



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CENTRO DE POSTGRADOS**

**POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Tesis previa a la obtención del  
Título de especialista en Ginecología y Obstetricia**

**CAMBIOS EN LA PRÁCTICA SEXUAL DE GESTANTES HOSPITAL  
VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2015**

**Autor:** Md. Gabriel Fernando López Espinoza

**Director:** Dr. Roberto Javier Herrera Calvo

**Asesor:** Dr. Carlos Eduardo Arévalo Peláez

**Cuenca – Ecuador**

2016



## RESUMEN

**Introducción:** Durante la gestación hay cambios en la actividad sexual y en los patrones de comportamiento vemos disminución en el interés sexual, actividad y satisfacción.

**Metodología:** se realizó un estudio observacional analítico transversal con una muestra de 265 pacientes embarazadas que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. Se aplicó un cuestionario previamente validado para determinar las características de la actividad sexual de las pacientes embarazadas.

**Resultados:** el promedio de edad de las maternas es de 24,9 años  $DS \pm 6,2$ . La principal fuente de información sobre sexualidad en la gestación fue el colegio y la pareja. Inicio de vida sexual 68,70% entre los 15-19 años. Hay una disminución progresiva de la frecuencia de las relaciones sexuales a medida que progresa el embarazo. Antes del embarazo el promedio de relaciones sexuales también disminuye de 3,0 a 1,7 en el primer trimestre, 1,6 en el segundo trimestre y 1,1 en el tercer trimestre. De igual manera, existe una disminución del deseo sexual y las posibilidades de tener un orgasmo. En el primer trimestre la posición que prefieren las embarazadas es con el hombre encima 89,40%, en el segundo trimestre la mujer encima 53,60% y en el tercer trimestre la posición lateral 83,80%. El 49,1% cree que es muy importante las relaciones en la vida de pareja y el 59,6% cree que puede afectar al bebé.

**Conclusiones:** durante la gestación hay una disminución progresiva de la frecuencia de las relaciones sexuales, deseo y número de orgasmos.

**Palabras claves:** EMBARAZO, ACTIVIDAD SEXUAL, ORGASMO, DESEO SEXUAL.



## ABSTRACT

**Introduction:** During pregnancy there are changes in the sexual activity and the patterns of behavior. In general there is a decline in sexual interest, activity and satisfaction.

**Methodology:** an observational study was conducted with a analytical cross-sectional sample of 265 pregnant patients who came to the Hospital Vicente Corral Moscoso of the city of Cuenca. A questionnaire was used previously validated to determine the characteristics of the sexual activity of pregnant patients.

**Results:** The average age of the mother is of  $24.9 \pm 6.2$  years DS . The main source of information on issues of sexuality in the gestation was the college and the couple. The majority 68.70 % of patients referred have initiated the sex life between 15-19 years. There is a progressive decrease in the frequency of sexual relations as the pregnancy progresses. Before the pregnancy the average sexual intercourse also decreases from 3.0 to 1.7 in the first quarter, 1.6 in the second quarter and 1.1 in the third quarter. Similarly, there is a decreased sexual desire and the chances of having an orgasm. In the first quarter the position that preferred pregnant women is with the man above 89.40 %, in the second quarter the women above 53.60 % and in the third quarter the lateral position 83.80 %. The 49.1 % believe that it is very important relationships in life as a couple and the 59.6 % believed that sexual activity during pregnancy may affect the baby.

**Conclusions:** during pregnancy there is a progressive decrease in the frequency of sex, desire and number of orgasms.

**Keywords:** PREGNANCY, SEXUAL ACTIVITY, ORGASM, SEXUAL DESIRE.



## Índice

	Página
<u>RESUMEN</u> .....	2
<u>ABSTRACT</u> .....	3
<u>CAPÍTULO I</u> .....	10
<u>1.1 INTRODUCCIÓN</u> .....	10
<u>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u> .....	11
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u> .....	12
<u>1.3 JUSTIFICACIÓN</u> .....	13
<u>CAPÍTULO II</u> .....	14
<u>2. FUNDAMENTO TEÓRICO</u> .....	14
<u>CAPÍTULO III</u> .....	20
<u>3.1 HIPÓTESIS</u> .....	20
<u>3.2 OBJETIVO GENERAL</u> .....	20
<u>3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> .....	20
<u>CAPÍTULO IV</u> .....	21
<u>4.1 Tipo de estudio</u> .....	21
<u>4.2 Área de estudio</u> .....	21
<u>4.3 Población de estudio</u> .....	21
<u>4.4 Muestra</u> .....	21
<u>4.5 Tamaño de la muestra</u> .....	21
<u>4.6 Asignación de los pacientes al estudio</u> .....	22
<u>4.7 Variables</u> .....	22
<u>4.9 Criterios de inclusión y exclusión</u> .....	22
<u>4.10 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos</u> .....	23
<u>4.11 Plan de análisis</u> .....	23
<u>4.12 Aspectos éticos</u> .....	23
<u>CAPÍTULO V</u> .....	24
<u>5. Resultados</u> .....	24
<u>CAPÍTULO VI</u> .....	33
<u>6.0 DISCUSIÓN</u> .....	33
<u>CAPÍTULO VII</u> .....	38
<u>7.1 Conclusiones</u> .....	38



<u>7.2</u>	<u>Recomendaciones</u> .....	39
<u>8.0</u>	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	40
<u>9.0</u>	<u>ANEXOS</u> .....	45



## RESPONSABILIDAD

Yo, Md. Gabriel Fernando López Espinoza, autor de la tesis "**CAMBIOS EN LA PRACTICA SEXUAL DE GESTANTES HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2015**" Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 12 de Mayo del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gabriel Fernando López Espinoza".

Md. Gabriel Fernando López Espinoza

CI # 0302064050



## DERECHO DE AUTOR

Yo, Md. Gabriel Fernando López Espinoza, autor de la tesis “**CAMBIOS EN LA PRACTICA SEXUAL DE GESTANTES HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014-2015**” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 12 de Mayo del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gabriel Fernando López Espinoza'.

Md. Gabriel Fernando López Espinoza

CI # 0302064050



## **AGRADECIMIENTO**

Como prioridad en mi vida agradezco a Dios por su infinita bondad, y por haber estado conmigo en los momentos que más lo necesitaba, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haberme permitido culminar un peldaño más de mis metas, y porque tengo la certeza y el gozo de que siempre va a estar conmigo.

A mis Padres, por ser los mejores, por haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, por dedicar tiempo y esfuerzo para ser un hombre de bien, y darme excelentes consejos en mi caminar diario. A mis hermanos y tíos, que con su ejemplo y dedicación me han apoyado para seguir adelante en mi vida profesional.

A los Doctores Roberto Herrera y Carlos Arévalo, por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de mi tesis.

Md. Gabriel Fernando López Espinoza





## DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres Regina Espinoza y Jobino López, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora soy. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

Así también esta tesis está dedicada a Gina Cajamarca “Mi Negrita” persona especial en mi vida, ella representó esfuerzo y paciencia en momentos de decline y cansancio y sé que siempre me está apoyando desde un lugar muy especial.

De igual manera está tesis se la dedico a Juan Pablo Espinoza y Diego Tapia amigos de la vida, aunque ya no están entre nosotros, fueron un gran ejemplo a seguir y sé que desde algún lugar me siguen alentando.

A todos ellos por su gran apoyo incondicional.

Md. Gabriel Fernando López Espinoza



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte importante de la salud y el bienestar. Las modificaciones en el comportamiento sexual a medida que progresa el embarazo, están influenciadas por factores biológicos, psicológicos y sociales(1). Hay Cambios en la actividad sexual y en los patrones de comportamiento durante el embarazo. En general se observa una disminución en el interés sexual, actividad y satisfacción. Sin embargo el deseo de contacto corporal se conserva(2).

La fisiología y la anatomía cambian en la embarazada. El embarazo es un proceso de modificaciones fisiológicas y anatómicas experimentado por las mujeres y, como resultado de estos cambios, la vida sexual de las embarazadas se altera durante el embarazo. Por este motivo es importante el apoyo y consejo que se brinde a estas pacientes por el personal de salud(3).

El interés por la sexualidad esta incrementado en las embarazadas comparado con las que no lo están. El interés por la sexualidad disminuye a medida que el embarazo progresa, aunque para Sagiv-Reiss y cols., no hay modificaciones en cuanto a la satisfacción sexual. En conclusión hay afectación en la sexualidad a medida que progresa el embarazo(4). Para Bogren y cols., la disminución del deseo sexual es mayor en el tercer trimestre y para los hombres este es común únicamente en el tercer trimestre. La disminución del deseo sexual influye en la frecuencia de las relaciones sexuales y en el grado de satisfacción. Se ha observado que hay relación en las embarazadas y la vida sexual con variables como la edad, educación, armonía con los padres, carácter y las preocupaciones con el embarazo y parto(5).

