (9,09%), en mujeres de 21 a 25 años manifiestan que el contacto sexual ocasiona sangrado placentario en perjuicio del bebé (12,73%) y en mujeres de 26 a 30 años manifestaron que el tener relaciones sexuales permite incrementar un buen estado emocional (5,45%). Confirmando lo sostenido por Osorio quien concluye que las adolescentes embarazadas tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. Así como la teoría de Master y Johnson quien

manifiesta que en el primer trimestre de la gestación, se presentan características comunes en algunas gestantes como la disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y en otras se produce todo lo contrario.

De acuerdo a los resultados de la tabla N° 07 observamos que los mitos y tabúes sobre sexualidad según las opiniones de gestantes solteras sostienen que el tener relaciones sexuales durante el embarazo produce malformaciones en el bebé (7,27%) frente a la opinión de las gestantes en pareja quienes manifiestan que el sangrado placentario es el mito con mayor frecuencia ante la sexualidad (12,73%).

Según la tabla N° 08 observamos que los mitos y tabúes sobre sexualidad en el I trimestre de gestación son el sangrado placentario (7,27%), en el II trimestre los mitos que el semen puede intoxicar al bebé (5,45%) y que las relaciones sexuales ocasionan aborto (5,45%) coincidiendo en III trimestre que el semen intoxica al bebé (9,109%). Por lo tanto se debe considerar lo investigado por Cabré & Venegas (2013). De acuerdo a estos datos es primordial entregar información clara, explícita y sistemática durante todos los controles prenatales, no solo a la madre si no que enfocar también al padre o progenitor, que según los resultados de este estudio es afectado físicamente por el embarazo. Además desmentir los mitos en base a la gestación, educando y evitando el cuestionamiento de su accionar, por parte de las usuarias, es parte fundamental en el Rol de la Matrona o Matrón.

De acuerdo a los datos obtenidos a partir del nivel de instrucción según la tabla N° 09 en cuanto a los mitos sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo evidenciamos que en mujeres que no poseen estudios piensan que es el semen que intoxica al bebé durante las relaciones sexuales (7,27%), en aquellas mujeres con estudios primarios prevalece el mito que se produce sangrado placentario durante la actividad sexual (5,45%) y en mujeres con estudios secundarios las gestantes consideran que la actividad

sexual produce aborto (9,09%) y genera dolores de parto (9,09%). Coincidiendo con Oelrich quien en su investigación concluye que las variables sociodemográficas y la función sexual no se comportan de modo uniforme; no existe un estereotipo con respecto a las variables en estudio. Asimismo se confirma lo sostenido por la Asociación Española para el estudio de la menopausia en su capítulo de la sexualidad en el embarazo y puerperio sosteniendo que 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

3.2 CONCLUSIONES

Se identificaron tres mitos sobre sexualidad durante el embarazo y que guardan relación con que el tener relaciones sexuales produce sangrado placentario dañando a la futura mamá, en segundo lugar el mito de que el contacto sexual puede producir aborto dañando al bebé y el tercer mito con mayor frecuencia es que el pene puede golpear la cabeza del bebé.

Según la edad de las gestantes podemos deducir que a medida que tienen mayor edad las mujeres embarazadas disminuye los mitos y tabúes sobre sexualidad, presentando con mayor frecuencia en mujeres de 21 a 25 años.

Se concluye que el 65,45% de las gestantes que viven con su pareja tienen mayor frecuencia de mitos y tabúes frente a las gestantes solteras que hacen un total de 34,55% de las 55 gestantes que si tienen mitos de sexualidad durante el embarazo.

Se evidencia que cuanto mayor tiempo de edad gestacional aumenta los mitos por el temor que tienen las gestantes de causar daño al bebé y a ellas mismas;

observándose que en el tercer trimestre existe mayor frecuencia de intoxicar al bebé mediante el semen.

Finalmente se concluye que las gestantes que no poseen estudio son las que menor frecuencia de mitos tienen y a medida que mayor grado de nivel de instrucción tienen las gestantes el temor de hacerle daño al bebé por tener relaciones sexuales aumenta, asimismo se observa que en el caso de las gestantes con nivel superior no tienen mitos sobre la sexualidad durante el embarazo.

3.3 RECOMENDACIONES.

Con los resultados encontrados, determinamos los mayores mitos y tabúes de sexualidad que tienen las mujeres en la etapa de embarazo en asociación con los conocimientos muchas veces incorrectos que pueden afectar el bienestar de la mujer, por lo tanto se presenta algunas recomendaciones:

Se recomienda a las autoridades de MINSA que mediante la labor de los profesionales sanitarios que participan en el cuidado y asesoramiento de la gestante ofrezcan una atención de forma integral, actitud de escucha y de apoyo sobre cuestiones relativas al comportamiento sexual que exige un tacto exquisito, así como integridad, tolerancia y comprensión.

Planificar programas de fácil implantación para otorgar información oportuna acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo, de bajo coste y con beneficios para las gestantes. Promocionar la salud de la embarazada y su pareja, reduciendo el riesgo de aparición de disfunciones sexuales y mejorando su calidad de vida.

Las entidades del estado como Educación y Salud deben gestionar planes educativos que contemplen a la educación sexual como un tema permanente de

intervención y no de manera esporádica, así como también realizar alianzas estratégicas entre las Instituciones educativas y las entidades de salud para facilitar el acceso a una información segura y pertinente sobre sexualidad.