La información que existe sobre la sexualidad y gestación es muy pobre, de pronto por la incomodidad que causa el tema entre médicos y pacientes, ya que ha sido considerado como un tabú por mucho tiempo. Conocer cuáles son las principales dudas y miedos que tienen las pacientes embarazadas sería de gran ayuda para implementar programas de salud sexual en el embarazo.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dificultades sexuales y las preguntas concernientes a la función sexual son frecuentes en el embarazo, a pesar de ello, son infrecuentemente discutidas en comunidades académicas, escuelas de medicina y programas de residencia. Vergüenza, falta de experiencia, inadecuadas habilidades de comunicación y conocimiento insuficiente sobre cómo lidiar con las quejas sexuales y preguntas en el embarazo son comunes, especialmente entre los profesionales jóvenes. El estudio de Vieira y cols., en Brasil 2012, identificó que menos del 20 % de los médicos residentes preguntan de forma rutinaria a las pacientes obstétricas acerca de su salud sexual, a pesar de que casi el 70% manifestaron que debería ser parte de cada historia clínica. Las dos principales razones por las que no se evalúa la sexualidad de los pacientes es la falta de conocimiento específico y el tiempo insuficiente para explorar estos aspectos en la consulta médica fueron reportadas por los médicos(6). Para Corbacioglu y cols., en Japón 2013, el 23,8 % de las embarazadas consultan y discuten sobre sexualidad con su médico(7).

La educación perinatal se ha de dirigir a múltiples aspectos del comportamiento sexual, los conocimientos objetivos sobre sexualidad son útiles para corregir o desterrar algunas creencias o prácticas no saludables sobre sexualidad y gestación. Aunque los conocimientos prenatales son vastos y favorecen la salud materno infantil, todavía es preciso transformar algunas ideas sexistas que prevalecen en muchos profesionales de la salud sobre el vínculo sexo embarazo. Estas ideas precisan de cambios porque existe una íntima relación entre representaciones y prácticas por que las prácticas educativas en el ámbito perinatal y las prácticas médicas en gineco-obstetricia, si bien son provechosas y efectivas, a veces conllevan actitudes y modos de relación interpersonal que no son congruentes.

Un estudio realizado en Brasil con médicos residentes de Ginecología y Obstetricia que asistieron a un curso de sexualidad tuvo muy poca formación sobre sexualidad durante su formación como médicos y durante los programas de residencia. Muchos residentes no toman la historia sexual de las pacientes embarazadas, no se sienten confidentes para responder preguntas acerca de sexualidad en el embarazo y atribuyen estas dificultades a la falta de conocimiento. Estos hallazgos conducen a una clara necesidad de capacitación a los médicos residentes(8). Los profesionales



de la salud deben estar preocupados del número de factores de riesgo que pueden contribuir a la disfunción sexual en la embarazada(9). La calidad de la vida sexual debe ser parte de la historia obstétrica debido a las posibles secuelas del embarazo y parto(10).

Los cambios en la situación de las relaciones sexuales pueden ser previstos en el embarazo. Hay que destacar el interés que tienen un gran número de mujeres con respecto a las relaciones sexuales y las complicaciones obstétricas que podrían presentarse en esta etapa. Por lo tanto, es muy importante que los médicos descartemos esos mitos y tranquilizar a las mujeres y sus parejas explicando que habrá muchos cambios anatómicos y fisiológicos y que las relaciones sexuales en la mayoría de casos no darán lugar a ningún efecto adverso sobre el embarazo.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Hay cambios en la práctica sexual de la embarazada a medida que avanza la gestación?



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Existen múltiples razones que justifican el estudio del comportamiento sexual durante la gestación, una de sus principales razones radica en que el aprendizaje de cuestiones relacionadas con la sexualidad y la salud sexual nos proporcionan una serie de conocimientos que nos servirán en nuestra vida profesional y cotidiana.

Siempre se ha pensado en el embarazo como una fase beatífica y asexual, y generalmente no se incluye el tema de la sexualidad en los cuidados de la atención prenatal, y olvidamos que nuestras pacientes tienen durante esta época necesidades, inquietudes y preocupaciones con respecto a su sexualidad. Es importante recordar que los seres humanos hemos desarrollado un concepto de lo sexual más allá de las misiones reproductivas.

Entonces conocer cuál es el comportamiento de la embarazada ante la práctica sexual en su estado y cuáles son las principales dudas que tienen sobre el tema, sería de gran ayuda para el bienestar de nuestras gestantes, ya que en algún momento la mayoría de ellas presentarán cualquier alteración en la materia sexual. Existe una íntima relación entre la aparición de alteraciones de la esfera sexual y algunos eventos de la esfera ginecológica en nuestra práctica profesional por lo que es imprescindible que como médicos ginecólogos estemos preparados para tan importante situación.

El embarazo, como también la sexualidad, puede convertirse en una parte de la vida llena de gozo y satisfacción para la mujer y su pareja. Nosotros como profesionales de la salud, y ginecólogos en particular, debemos estar en la capacidad de tratar y enfrentar los problemas sexuales de nuestras pacientes, se espera seamos capaces de dar respuesta a preguntas e inquietudes con un grado de experiencia y éxito, aunque en la práctica realmente no siempre sea así.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Al estudiar el *homo sapiens encontramos el dilema de: la relación entre la naturaleza y la cultura que estructuró la especie. El embarazo, con respecto a la naturaleza, representa la reproducción para la continuidad de la especie y, en cuanto a la cultura, representa la maternidad y un sentido de vida para mujeres en diversas sociedades. La reproducción y maternidad son inseparables, son dos facetas del mismo fenómeno*(11).

En la tradición occidental del cuño judeocristiano era común visualizar la sexualidad femenina como un objeto oscuro, con represiones y que debía ser dirigido únicamente al fin procreador, el orgasmo femenino prácticamente no existía o no debía haberlo, en tanto que el proceso orgásmico femenino es sencillamente distinto al masculino y, por tanto, invisible a aquellos ojos(12). En las sociedades africanas pre coloniales, por ejemplo, había estructuras para la gestión de la transición de la niñez a la edad adulta, la regulación de la sexualidad y la reproducción para garantizar la seguridad económica de las mujeres(13).

En la actualidad la sexualidad sigue siendo un tema tabú para muchas mujeres en algunos países. La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias, encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo(14,15).

La condición sexuada del hombre es un fenómeno de gran amplitud, que caracteriza de un modo singular a todos los estratos y componentes de la compleja unidad que constituye la persona(16). Los comportamientos de las distintas prácticas sexuales muestran en evidencia las varias y diferentes socializaciones que la persona experimenta en su vida: familia, nivel de instrucción, acceso a los diversos medios de comunicación, redes de amistad y vecindario(17).

El concepto de la *sexualidad*, es histórico y, como tal, inacabado, contextual, lleno de contenidos artificiales y convencionales, en constante cambio de definición. Es un conjunto afectivo y erótico que busca la reproducción de la especie o el placer (o las dos cosas)(18). Estas últimas décadas han sido testigo de un cambio dentro de la



investigación y la política de salud sexual y reproductiva desde un enfoque casi exclusivo de los adultos, han alcanzado un alto grado de aceptación como faceta legítima y necesaria de los cuidados médicos modernos sobre todo las mujeres casadas que se rige en nociones biomédicas(13,19). Sin embargo la influencia de los medios de comunicación, socioeconómicos en desarrollo y modernización, las actitudes sexuales y normas han ido cambiando en los adolescentes y los jóvenes. Pero cualquiera que sea la calidad de las fuentes de conocimiento, la asociación entre la información y el comportamiento sexual es incierto. Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que todos tenemos sentimientos, posiciones, actitudes y convicciones en torno a esta, pero cada uno lo experimenta de diversas maneras, pues ella vienen dada por un punto de vista muy propio y personal (8,10,11).

La ginecología tiene una muy estrecha relación con la sexualidad femenina, y establece una interrelación dinámica no estática pues la sexualidad, y sobre todo el comportamiento sexual, puede influir de forma negativa o positiva en la aparición de patologías ginecológicas que puede afectar la imagen y la autoestima. Entonces aquí el rol del ginecólogo con su accionar médico puede influir de forma directa en la sexualidad futura de sus pacientes(19). Ahora bien la gestación es una etapa en la que existen cambios en todos los aspectos de la vida de la mujer y de su grupo familiar, siendo la sexualidad un aspecto muy importante de la calidad de vida en ella y el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social; pero aun así se ve frecuentemente en la práctica clínica problemas serios de sexualidad. Esta se ve modificada por transformaciones que se presentan por el desarrollo fetal adaptación biológica, social y espiritual al estado de gestación. Las prácticas sexuales son influenciadas por aspectos de la naturaleza y de la cultura y con el avanzar de la gestación sufren modificaciones, la constante dinámica repercute en cierta forma en la propia sexualidad de la mujer y de su pareja porque en ellos se genera una serie de expectativas por el afrontamiento de nuevas facetas y la capacidad misma de dar respuesta apropiada a esta nueva situación que en gran parte está acompañada de sentimientos positivos como deseo, alegría, satisfacción, confrontados con otros como miedo, angustia y preocupación que acompaña al desarrollo de la gestación(11,20–23).



Informaciones más recientes en cuanto a que el estado gestacional afecta la sexualidad de las parejas, en términos que presenta un impacto negativo en la libido, frecuencia y actividad orgásmica sexual, presentan un asidero científico avalado por una serie de investigaciones que demostraron que la respuesta sexual era afectada drásticamente durante la gestación independientemente de la edad y la paridad, siendo mucho más marcado en el último trimestre de la gestación, citándose como posibles etiologías; trastornos de personalidad y temores maternos como aborto, parto prematuro entre otros(24).

Se han revisado algunos artículos sobre sexualidad en la gestación y la evidencia indica que la mayoría de estos revelan que en promedio, el interés del deseo sexual de la mujer y la disminución de la actividad coital se da ligeramente en el primer trimestre del embarazo, muestra patrones variables en el segundo trimestre, y disminuye drásticamente en el tercer trimestre(25–27).

Se tienen en cuenta, sin embargo, la existencia de variaciones inter-individuales, una pequeña proporción de las parejas, incluyendo el porcentaje varía en la literatura del 4 % - 26 % reportó un incremento en la actividad sexual durante el embarazo. Las explicaciones se previnieron un aumento del deseo sexual para la pareja, el desarrollo de las fantasías y el erotismo y la liberación de los riesgos del embarazo. El desinterés sexual y pérdida del deseo afectan a las mujeres más que los hombres, y este hecho se justifica diciendo que es la mujer que sufre cambios anatómicos, fisiológicos y hormonal y la pareja no sienten la necesidad de afecto y confianza(25). En otro estudio realizado en España sobre características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo, se observó que el interés sexual de la gestante está disminuido en un 45,1 % de las mujeres, siendo el mismo que previo al embarazo en un 42,2 % de las mismas y aumentado en un 12,7 %(28).

Los hombres también tienen miedo de lastimar a una mujer y las mujeres tienen miedo de la insuficiente satisfacción de una pareja masculina(29).

Aunque la consulta acerca de la sexualidad durante el embarazo no es frecuente en el escenario clínico, las conversaciones acerca de este tópico suelen suceder con bastante regularidad durante las visitas de cuidados prenatales(7). La principal fuente





de información para las embarazadas sobre actividad sexual durante el embarazo la obtienen de otras mujeres que ya tuvieron hijos o del internet(30).

Adinma y cols., en Nigeria 1995, analizaron el comportamiento sexual de 440 embarazadas observando que el promedio de relaciones sexuales a la semana es de 1,5, lo cual es menor que el promedio antes del embarazo 2,3. El esposo fue el que inicia la actividad sexual 41,6 %, mientras que las mujeres apenas lo hacen en el 2,7 %. El coito durante el embarazo fue doloroso en el 22,7 % de las pacientes; fue placentero en el 46,1 %. El 83,4.% de las pacientes manifestaron que no se debería dejar de tener relaciones sexuales durante el embarazo(31).

Para Fok y cols., en su estudio en China 2005, refieren que otros factores que influyen en la disminución del deseo sexual durante la gestación son la cultura, conocimiento inadecuado y excesiva ansiedad(2).

Si un embarazo presenta complicaciones, la frecuencia de relaciones sexuales disminuye radicalmente en la pareja. Según los resultados del estudio de Souza y cols., las que tienen problemas durante la gestación como la diabetes mellitus presentan disfunción sexual en el 66,7 % comparado con las que tienen un bajo riesgo durante la gestación 38,9 %. Sin embargo, no observaron diferencias significativas entre el deseo sexual, la excitación, lubricación y el dolor(32). Las mujeres que tienen alguna condición mórbida como la diabetes y sobrepeso tienen menos relaciones sexuales que las mujeres que cursan con peso normal durante el embarazo(33) (34). Algunos estudios como el de Stenson y cols. Suecia 2003, encontraron que una de cada 12 embarazadas sufre de abuso sexual(35).

Otro estudio realizado por Kerdarunsuksri y cols., Tailandia 2010, con mujeres embarazadas cuyo promedio de edad fue de 26,3 años sobre las actitudes y función sexual reporta que la mitad de las mujeres cree que tener sexo durante el embarazo es una parte normal y natural y cerca del 70 % no manifestaron sentirse preocupadas acerca de disminuir el deseo sexual durante el embarazo. Únicamente 11,2 % de las mujeres embarazadas manifestaron que las relaciones sexuales durante el embarazo las hace sentirse felices y 47 % manifestaron sentir temor debido a que la penetración pueda causar algún daño al feto. En el estudio el 90 % de las mujeres manifestó no haber tenido relaciones sexuales durante las últimas cuatro semanas. A pesar de que



se observó una disminución significativa de las relaciones sexuales durante el embarazo, sin embargo, muchas de las embarazadas expresaron no sentirse preocupadas por las disminución del deseo durante el embarazo(36).

También para Babazadeh y cols., Iran 2013, los cambios en el deseo sexual y la actividad sexual durante el embarazo entre las mujeres se caracteriza por una disminución del deseo sexual y la frecuencia de relaciones sexuales durante el embarazo (69,7 % y 81,8 %) respectivamente el deseo sexual, sin embargo, se observó también un incremento del deseo sexual en el 18,2 % de las mujeres. Algunas mujeres manifestaron que aceptan tener relaciones sexuales para prevenir la infidelidad de sus parejas, pero el 65,2 % manifestó estar preocupada por que pueda producirle algún daño al feto. Apenas el 24,2 % recibió información sobre la actividad sexual durante el embarazo por parte de sus médicos, y otro 75,8 % manifestó sentir que deberían discutir el tema con un profesional pero no se sentían confortables de iniciar la conversación(37).

Los cambios en la vida sexual de las mujeres que suceden durante el embarazo se mantienen incluso después del parto por lo que las mujeres solicitan información de los profesionales que trabajan en atención primaria de salud concerniente a los cambios en la intimidad y las relaciones sexuales después del nacimiento(38). Para Pauls y cols., la disfunción sexual que sucede en el embarazo no se recupera hasta los seis meses después del parto, entre algunos de los problemas a los que se asocia es una pobre imagen corporal y molestias urinarias(39). Otros factores también identificados por Naldoni y cols., Brasil 2011, son la incontinencia urinaria y la excesiva ganancia de peso que ocurre con el embarazo(40).

Para Chang y cols., Taiwan 2011, los factores biopsicosociales y culturales afectan los puntajes del Índice de Función Sexual Femenina durante el embarazo. Se ha observado diferencias significativas en la frecuencia de relaciones sexuales entre los trimestres de la gestación  $p=0,02$ . Se han observado puntajes más altos durante el tercer trimestre relacionado con la disconformidad de la función sexual y las relaciones sexuales, interacciones con la imagen corporal y el grado de satisfacción(41).



Al comparar la función sexual entre las mujeres embarazadas y aquellas que no lo están Prado y cols., Brasil 2013, encontraron que la disfunción sexual es del 40,4 % entre las embarazadas y del 23,3 % en las no embarazadas, valor  $p=0,01$ (42).

En conclusión en las embarazadas hay una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales a medida que progresa la gestación. El miedo a mantener relaciones sexuales es particularmente importante en el tercer trimestre. Las mujeres embarazadas experimentan menos estimulación durante la penetración sexual cuanto más avanzado este el embarazo. La duración de las relaciones también disminuye en las fases tardías de la gestación. La incapacidad para experimentar orgasmos aumenta con cada trimestre(43) (44) (45).



## **CAPÍTULO III**

### **3.1 HIPÓTESIS**

¿La embarazada experimenta una serie de cambios en su vida sexual a medida que avanza el embarazo?

### **3.2 OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuáles son los cambios en la práctica sexual de gestantes que acuden al Departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015.

### **3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.3.1 Describir la muestra estudiada según variables: edad, estado civil, nivel de instrucción, nivel socio económico y procedencia.
- 3.3.2 Describir las prácticas sexuales según: tiempo de convivencia, fuente de información sobre sexualidad, edad inicio de las relaciones sexuales, tipo de relaciones sexuales, frecuencia de las relaciones, apetencia sexual, orgasmo, complicaciones y posiciones.
- 3.3.3 Determinar los cambios en la frecuencia de las relaciones sexuales a medida que avanza el embarazo.



## **CAPÍTULO IV**

### **4. Metodología**

#### **4.1 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, analítico transversal.

#### **4.2 Área de estudio**

Centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso.