ANEXOS

- 1.- FUENTES DE INFORMACIÓN
- 2.- MATRIZ OPERACIONAL
- 3.- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- 3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fuentes de información

- ¹ Anders Agmo Functional and dysfunctional sexual behavior (en inglés). Elsevier 2007.
- ² Alonso L.M., Pérez M.A., Arias C., Figueroa N., Gamarra C., Martínez A., et al, *Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur*. Colombia: Barranquilla. 2003(7-10).
- ³ Morris, D. Masculino y femenino. Barcelona Plaza y Janés. (Original no consultado citado por CHARNA, M; HENRIQUEZ, E. *Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados*. Publicado en Rev. Ciencia y Enfermería. 2003,9(1): 55-64)
- ⁴ Worth, Dooley. *¿Qué tiene que ver el amor en esto?* La influencia del amor romántico en la conducta sexual de riesgo. En Zeidenstein, S y Moore, K (eds) *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar* pp. 135-155. Nueva York. (Original no consultado citado por CHARNA, M; Henriquez, E. 2003. *Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados*. Ciencia y Enfermería. 1999, 9(1): 55-64)

-
- ⁵ Herant A, Donald T. *Las bases de la sexualidad*. Stanford: University, 1982:9-1154, 151-74.
- ⁶ Fernández, N. *Mitos en el embarazo*. Universidad Valladolid. 2016.
- ⁷ García. *Sexualidad en el periodo gestacional*. 2014. Universidad de Cádiz.
- ⁸ Cabré & Venegas. *Creencias sobre las prácticas de autocuidado en segundo y tercer trimestre de embarazo que tienen hombres y mujeres mayores de 18 años*. 2013. Universidad Austral de Chile.
- ⁹ Gómez Cantarino S; Moreno Preciado M. *La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio*. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.09>>
- ¹⁰ Cordero & Rodríguez: *Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística*. *Revista Iberoamericana de Educación* ISSN: 1681-5653 N° 45/1 – 25 de enero de 2008 EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).
- ¹¹ Oelrich. *Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva*. 2006. Universidad Austral de Chile.
- ¹² Ramírez, L. *Mitos, creencias y costumbres de las madres en el cuidado al recién nacido en el centro poblado Pallalla – distrito Acoria Huancavelica – 2012*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- ¹³ Osorio: *Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima –Perú.

-
- ¹⁴ Matesanz Nogales A. Mitos sexuales de la masculinidad. Madrid: 2006. Biblioteca nueva.
- ¹⁵ Gallardo G, Hiriart I, Luna P. et al. *Mitos en relación a la sexualidad y su influencia en la satisfacción sexual de la población inscrita de 20 a 64 años en los centros de salud cardenal caro, cardenal Raúl Silva Hernández y de la comuna de la serena. 2004.* Chile.
- ¹⁶ Arrieta, C. y Campos, A. Tabúes en torno a la sexualidad. En Vivencia de la sexualidad. Módulo 45. San José: Departamento de Educación de Adultos- MEP. 1996 (pp.13-22)
- ¹⁷ Kolodny R, Master W, Johnson E. Tratado de Medicina Sexual. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1985:234, 314-5 (Edición Revolucionaria).
- ¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997. Cuba.
- ¹⁹ Mas M. *Bases Fisiológicas de la sexualidad.* Sexualidad humana: una aproximación integral. Editorial Médica Panamericana; 2005. 21-32. Madrid.
- ²⁰ Masters W, Johnson V. *Respuesta Sexual Humana.* Revista de Psicosexualidad. 2009. Disponible en <http://psicosexualidadourense.blogspot.pe/2009/08/masters-y-johnson.html>
- ²¹ Soria B. *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio.* Almería: Universidad de Almería. 2012.
- ²² Castelo-Branco C. *Sexualidad humana: Una aproximación integral.* Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2005.

-
- ²³ Benítez G, Medina N. Uso de prostaglandinas en obstetricia. *Revista de la Facultad de Medicina* [revista en Internet] 2006 [acceso 5 de junio de 2014]; 29(1): [1]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ²⁴ Castelo-Branco C, Sebastini M, Siseles M. (I) *Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales* (II). Embarazo y puerperio. *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- ²⁵ Mas M. *Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización*. *Revista Internacional de Andrología* [revista en Internet] 2007 enero [acceso el 23 de enero de 2014]; 5(1): [11–21]. Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X07740293>.
- ²⁶ Barreno, G., Lezcano, Y, y Mosqueira, L. *Comparación del Crecimiento intrauterino entre recién nacidos a término de madres adolescentes y adultas*. Quito: Universidad Central de Ecuador. 2007.
- ²⁷ Valencia, K. X. T., Esquivel, J. F. Á., & Morales, R. V. P. (2012). Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 4(2), 71-78.
- ²⁸ Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Médica Panamericana. Madrid. 2007.
- ²⁹ Fetal Medicine Barcelona [sede Web]. Barcelona 2014 [actualizado el 1 de junio de 2013; acceso el 25 de mayo de 2014]. Innatal. El suelo pélvico y los beneficios de ejercitarlo [1]. Disponible en: <http://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/91-el-suelo-pelvico-y-los-beneficios-de-ejercitarlo.html>

-
- ³⁰ Contreras I. *Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas*. Barcelona. 2010.
- ³¹ Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona; 2011 [acceso 10 de febrero de 2014]. AEEM informa. La Sexualidad en el embarazo y puerperio [8]. Disponible en: http://www.aeem.es/ampliar_informam.asp?id=9
- ³² Acosta, M. Alegría, L. Cajiao, G. Llano, A. Valencia, C. Zuluaga. P. (1997). Creencias Populares Sobre el Autocuidado Durante el Puerperio, en las Instituciones de Salud de Nivel 1. *Colombia Médica*. 28(1), 42-50.
- ³³ Rodríguez, M. (2000). Costumbres y Tradiciones en Torno al Embarazo y al Parto en México Virreinal. *Anuario de Estudios Americanos*. 2(1), 501-507.
- ³⁴ Pelcastre, P. Villegas, N. De León, V. Díaz, A. Ortega, D. Santillana, M & Mejía, J. (2005). Embarazo, Parto y Puerperio: Creencias y Prácticas de Parteras en San Luis Potosí, México. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*. 39(4), 375-382.
- ³⁵ Sadler, M & Obach , A. (2006). Pautas de crianza mapuche Estudio "Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años". Centro Interdisciplinario de Estudios de Género CIEG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública, CIGES, Universidad de la Frontera.
- ³⁶ Alarcón, A & Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias Sobre el Embarazo, Parto y Puerperio en la Mujer Mapuche: Conversaciones Privadas. *Revista de Antropología Chilena*. 40(2). 193-202.
- ³⁷ Crecerfeliz.es. [Online]. [cited 2017 04. Available from: <http://www.crecerfeliz.es/Embarazo/Cuidados/mitos-embarazo>.

-
- ³⁸ Almas.com. [Online]; 2013 [cited 2017 04. Available from: <http://www.churchforum.org/printpdf/sexo-durante-embarazo-puede-afectar-psicologicamente-bebe.htm.pdf>.
- ³⁹ Masquesalud.com. [Online]. 2013 [cited 2017 04. Available from: <http://www.masquesalud.com/sexo-durante-el-embarazo-mitos-y-verdades/>.
- ⁴⁰ García Romero M. UCA. [Online].; 2009 [cited 2017 04. Available from: <http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf>.
- ⁴¹ Levin AA. Universidad Abierta Interamericana. [Online]; 2012 [cited 2017 04. Available from: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112561.pdf>.
- ⁴² Pre Natal Perú, Fundación De Waal. Formación de mediadores para los profesionales de salud y educación. Lima Perú. 2003.
- ⁴³ Organización Mundial de la Salud. Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. New York: Family Care International. 1994.

ANEXO 01: MATRIZ OPERACIONAL

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO
Edad Estado civil Edad gestacional Nivel de instrucción	Condición demográfica	Edad cronológica Condición Trimestre Grado de estudios	Años Soltera / pareja I, II, III No posee, primario, secundario, superior	Numérica Nominal Ordinal Ordinal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA	
MITOS Y TABUES SOBRE SEXUALIDAD	Mitos y tabúes que lastiman al bebe	Pene golpea a bebé Semen intoxica a bebé Malformaciones en el niño	Si /No	Nominal	
	Mitos y tabúes que lastiman a la futura madre	Provoca sangrado placentarios Provoca aborto Relaciones sexuales seca la leche Lactancia impide que cuerpo recupere su forma	Si /No		
	Mitos y tabúes que benefician las relaciones sexuales durante la gestación	Controla dolores de parto Mejora la elasticidad y fortaleza de la zona pélvica, Ayuda a mantener un buen estado emocional	Si /No	Nominal	

**ANEXO 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN
MITOS Y TABUES DURANTE EL EMBARAZO EN EL CENTRO DE SALUD “MACACONA” –
ESSALUD; DISTRITO DE SUBTANJALLA – ICA, AÑO 2017.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad durante el embarazo según la opinión de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Identificar los mitos y tabúes sobre sexualidad durante el embarazo según la opinión de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017</p>	No aplica
<p>ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según la edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?</p> <p>¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según el estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?</p> <p>¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según la edad gestacional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?</p> <p>¿Cuáles son los mitos y tabúes sobre sexualidad frecuentes durante el embarazo según el nivel de instrucción de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017?</p>	<p>ESPECÍFICOS</p> <p>Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según la edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.</p> <p>Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según el estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.</p> <p>Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según la edad gestacional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.</p> <p>Describir los mitos y tabúes sobre sexualidad más frecuentes durante el embarazo según el nivel de instrucción de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017</p>	

ANEXO 04: MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada madre (a): Agradecemos su gentil participación en la presente investigación, para obtener información sobre los mitos y tabúes.

El cuestionario es anónimo, por favor responda con sinceridad. Lea usted con atención y conteste marcando con una "X" y/o llenando el recuadro.