#### **4.3 Población de estudio**

El universo de estudio está constituido por las pacientes que acuden a la sala de labor de parto del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca – Ecuador, durante los años 2014–2015

#### **4.4 Muestra**

Para el cálculo de tamaño de la muestra se utilizó el programa EPIDAT versión 4.0, se tomó como referencia el valor publicado en el estudio “*características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo*” que reporta un 45.1 % de disminución del interés sexual en el embarazo. Tomando como referencia este valor como proporción esperada el tamaño de población infinita el nivel de confianza de 95 % un efecto de diseño de 1 y una precisión del 6 % el tamaño de la muestra a estudiar es 265 pacientes

#### **4.5 Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra es de 265 pacientes.



#### **4.6 Asignación de los pacientes al estudio**

Con el objetivo de garantizar la participación de las pacientes en forma igualitaria se tomó en cuenta los criterios del muestreo probabilístico. Se tomó un promedio de 22 pacientes por mes, tomando en cuenta el orden de llegada al servicio y utilizando una tabla de números aleatorios. Si la paciente no deseaba participar en el estudio se solicitó la participación a la siguiente materna de acuerdo a la tabla de números aleatorios.

#### **4.7 Variables**

#### **4.8 Operacionalización de variables**

Variable directa: actividad sexual

Variable indirecta: período de gestación (Primer trimestre, segundo trimestre y tercer trimestre).

#### **4.9 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de Inclusión**

1. Pacientes embarazadas
2. Que firmen el consentimiento informado y acepten participar en el estudio

##### **Criterios de Exclusión**

1. Pacientes con alteraciones del estado de conciencia o trastornos psiquiátricos que impidan recolectar la información.
2. Pacientes con alteración grave de su estado de salud que ameriten ser transferidas a unidades de cuidados especializados.
3. Pacientes que por convicciones o prejuicios religiosos se nieguen a participar en el estudio.



#### **4.10 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos**

Una vez que se tuvo el permiso del director del Hospital y del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso se procedió a validar el instrumento de recolección de los datos. Se aplicó a 20 pacientes para determinar que las preguntas del formulario de recolección de datos estén completas y la información pueda ser fácilmente registrada en el mismo.

A las pacientes seleccionadas de acuerdo a la tabla de números aleatorios, se les explico en detalle el propósito del estudio y se solicitó que firmen el consentimiento informado.

La encuesta se aplicó en un lugar cómodo y privado para las pacientes y el médico especialista a cargo de recolectar la información. El momento adecuado fue luego del parto, cuando la condición de la paciente estaba estable por la ausencia de dolor. La técnica empleada fue la entrevista directa mediante preguntas generales y luego las más específicas sobre el tema de la sexualidad.

#### **4.11 Plan de análisis**

Se utilizó el programa SPSS para el análisis de los datos. Se realizó análisis univariado mediante frecuencias, porcentajes, gráficos de pasteles y barras simples y dobles para las variables nominales. Las variables cuantitativas se describen mediante el promedio y la desviación estándar. Se comparó las medias y se consideró resultados estadísticamente significativos a valores de  $p < 0,05$ .

#### **4.12 Aspectos éticos**

En la presente investigación se garantizó los derechos del paciente a conocer en detalle el propósito del presente estudio, se le brindó la posibilidad de participar o no en el estudio y de retirarse cuando lo considere necesario. Como constancia de su



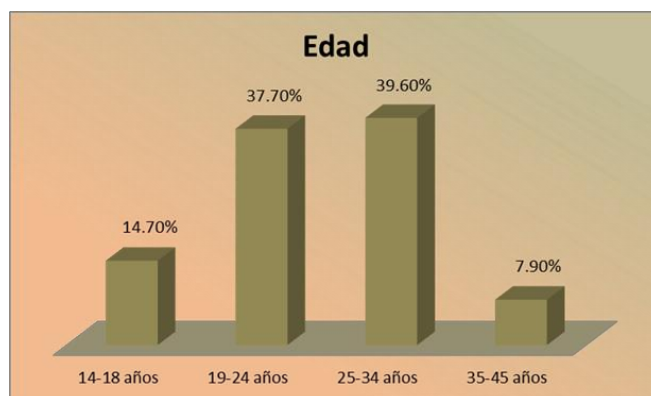
aceptación de participar en el estudio se solicitó que firme el consentimiento informado.

No se realizó durante la investigación ningún procedimiento que pueda causar daño a la paciente. Se le brindó al final de la evaluación información relacionada a la condición de su salud estudiada, las indicaciones necesarias para que se modifiquen los factores negativos y, en el caso de necesitar valoraciones adicionales, se solicitó la interconsulta a la especialidad correspondiente.

## CAPÍTULO V

### 5. Resultados

Gráfico N. 1 Distribución según la edad de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



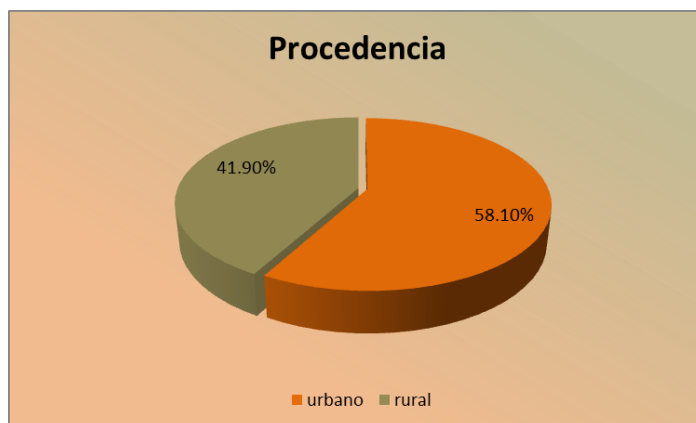
Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Según la edad de las maternas que participaron en el estudio, 105 (39,6%) tuvieron entre 25-34 años, 100 (37,7%) entre 19-24 años, 39 (14,7%) entre 14-18 años y en 21 (7,9%) la edad estuvo entre los 35-45 años. El promedio de la edad de las maternas fue de 24,9 años  $DS \pm 6,2$ .

Gráfico N. 2 Distribución según la procedencia de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



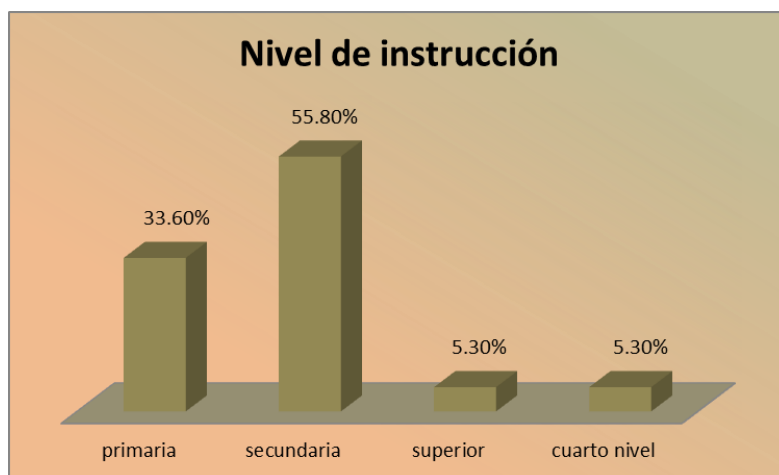


Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

De la muestra estudiada de maternas que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, 154 (58,1%) son mujeres que residen en el área urbana y 111 (41,9%) en el área rural.

Gráfico N. 3 Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

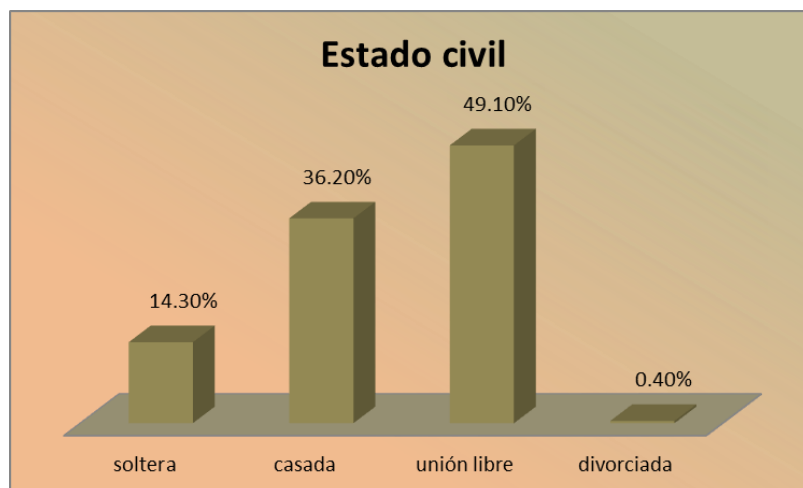


Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

De acuerdo al nivel de instrucción la mayoría de maternas en la muestra estudiada tienen secundaria 148 (55,8%), le sigue en porcentaje las mujeres con primaria 89 (33,6%) y en menor frecuencia las que tienen instrucción superior 14 (5,3%) y cuarto nivel 14 (5,3%).