DATOS GENERALES

1. Edad : _____

2. Estado Civil : Soltera () En pareja ()

3. Edad de gestación : I trimestre () II trimestre () III trimestre ()

4. Nivel de Instrucción :

- a) No posee
- b) Primario
- c) Secundario
- e) Superior

3. Mitos y tabúes sobre sexualidad

MITOS Y TABUES SOBRE SEXUALIDAD	SI	NO
---------------------------------	----	----

QUE LASTIMAN AL BEBÉ		
Pene golpea a bebé dañando su cabeza		
Semen intoxica a bebé		
Provoca malformaciones en el niño		
QUE LASTIMAN A LA FUTURA MADRE		
Provoca sangrado placentarios		
Provoca aborto		
Relaciones sexuales seca la leche		
Lactancia impide que cuerpo recupere su forma		
QUE BENEFICIAN LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA GESTACIÓN		
El sexo en el embarazo ayuda a controlar dolores de parto		
Mejora la elasticidad y fortaleza de la zona pélvica, lo cual es de gran beneficio para el parto		
Ayuda a mantener un buen estado emocional en la mujer, la hace sentir deseable, bonita y sensual		



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:

HUAYANCA HERNÁNDEZ ROSMERY ELISA

Bachiller Obstetricia

Universidad Alas Peruanas Filial Ica

Por favor, lee (a) el texto abajo. Si no puedes leer, el investigador lo hará por ti paso a paso.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Identificar los mitos y tabúes más frecuentes durante el embarazo según la opinión de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Macacona – Es Salud, distrito de Subtanjalla – Ica, año 2017.

El estudio será necesario para poder:

Evidenciar la presencia de mitos y tabúes que podría influir en el normal desarrollo del neonato durante el embarazo, de tal modo que se brinden recomendaciones para el tratamiento oportuno.

PARTICIPACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y RIESGOS

1. Está garantizada toda la información que yo solicite, antes, durante y después del estudio.
2. Los resultados del procedimiento serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.
3. Será realizada una entrevista a todas las mujeres en estado de puerperio.

BENEFICIOS:

Se te informará de los resultados de esta investigación y se tomarán las medidas correctivas ática para aclarar dudas en base al conocimiento existente sobre esta problemática; además se te explicará las recomendaciones para reducir la gravedad del problema en cuestión.

COMPENSACIÓN:

Tu participación en la investigación es voluntaria no incurrirá en costos personales, y también no recibiré ningún tipo de auxilio financiero, resarcimiento o indemnización por esta participación.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Estoy consciente que los resultados obtenidos durante esta investigación serán divulgados en publicaciones científicas, de forma a preservar a confidencialidad de los datos.

PROBLEMAS O PREGUNTAS:

En caso haya algún problema o pregunta, o algún daño relacionado con la investigación, podré contactar al investigador responsable, HUAYANCA FERNANDEZ ROSEMARY ELISA, Bachiller en obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, Filial Ica, responsable del proyecto.

CONSENTIMIENTO /PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

1. Tengo a libertad de desistir o interrumpir mi participación en este estudio en el momento en que deseo, sin necesidad de cualquier explicación, bastando informar oralmente o por escrito al investigador de mí recusa.
2. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.
3. El abandono no causará ningún prejuicio.

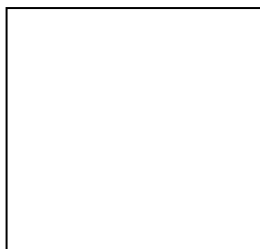
Yo.....identificado con
DNI....., concuerdo de libre y espontánea voluntad autorizar la participación de mi
hijo/a.....en el estudio.

“Declaro que obtuve toda la información necesaria y fui esclarecido(a) de todas las dudas presentadas”.

Fecha: _____

Firma: _____

Si no puede firmar, ponga su huella digital en el espacio abajo:



ANEXO 06: Tablas

Tabla N° 01: Distribución de mitos y tabúes más frecuentes en gestantes

Mitos y Tabúes	SI		NO		TOTAL	%
	N	%	NO	%		
PENE	8	10,00	6	7,50	14	17,50
SEMEN	6	7,50	4	5,00	10	12,50
MALFORMACIONES	3	3,75	1	1,25	4	5,00
SANGRADO PLACENTARIO	10	12,50	2	2,50	12	15,00
ABORTO	8	10,00	3	3,75	11	13,75
SECA LA LECHE	3	3,75	0	0,00	3	3,75
LACTANCIA	2	2,50	1	1,25	3	3,75
DOLORES DE PARTO	6	7,50	4	5,00	10	12,50
ELASTICIDAD Y FORTALEZA	4	5,00	2	2,50	6	7,50
BUEN ESTADO EMOCIONAL	5	6,25	2	2,50	7	8,75
Total	55	68,75	25	31,25	80	100,00

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 02: Distribución de edad en gestantes

Edad	N	%
15 - 20 años	14	17,50
21 - 25 años	27	33,75
26 - 30 años	25	31,25
31 - 35 años	10	12,50
36 - 40 años	3	3,75
más de 40 años	1	1,25
Total	80	100

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 03: Distribución de estado civil en gestantes

	N	%
SOLTERA	34	42,50

EN PAREJA	46	57,5
Total	80	100

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 04: Distribución de edad gestacional

	N	%
I TRIMESTRE	24	30,00
II TRIMESTRE	12	15,00
III TRIMESTRE	44	55,00
Total	80	100

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 05: Distribución de nivel de instrucción en gestantes

	N	%
NO POSEE	14	17,50
PRIMARIO	18	40,00
SECUNDARIO	35	43,75
SUPERIOR	13	16,25
Total	80	100

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 06: Distribución de Mitos y tabúes sobre sexualidad según edad de las gestantes

Mitos y tabúes/ edad	15 - 20		21 - 25		26 - 30		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%		
PENE	5	9,09	2	3,64	1	1,82	8	14,55

SEMEN	1	1,82	3	5,45	2	3,64	6	10,91
MALFORMACIONES	0	0,00	2	3,64	1	1,82	3	5,45
SANGRADO PLACENTARIO	1	1,82	7	12,73	2	3,64	10	18,18
ABORTO	3	5,45	4	7,27	1	1,82	8	14,55
SECA LA LECHE	0	0,00	2	3,64	1	1,82	3	5,45
LACTANCIA	0	0,00	1	1,82	1	1,82	2	3,64
DOLORES DE PARTO	2	3,64	3	5,45	1	1,82	6	10,91
ELASTICIDAD Y FORTALEZA	0	0,00	3	5,45	1	1,82	4	7,27
BUEN ESTADO EMOCIONAL	2	3,64	0	0,00	3	5,45	5	9,09
Total	14	25,45	27	49,09	14	25,45	55	100,00

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 07: Distribución de Mitos y tabúes sobre sexualidad según estado civil

Mitos y tabúes/ estado civil	SOLTERA		EN PAREJA		TOTAL	%
	N	%	N	%		
PENE	2	3,64	5	9,09	7	12,73
SEMEN	3	5,45	6	10,91	9	16,36
MALFORMACIONES	4	7,27	2	3,64	6	10,91
SANGRADO PLACENTARIO	2	3,64	7	12,73	9	16,36
ABORTO	3	5,45	4	7,27	7	12,73
SECA LA LECHE	2	3,64	0	0,00	2	3,64
LACTANCIA	0	0,00	4	7,27	4	7,27
DOLORES DE PARTO	0	0,00	2	3,64	2	3,64
ELASTICIDAD Y FORTALEZA	1	1,82	1	1,82	2	3,64
BUEN ESTADO EMOCIONAL	2	3,64	5	9,09	7	12,73
Total	19	34,55	36	65,45	55	100,00

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

Tabla N° 08: Distribución de Mitos y tabúes sobre sexualidad según edad gestacional

Mitos y tabúes/ edad gestacional	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%		
PENE	1	1,82	2	3,64	4	7,27	7	12,73
SEMEN	2	3,64	3	5,45	5	9,09	10	18,18
MALFORMACIONES	3	5,45	1	1,82	0	0,00	4	7,27

SANGRADO PLACENTARIO	4	7,27	2	3,64	1	1,82	7	12,73
ABORTO	2	3,64	3	5,45	1	1,82	6	10,91
SECA LA LECHE	0	0,00	1	1,82	3	5,45	4	7,27
LACTANCIA	0	0,00	1	1,82	4	7,27	5	9,09
DOLORES DE PARTO	1	1,82	2	3,64	3	5,45	6	10,91
ELASTICIDAD Y FORTALEZA	0	0,00	0	0,00	2	3,64	2	3,64
BUEN ESTADO EMOCIONAL	2	3,64	1	1,82	1	1,82	4	7,27
Total	15	27,27	16	29,09	24	43,64	55	100,00