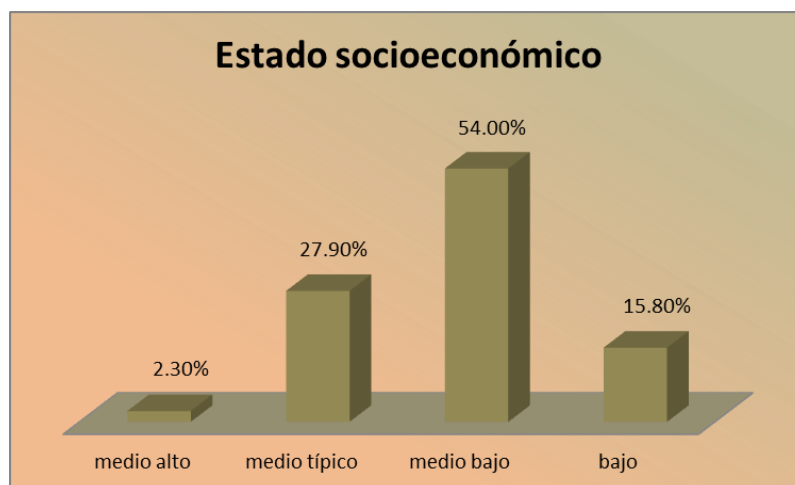
Gráfico N. 4 Distribución según el estado civil de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



Fuente: Base de datos  
Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Las mujeres que viven en unión libre fueron las más numerosas en este estudio 130 (49,1%), luego están las casadas 96 (36,2%) solteras 38 (14,3%) y las divorciadas 1 (0,4%).

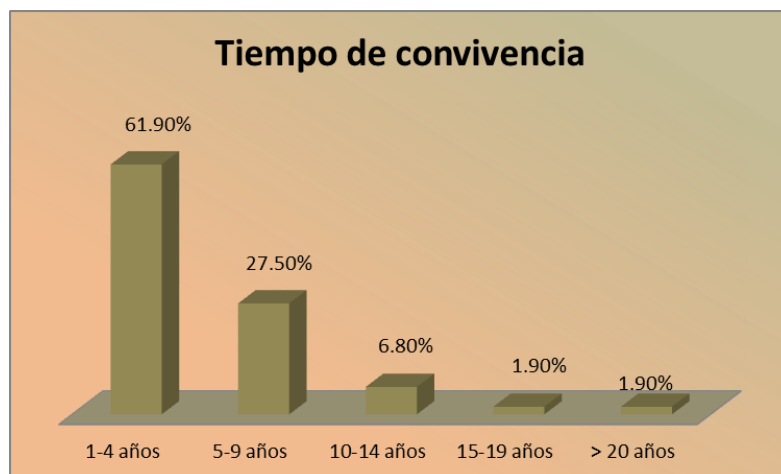
Gráfico N. 5 Distribución según el Estado Socioeconómico de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



Fuente: Base de datos  
Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Se analizó el estado socioeconómico de las maternas mediante el cuestionario de necesidades básicas insatisfechas del INEC. Se determinó que 143 (54,0%) tienen una condición medio baja, 74 (27,9%) una condición socioeconómica medio típica, 42 (15,8%) una condición socioeconómica baja y 6 (2,3%) medio alta.

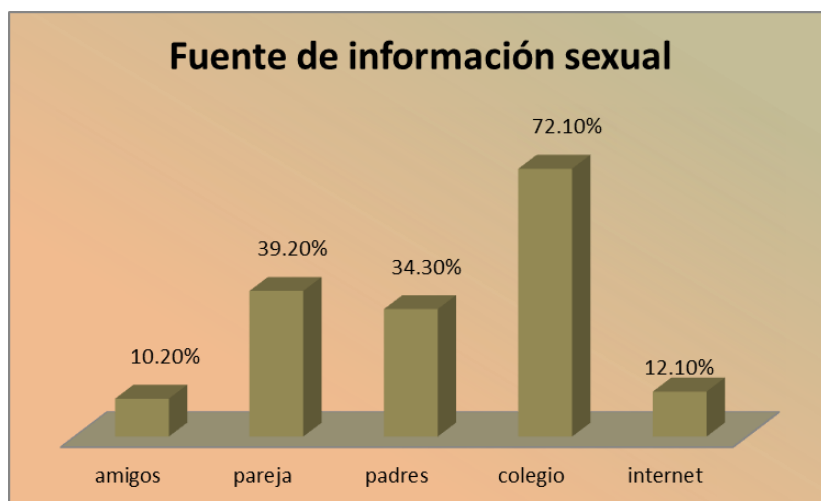
Gráfico N. 6 Distribución según el tiempo de convivencia de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



Fuente: Base de datos  
Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

La mayoría 164 (61,9%) de las pacientes que formaron parte de este estudio tienen un tiempo de convivencia de 1-4 años.

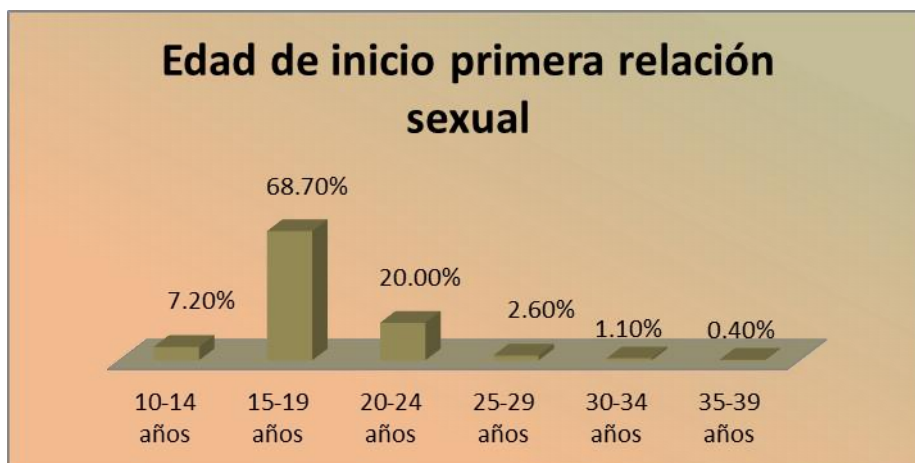
Gráfico N. 7 Distribución según la fuente de información de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



Fuente: Base de datos  
Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

La principal fuente de información sobre temas sexuales relacionados con el embarazo fue el colegio 191 (72,1%), en menor frecuencia esta la pareja 104 (39,2%), padres 91 (34,3%), internet 27 (12,10%) y los amigos 27 (12,10%).

Gráfico N. 8 Distribución según la edad de inicio de la primera relación sexual de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Entre los 15-19 años es la edad en la que la mayoría de mujeres 182 (68,7%) que formaron parte de este estudio iniciaron su vida sexual. En menor frecuencia están las que iniciaron entre los 20-24 años 53 (20,0%).

Tabla N. 1 Distribución según la frecuencia de las relaciones sexuales y el periodo de gestación de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

Relaciones sexuales	Antes del embarazo		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Cero	0	0,0	4	1,5	3	1,1	11	4,2
Una	2	0,8	114	43,0	149	56,2	212	80,0
Dos	73	27,5	107	40,4	82	30,9	37	14,0
Tres	137	51,7	32	12,1	22	8,3	5	1,9
Cuatro	43	16,2	4	1,5	6	2,3		
Cinco	3	1,1	3	1,1	2	0,8		
Seis	2	0,8	1	0,4	1	0,4		
Siete	4	1,5						
Diez	1	0,4						
<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>100,0%</b>	<b>265</b>	<b>100,0%</b>	<b>265</b>	<b>100,0%</b>	<b>265</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

La mayor parte de pacientes antes del embarazo 137 (51,7%) tenían tres relaciones por semana. En el primer trimestre la mayor frecuencia es de una relación sexual por semana 114 (43,0%), en el segundo aumenta el porcentaje de una relación por



semana 149 (56,2%) y en el tercer trimestre son 212 (80,0%) mujeres que mantienen una relación sexual por semana.