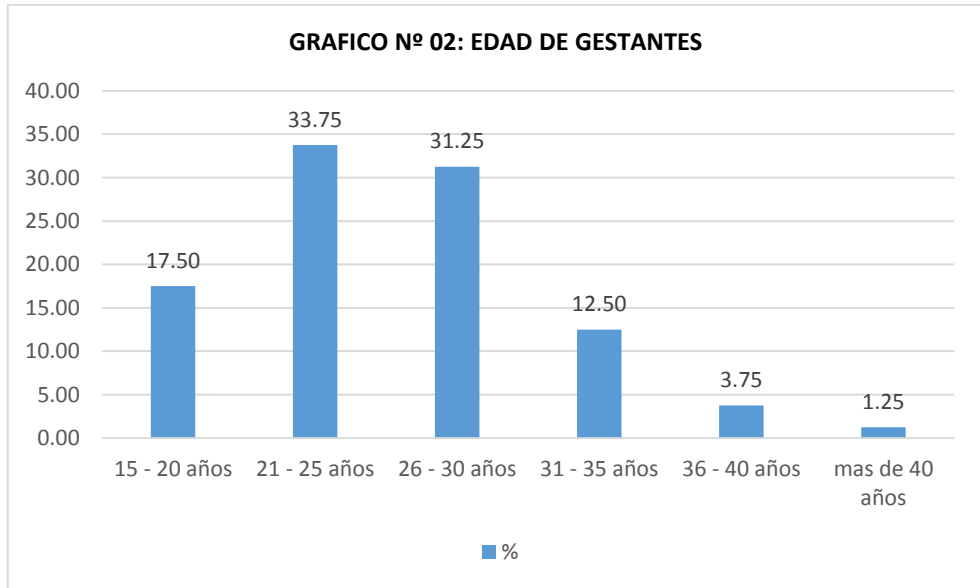
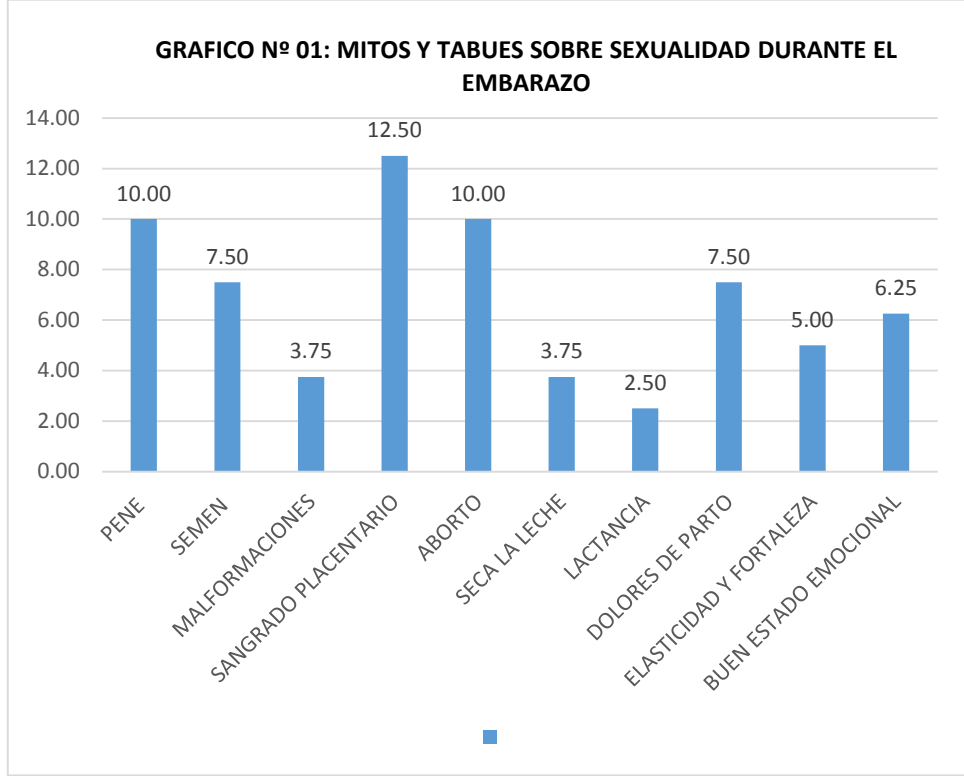
Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

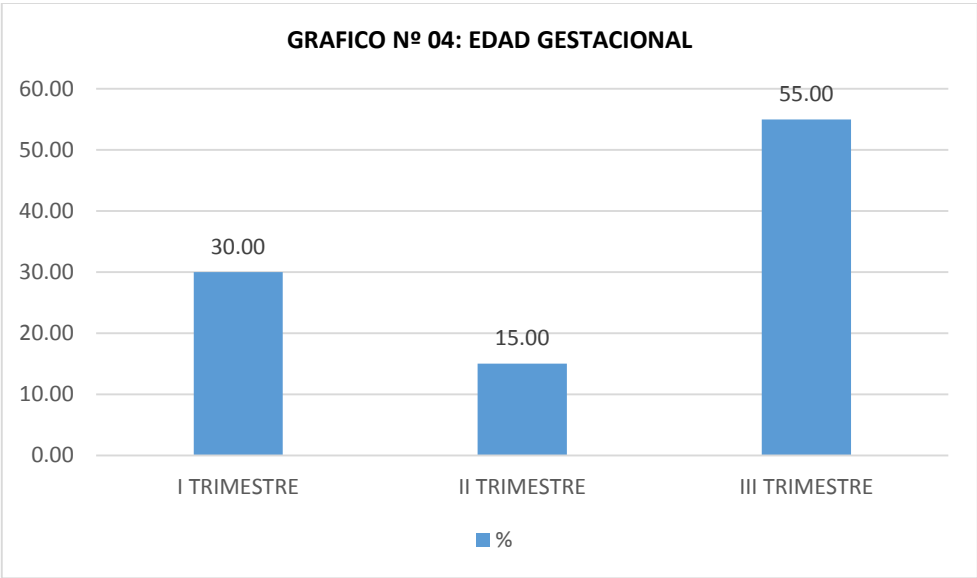
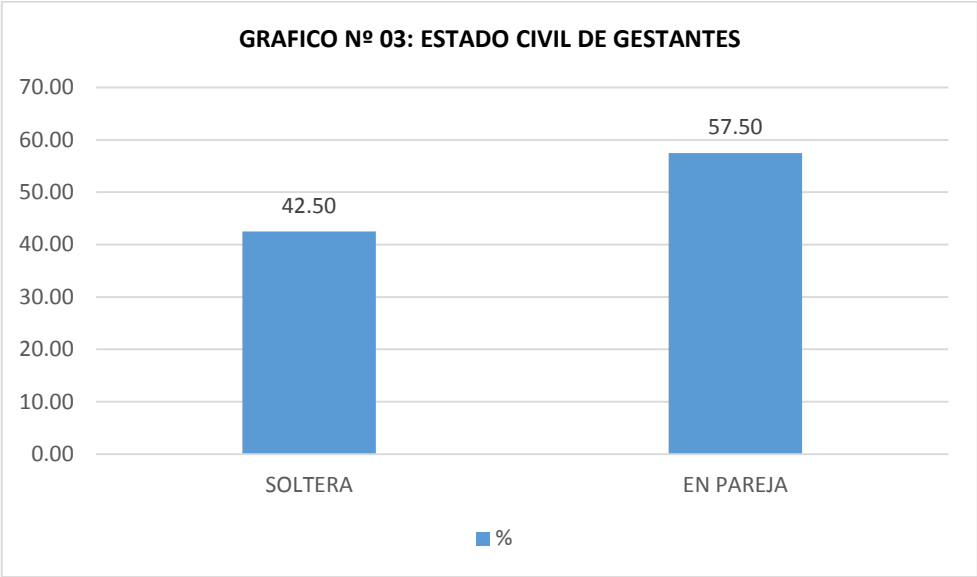
Tabla N° 09: Distribución de Mitos y tabúes sobre sexualidad según nivel de instrucción

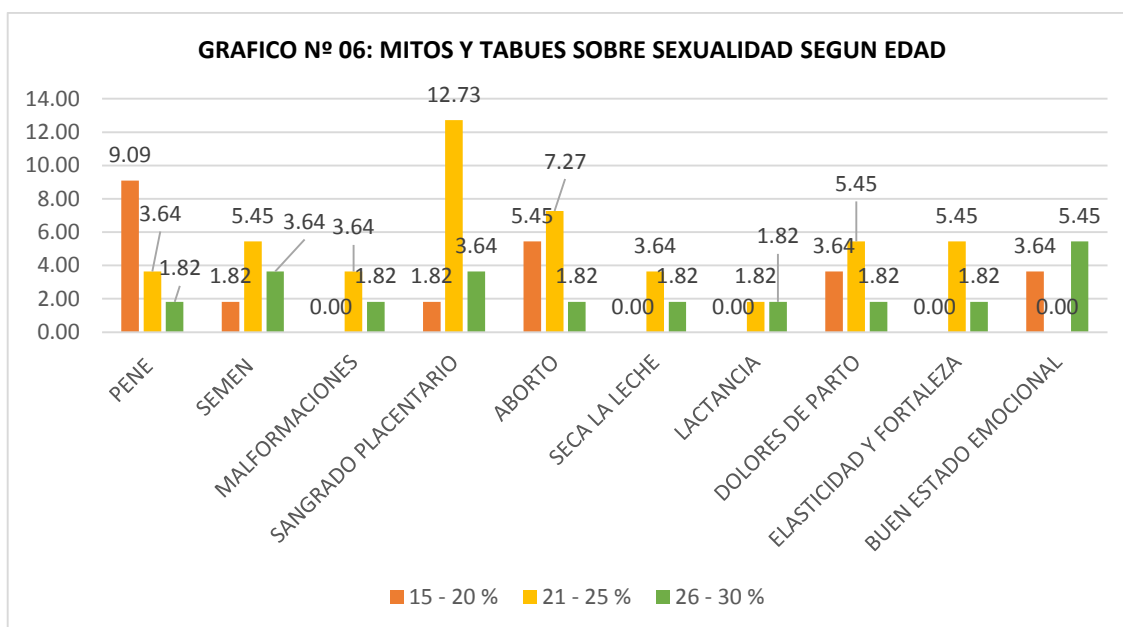
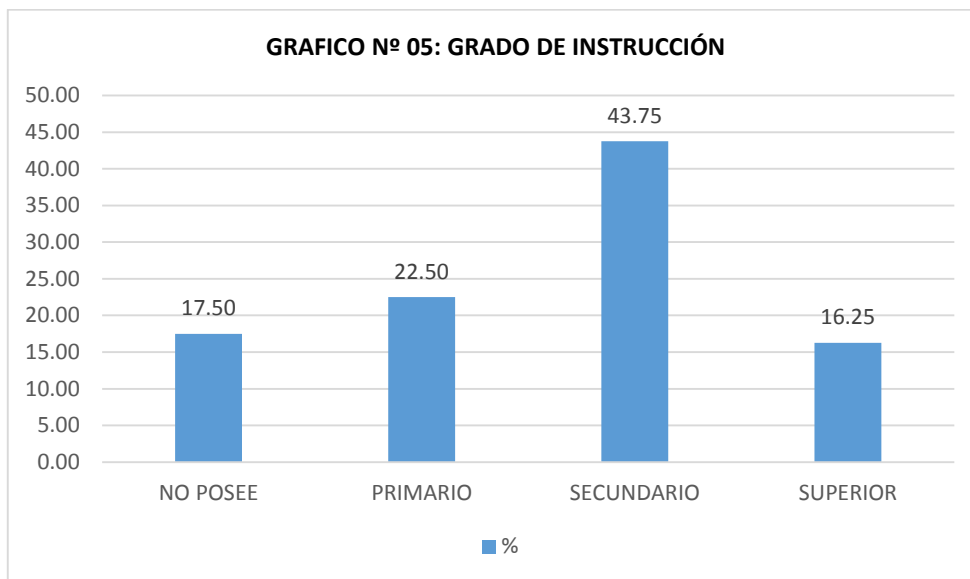
Mitos y tabúes/ edad gestacional	NO POSEE		PRIMARIO		SECUNDARIO		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%		
PENE	2	3,64	1	1,82	2	3,64	5	9,09
SEMEN	4	7,27	3	5,45	1	1,82	8	14,55
MALFORMACIONES	2	3,64	1	1,82	0	0,00	3	5,45
SANGRADO PLACENTARIO	2	3,64	3	5,45	4	7,27	9	16,36
ABORTO	1	1,82	2	3,64	5	9,09	8	14,55
SECA LA LECHE	0	0,00	2	3,64	3	5,45	5	9,09
LACTANCIA	2	3,64	1	1,82	2	3,64	5	9,09
DOLORES DE PARTO	1	1,82	2	3,64	5	9,09	8	14,55
ELASTICIDAD Y FORTALEZA	0	0,00	0	0,00	2	3,64	2	3,64
BUEN ESTADO EMOCIONAL	0	0,00	1	1,82	1	1,82	2	3,64
Total	14	25,45	16	29,09	25	45,45	55	100,00