Tabla N.2 Comparación del promedio de las relaciones sexuales y el periodo de gestación de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

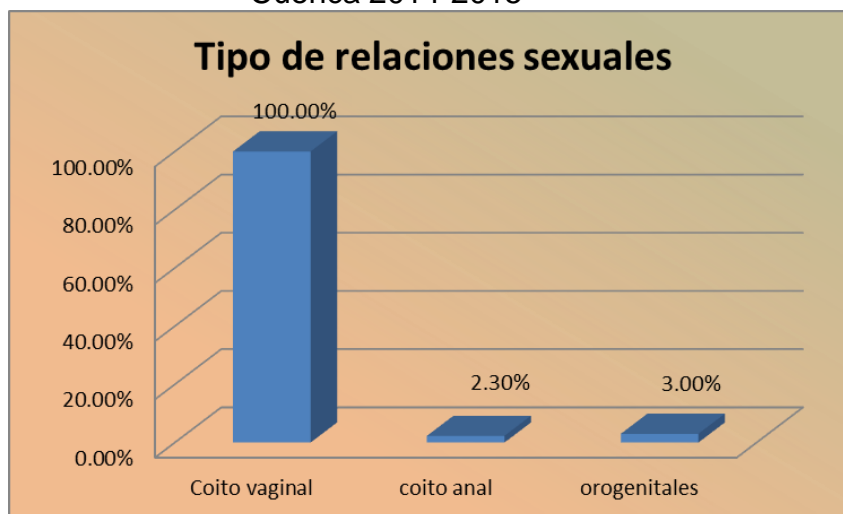
Actividad sexual - Periodo de gestación	Media	Valor p
Actividad sexual semanal antes de la gestación	3,00377	0,000
Actividad sexual 1er trimestre	1,73962	0,000
Actividad sexual 2do trimestre	1,58113	0,000
Actividad sexual 3er trimestre	1,13585	0,000

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

En la tabla N.2 se puede observar que el promedio de las relaciones sexuales disminuye a medida que progresa el embarazo, de 3,0 relaciones sexuales antes del embarazo, se baja a 1,7 en el primer trimestre, 1,6 en el segundo trimestre y 1,1 en el tercer trimestre.

Gráfico N. 10 Distribución según el tipo de relaciones sexuales de las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015



Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Según el tipo de relaciones sexuales el coito vaginal es practicado por la totalidad de pacientes, el coito anal lo practican el 2,30% y las relaciones sexuales oro-genitales son preferidas por el 3,0% de las mujeres en la muestra estudiada.



Tabla N.3 Comparación de la apetencia sexual y el período de gestación de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

Apetencia sexual	Antes embarazo		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aumentada	5	1,9	6	2,3	10	3,8	0	0,0
Igual	256	96,6	128	48,3	138	52,1	51	19,2
Disminuida	4	1,5	131	49,4	117	44,2	214	80,8
Total	265	100,0	265	100,0	265	100,0	265	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

De acuerdo a los resultados de la tabla N.3 se puede observar que el apetito sexual disminuye a medida que progresa el embarazo, de 1,5% que manifestó que el apetito sexual esta disminuido antes del embarazo, se incrementa a 131 (49,4%) en el primer trimestre, 117 (44,2%) en el segundo trimestre y 214 (80,8%) en el tercer trimestre.

Tabla N.4 Comparación de la frecuencia de los orgasmos y el período de gestación de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

Orgasmo	Antes del embarazo		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Siempre	34	12,8	4	1,5	7	2,6	3	1,1
Casi siempre	149	56,2	47	17,7	29	10,9	3	1,1
Mitad de las veces	61	23,0	96	36,2	88	33,2	56	21,1
Casi nunca	9	3,4	51	19,2	68	25,7	100	37,7
nunca	12	4,5	67	25,3	73	27,5	103	38,9
Total	265	100,0	265	100,0	265	100,0	265	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

La posibilidad de alcanzar un orgasmo en las mujeres que formaron parte del estudio según los resultados de la tabla N.4 son cada vez menores a medida que avanza el embarazo. Por ejemplo las que nunca tuvieron un orgasmo antes del embarazo 12 (4,5%), se incrementa a 67 (25,3%) en el primer trimestre, 73 (27,5%) en el segundo trimestre y 103 (38,9%) en el tercer trimestre.



Tabla N.5 Distribución de las complicaciones y el período de gestación de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

Complicaciones	Antes del embarazo		Primer trimestre		Segundo trimestre	
	f	%	f	%	f	%
Sangrado vaginal	19	7,2	3	1,1	1	0,4
Amenaza de aborto	2	0,8	1	0,4	0	0,0
IVU	15	5,7	28	10,6	9	3,4
Amenaza parto pretérmino	0	0,0	1	0,4	3	1,1
Vaginosis	12	4,5	0	0,0	19	7,2

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Durante el primer trimestre las principales complicaciones reportadas por las pacientes fueron el sangrado transvaginal 19 (7,2%) y las infecciones de vías urinarias 15 (5,7%); en el segundo trimestre la principal complicación fue la infección de las vías urinarias 28 (10,6%) y en el tercer trimestre fue la vaginosis 19 (7,2%).

Tabla N.6 Comparación de las posiciones sexuales y el período de gestación de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

Posiciones sexuales	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	f	%	f	%	f	%
Hombre encima	237	89,40	39	14,70	30	11,30
Mujer encima	119	44,90	142	53,60	92	34,70
Sentados	56	21,10	46	17,40	30	11,30
Lateral	72	27,20	175	66,0	222	83,80
De pie	100	37,70	30	11,30	9	3,40
Hombre detrás	191	72,10	108	40,80	111	41,90

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

Se puede observar en la tabla N.6 que la preferencia de las pacientes por una posición sexual varía a medida que avanza la gestación. En el primer trimestre las mujeres embarazadas prefieren la posición con el hombre encima 237 (89,40%), en el segundo trimestre es más frecuente la posición en la que la mujer se encuentra encima 142 (53,60%) y en el tercer trimestre la posición lateral es la preferida 222 (83,80%).



Tabla N.7 Distribución según las opiniones sobre sexualidad de las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Apetencia sexual		
Mayor	17	6,4
Menor	61	23,0
Igual	187	70,6
Cambios en hábitos sexuales		
Si	258	97,4
No	7	2,6
Se encuentra menos atractiva		
No	196	74,0
Si	69	26,0
¿Su pareja durante el embarazo esta?		
Mas afectivo	126	47,5
Mas pasional	27	10,2
Igual	96	36,2
Menos deseoso	15	6,1
Importancia de las relaciones sexuales en la vida de pareja		
Nada	3	1,1
Poco	18	6,8
Algo	114	43,0
Mucho	130	49,1
Cree que la actividad sexual afecta al bebe		
No	107	40,4
Si	158	59,6

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Gabriel López Espinoza

De forma general las pacientes manifestaron que la apetencia sexual es menor para 61 (23,0%) de las mujeres, que hay cambios en los hábitos sexuales expresaron 258 (97,4%). Aproximadamente, 196 (74,0%) manifestaron sentirse menos atractivas. 126 (47,5%) de las mujeres creen que su pareja está más afectivo, para 130 (49,1%) de las mujeres las relaciones sexuales si son importantes en la vida de la pareja; y 158 (59,6%) cree que las relaciones sexuales pueden afectar la bebe.





## CAPITULO VI

### 6.0 DISCUSIÓN

Entre los factores asociados a la disminución de la actividad sexual durante la gestación están los temores y miedos por el embarazo, principalmente a hacer algún daño al feto. (46)

En nuestro estudio el promedio de coitos antes del embarazo fue de 3,0, y hubo una tendencia a disminuir a medida que progresa la gestación a 1,7 en el primer trimestre, 1,6 en el segundo trimestre y 1,1 en el tercer trimestre. Esta disminución de la frecuencia se acompañó de menor posibilidad de alcanzar orgasmos a medida que avanza el embarazo. Estos promedios son menores a los observados por Balestena y cols., que fueron de 2, 3 y 2 relaciones sexuales según los trimestres de la gestación; en cuanto al deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción sexual tuvieron una relación altamente significativa con el primero y tercer trimestre de la gestación. (47)

De hecho, las diferencias observadas en los diferentes trimestres de la gestación fueron estadísticamente significativas, al igual que los resultados de Galazka y cols., observaron que hay una diferencias estadísticamente significativa entre la frecuencia de las relaciones sexuales antes y durante el embarazo ( $p < 0,00001$ ). Hay cambios en los dominios del deseo, lubricación y el orgasmo particularmente. (48)

Resultados similares a los promedios observados en nuestro estudio también los reporta Eryilmaz y cols., la frecuencia media de relaciones a la semana fue de  $2,02 \pm 0,7$  antes del embarazo y con una disminución a  $1,51 \pm 0,6$  durante el embarazo. Encontraron que el 61,4% de las mujeres piensa que el coito durante el embarazo es riesgoso. Las principales razones para esta disminución fueron cansancio y fatiga 64,3%, disminución del deseo sexual 55,9%, temor de daño al feto 49,2%, causa de aborto en el embarazo en la etapa inicial 45% e inducción de labor pretérmino 34%. Hay asociación estadísticamente significativa con la duración del matrimonio, nivel de educación, paridad y edad gestacional. (49) A diferencia del estudio de Siqueira y



cols., donde no se observó asociación significativa con el nivel de instrucción o nivel socioeconómico. (50)

Al analizar la frecuencia de las relaciones sexuales en este estudio, se observó por ejemplo que la frecuencia de tres relaciones antes del embarazo fue del 51,7%, con una caída a 12,1% en el primer trimestre, 8,3 % en el segundo trimestre y 1,9% en el tercer trimestre. La disminución de la frecuencia sexual por trimestres según Corbacioglu y cols. es de 58,3%, 66,1% y 76,5% de las mujeres en cada trimestre. (7) Para Lima y cols., en Brasil la prevalencia de disfunción es del 40,8% en el primer trimestre, 31,2% en el segundo trimestre y 63,2% en el tercer trimestre. (51)

El estudio de Alan y cols., sobre la función sexual durante el embarazo reporta que el promedio de relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas es de  $8,6 \pm 3$  antes del embarazo y de  $6,9 \pm 2,5$ ,  $5,4 \pm 2,6$  y  $2,5 \pm 1,4$  en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente. Al igual que en nuestro estudio se hay una disminución a medida que progresa el embarazo. (52) (53) (54)

Torkestani y cols., afirman que a pesar de los resultados que demuestran que las relaciones sexuales no tienen efectos adversos sobre el feto y es un estímulo natural para la inducción del parto, su frecuencia se reduce durante la edad gestacional debido al miedo de los padres de los efectos adversos. El mayor factor de riesgo durante el primer trimestre para disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales durante el primer trimestre es el miedo a abortar 39,45%. (33) En nuestro estudio hubo un 59,6% de mujeres que manifestaron que las relaciones sexuales afectan al bebe.

Los resultados de un estudio transversal sobre la función y disfunción sexual femenina durante el embarazo realizado por Erol y cols., concluyen que existe una disminución en la función sexual en las mujeres durante el tercer trimestre del embarazo comparado con los resultados de los primeros dos trimestres del embarazo. Manifiestan que los niveles bajos en la actividad sexual del tercer trimestre no están asociados con niveles bajos de andrógenos. El puntaje del Índice de función sexual femenina en el primer y segundo trimestre fue de 21,4 y 22,3 comparado con el que se obtuvo en el tercer trimestre 15,9. La disfunción sexual más común observada en estas mujeres fue la disminución de la sensación del clítoris, que fue reportada por el



94,2% de las pacientes, seguido de la pérdida de la libido en el 92,6% y alteraciones orgásmicas en el 81%. (55)

Se observó en este estudio que las mujeres que tienen problemas para alcanzar un orgasmo se incrementan a medida que progresa la gestación de 4,5% a 25,3% antes del embarazo y el primer trimestre a 38,9% en el tercer trimestre. Hanafy y cols., reportan también que hay una disminución significativa de la satisfacción sexual durante el primer trimestre comparado con el segundo y tercer trimestre. (56)

Las características y evolución del patrón sexual de las mujeres embarazadas disminuyen de 49,4% en el primer trimestre a 80,8% en el tercer trimestre. Esta tendencia también la reporta el estudio de Rodríguez y cols., que concluye que hay una tendencia a la disminución del interés sexual. En general la frecuencia de los coitos a la semana también se encuentra disminuida. Prácticamente todas las encuestadas tienen frecuentes encuentros no genitales, éstos son muy deseados y se les da mucha importancia tanto por parte de las mujeres como de sus parejas. La educación sexual durante la gestación efectuada por profesionales puede mejorar la satisfacción de la gestante y su estado general de salud. (57) El miedo a tener relaciones durante la gestación principalmente se debe a la aparición de algún sangrado o aborto. (58) Y, entre las principales razones por las que los hombres disminuyen la frecuencia de las relaciones sexuales es el miedo a causar daño al feto. (59) En definitiva hay cambios de la vida sexual con el embarazo entre el 60% y 75,7% de las mujeres. A pesar de que cerca del 87,5% manifestaron conocer las diferentes técnicas sexuales que existen y en cuanto a los ejercicios de Kegel solo el 25% sabía y el 12,5% lo practicaba. (60) (61)

Las posiciones sexuales que las mujeres prefieren se modifican con la gestación. En el primer trimestre las embarazadas prefieren que el hombre este encima, en el segundo trimestre la mujer encima y en el tercer trimestre se prefiere la posición lateral. Esta última posición es la preferida según varios estudios durante el embarazo. (62) Sin embargo para Lee y cols., la posición más frecuente para el coito fue la que el hombre está sobre la mujer y se miran el uno al otro. No hay cambios significativos en la posición entre los trimestres de la gestación. (63)



Durante la gestación el uso de cada posición sexual se reduce significativamente. Las parejas en la cual ambos miembros toman la iniciativa sexual tienden a aceptar una mayor variedad de posiciones sexuales. (64) Tanto el hombre como la mujer tienen preocupaciones acerca de las complicaciones en el embarazo como resultado de tener relaciones sexuales. La mayoría de mujeres prefieren discutir estos temas con sus médicos pero no siempre se sienten cómodas de iniciar la discusión. (65)

De acuerdo al estudio de Cinamora y cols., en Brasil la práctica del coito vaginal fue gradual y significativamente menos realizada a lo largo de la gestación, así como las prácticas de masturbación, felación, cunnilingus, sexo oral mutuo y penetración anal. (66)

Una revisión de 48 artículos relacionados con la sexualidad durante el embarazo concluye que la función sexual disminuye significativamente durante el embarazo, particularmente en el tercer trimestre y entre tres a seis meses después del parto. La falta de información adecuada acerca del sexo en el embarazo y las preocupaciones acerca de las posibles complicaciones obstétricas son los factores más relevantes para evitar la actividad sexual durante el embarazo. (67)

De acuerdo a los resultados de Tosun y cols., con mujeres embarazadas el 88,9% tuvieron problemas relacionados con el deseo sexual, 86,9% con la excitación sexual, 42,8% con la lubricación, 69,6% con el orgasmo y 48% con la satisfacción sexual. Para el autor los principales problemas que manifestaron las gestantes fueron el dolor de espalda, constipación, dificultad respiratoria, dolor de piernas, problemas de calambres. (68)

Las mujeres embarazadas prefieren seguir los siguientes tipos de actividad sexual: caricias no genitales, estimulación del clítoris, vagina y pechos; estimulación oral-anal y la masturbación. Lamentablemente las mujeres y sus compañeros no reciben información sobre la vida sexual durante la gestación. Se sabe que la satisfacción sexual en la mujer embarazada ayuda a mejorar la autoestima, facilita la relación entre la pareja y fortalece la unión marital. (62)



Es necesario que los médicos tengan conocimientos suficientes sobre la sexualidad en el embarazo para mejorar el consejo a las parejas y disminuir el nivel de ansiedad y dudas que estas tengan en relación a la actividad sexual durante la gestación. De acuerdo al estudio de Conway y cols., más del 40% de los médicos residentes fallan en indicar a las mujeres fértiles sobre la sexualidad en el embarazo. (69)

Aunque la consulta acerca de la sexualidad durante el embarazo no es frecuente en el escenario clínico, las conversaciones acerca de este tópico suelen suceder con bastante regularidad durante las visitas de cuidados prenatales. (7) La principal fuente de información para las embarazadas sobre actividad sexual durante el embarazo son otras mujeres que ya tuvieron hijos o del internet. (30) En nuestro estudio el 72,1% manifestó que los conocimientos los obtuvo en el colegio y el 39,20% de la pareja y en menor número de los padres, internet y amigos.

Se sabe que el mantener relaciones sexuales en el tercer trimestre no incrementa el riesgo de ruptura prematura de membranas, peso bajo al nacer o muerte perinatal a cualquier edad gestacional. Las mujeres que se abstienen de tener relaciones sexuales tienen más resultados desfavorables en el séptimo y octavo mes. El parto pretérmino no es más frecuente entre las que tienen relaciones sexuales y las que tienen abstinencia. (70)

Existe un nivel alto de ansiedad, que principalmente por el nivel bajo de información que tienen las pacientes sienten o consideran que las relaciones sexuales pueden ser peligrosas, y por lo tanto en muchas ocasiones las evitan. (37)

La sexualidad durante el embarazo debe ser claramente aconsejado a todas las parejas para asegurarse de que las relaciones sexuales son normales y seguras durante el embarazo. (71) La actividad sexual está asociada con la calidad de vida y la satisfacción sexual en el segundo trimestre del embarazo. (72)

Por lo expuesto es importante que las parejas reciban información acerca de los problemas sexuales y fluctuaciones en los patrones de la sexualidad durante el embarazo. (52)



## CAPÍTULO VII

### 7.1 Conclusiones

1. Se estudió un total de 265 maternas con un promedio de edad de 24,9 años  $DS \pm 6,2$ ; la mayoría tuvo secundaria 55,8%, viven en unión libre 49,10% y tienen un nivel socioeconómico medio bajo 54,0%.
2. De la muestra estudiada el 61,90% refirió un tiempo de convivencia de 1-4 años, la principal fuente de información sobre temas de sexualidad en la gestación fue el colegio y la pareja.
3. La mayoría de pacientes 68,70% refirió haber iniciado la vida sexual entre los 15-19 años.
4. Hay una disminución progresiva de la frecuencia de las relaciones sexuales a medida que progresa el embarazo. La frecuencia de tres relaciones a la semana antes del embarazo del 51,7% disminuye a 12,1% en el primer trimestre, 8,3% en el segundo trimestre y 1,9% en el tercer trimestre. Antes del embarazo el promedio de relaciones sexuales también disminuye de 3,0 a 1,7 en el primer trimestre, 1,6 en el segundo trimestre y 1,1 en el tercer trimestre.
5. De igual manera, existe una disminución del deseo sexual: antes del embarazo fue de 1,5%, en el primer trimestre del 49,4%, en el segundo trimestre del 44,2% y en el tercer trimestre 80,8%. También hay problemas para alcanzar el orgasmo: antes del embarazo las que nunca tuvieron un orgasmo son un 4,5%, en el primer trimestre 25,3%, segundo trimestre 27,5% y en el tercer trimestre 38,9%.
6. En el primer trimestre la posición que prefieren las embarazadas es con el hombre encima 89,40%, en el segundo trimestre la mujer encima 53,60% y en el tercer trimestre la posición lateral 83,80%.
7. El 49,1% cree que es muy importante las relaciones en la vida de pareja y el 59,6% cree que la actividad sexual en el embarazo puede afectar al bebé.