Fuente: Gestantes del Centro de Salud Macacona

ANEXO 07: Gráficos







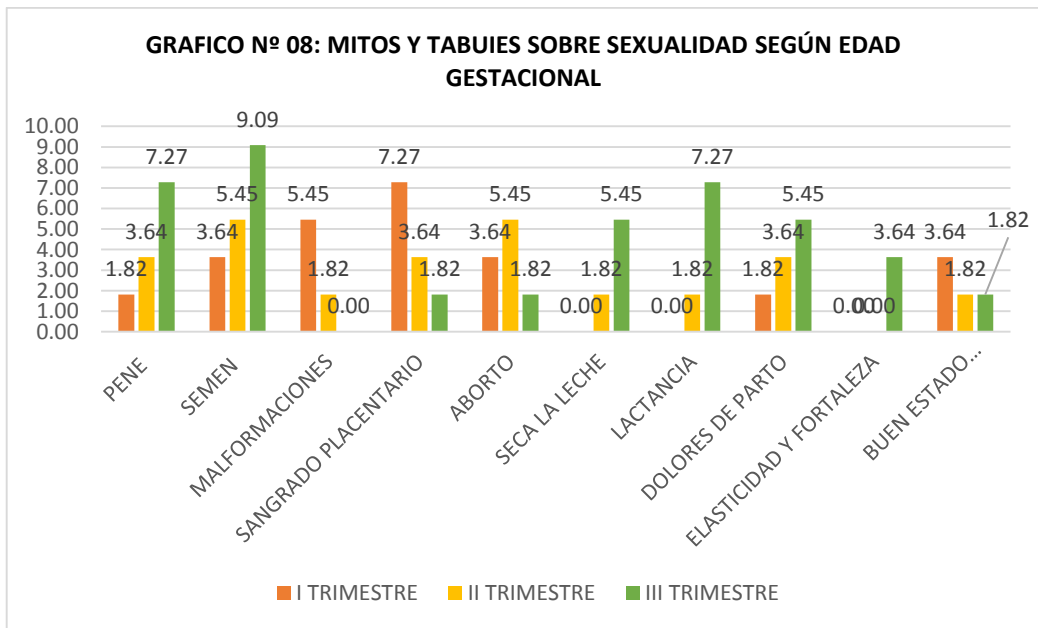
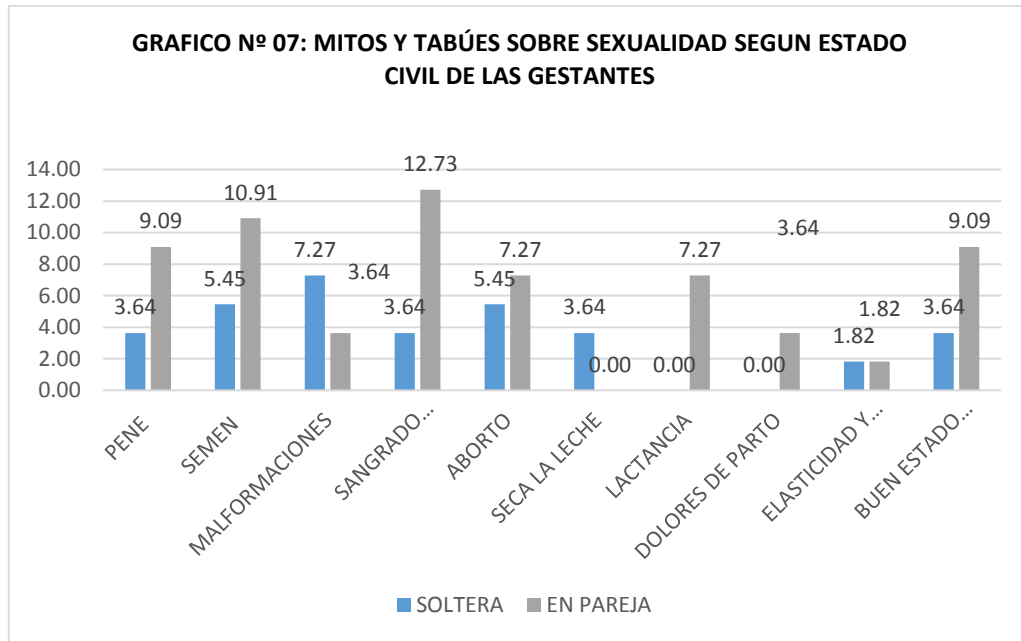


GRAFICO Nº 09: MITOS Y TABUES SOBRE SEXUALIDAD SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