## 7.2 Recomendaciones

- 7.2.1 Es importante que en la atención a la embarazada por el personal de salud, se aborden los temas de sexualidad desde el inicio del control de la paciente embarazada para disminuir el nivel de ansiedad y temor que puede provocar en la pareja el desconocimiento y los miedos a tener una vida sexual activa, lo cual se ha demostrado que es importante para mejorar la calidad de vida de la pareja.
- 7.2.2 También es necesario que en la formación de los profesionales de la salud médicos enfermeras y médicos especialistas se incremente en los pensum de estudios temas sobre la sexualidad y embarazo, debido a que los conocimientos quizás son limitados y dificultan brindar a las pacientes la información necesaria ante la serie de dudas que surgen en la consulta y que muchas veces se evitan por temor, vergüenza o desconocimiento.
- 7.2.3 Se debe continuar con nuevas investigaciones que profundicen el conocimiento sobre la sexualidad en las pacientes embarazadas acordes a nuestra realidad social y cultural.



## 8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 1):136–42.
2. Fok WY, Chan LY-S, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Oct;84(10):934–8.
3. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J.* 2015;12(5):2339–44.
4. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 2012 Oct;41(5):1241–51.
5. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 1991 Feb;20(1):35–45.
6. Vieira TCSB, de Souza E, Abdo CHN, Torloni MR, Santana TGM, Leite APL, et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *J Sex Med.* 2012 Oct;9(10):2516–24.
7. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BPC, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013 Jun;39(6):1165–72.
8. Vieira TCSB, de Souza E, da Silva I, Torloni MR, Ribeiro MC, Nakamura MU. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. *J Sex Med.* 2015 May;12(5):1154–7.
9. Seven M, Akyüz A, Güngör S. Predictors of sexual function during pregnancy. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 2015 Oct;35(7):691–5.
10. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecology J.* 2014 Jan;25(1):5–14.
11. Sacomori C, Cardoso FL. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(5):313–7.
12. Guijarro EM. La sexualidad femenina, el a sexualidad femenina, el holismo epistemológico y la complejidad: reflexiones para la vida contemporánea. *Estud Fem.* 2009;17(2):467–80.
13. Chikovore J, Nystrom L, Lindmark G, Ahlberg BM. “How Can I Gain Skills if I Don't Practice?” The Dynamics of Prohibitive Silence against Pre-Marital Pregnancy and Sex in Zimbabwe. Vermund SH, editor. *PLoS ONE.* 2013 Jan 23;8(1):e53058.





14. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. [Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women]. *Tunis Médicale*. 2012 Dec;90(12):873–7.
15. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2001;17(5):497–501.
16. González SG, González LD, Paneque M del CM. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. *Enferm Glob Rev Electrónica Semest Enferm*. 2012;(28):24–12.
17. Salim NR, Gualda DMR. Corpo e sexualidade: a experiencia de um grupo de puérperas. *Rev Esc Enferm USP No PreloLinks* [Internet]. 2010 [cited 2013 Jul 23]; Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf)
18. López JSS, de Baz T, Basulto DIC. Sexo y embarazo: Ideas de profesionales de la salud. *Psicol Soc*. 2011;23(3):608–15.
19. González Labrador I. Ginecología y sexualidad. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2002 Oct;18(5):349–51.
20. Guarnizo Tole M, Pardo T MP. El significado de la sexualidad durante la gestación. *Av En Enferm*. 2011 Dec;29(2):294–306.
21. Blümel JE, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118–25.
22. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med*. 2011 May;8(5):1267–84; quiz 1285–6.
23. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2000;107(8):964–8.
24. Valdéz R E. CONCEPTOS DE SEXUALIDAD EN PERINATOLOGIA. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003 Jan;68(4):333–6.
25. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999 Jul;47(1):27–49.
26. Sapién JS, Córdoba DI. Comportamiento Sexual de Varones Durante el Embarazo: Casos en la Ciudad de México. *Ter Psicológica*. 2011;29(2):185–90.
27. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res*. 2004 Nov 11;17(2):154–7.
28. NURE50\_original\_modifisex.pdf [Internet]. [cited 2013 Sep 24]. Available from: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50\\_original\\_modifisex.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_original_modifisex.pdf)



29. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lekárske Listy*. 2009;110(7):427–31.
30. Liu H-L, Hsu P, Chen K-H. Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study. *Sex Med*. 2013 Dec;1(2):54–61.
31. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1995 Aug;35(3):290–3.
32. Souza F de O, Dias LAR, Franco M de M, Guirro EC de O, Cavalli R de C, Lara LA da S, et al. Assessment of female sexual function in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *J Sex Med*. 2013 May;10(5):1350–4.
33. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino M de T, Scomparini FB, Mattar R. Female Sexual Function of Overweight Women with Gestational Diabetes Mellitus – A Cross-Sectional Study. *Young RC, editor. PLoS ONE*. 2014 Apr 15;9(4):e95094.
34. Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, Scanavino M de T, Mancini PE, Forte BMB, et al. Maternal overweight and sexual function in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015 Oct 11;
35. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström M-L, Saarinen H, Wenker A. Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Jun;82(6):529–36.
36. Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai Chotmaiher Thangphaet*. 2010 Mar;93(3):265–71.
37. Babazadeh R, Najmabadi KM, Mirzaii K, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2013 Jan;120(1):82–4.
38. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health*. 2014;20(3):298–304.
39. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med*. 2008 Aug;5(8):1915–22.
40. Naldoni LMV, Pazmiño MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(2):116–29.
41. Chang S-R, Chen K-H, Lin H-H, Yu H-J. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med*. 2011 Oct;8(10):2859–67.



42. Prado DS, Lima RV, de Lima LMMR. Impact of pregnancy on female sexual function. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstetrícia*. 2013 May;35(5):205–9.
43. Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jun;31(3):201–15.
44. Syty K, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Jakiel G. [The influence of pregnancy on sexual satisfaction among women]. *Wiad Lek Wars Pol* 1960. 2012;65(3):157–61.
45. Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. *J Midwifery Womens Health*. 2002 Aug;47(4):278–86.
46. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med*. 2012 Jul;9(7):1897–903.
47. Balestena Sánchez JM, Fernández Hernández B, Sanabria Negrín JG. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. 2014;18(5):811–22.
48. Gałazka I, Droszol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med*. 2015 Feb;12(2):445–54.
49. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecol Obstet Invest*. 2004;57(2):103–8.
50. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstetrícia*. 2010 Mar;32(3):139–43.
51. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Médica Bras*. 2009;55(5):563–8.
52. Alexander KA, Jemmott LS, Teitelman AM, D'Antonio P. Addressing sexual health behaviour during emerging adulthood: a critical review of the literature. *J Clin Nurs*. 2015 Jan;24(1-2):4–18.
53. Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. Findings from a survey of Saudi women. *Saudi Med J*. 2014 May;35(5):482–7.
54. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014 Apr;40(4):1023–9.
55. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med*. 2007 Sep;4(5):1381–7.



56. Hanafy S, Srour NE, Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sex Health*. 2014 Jul;11(3):240–3.
57. Rodríguez León M, Ramón Arbués E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enferm Glob*. 2013;12(32):362–70.
58. Sipiński A, Kazimierczak M, Buchacz P, Sipińska K. [Sexual behaviors of pregnant women]. *Wiad Lek Wars Pol* 1960. 2004;57 Suppl 1:281–4.
59. Nakić Radoš S, Soljačić Vraneš H, Šunjić M. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *J Sex Marital Ther*. 2015;41(3):282–93.
60. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc*. 2007;82(1-2):65–90.
61. García González S, Duarte González L, Mejías Paneque MC. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. *Enferm Glob*. 2012;11(28):453–64.
62. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. [Sexuality of pregnant women]. *Ginekol Pol*. 2006 Sep;77(9):733–9.
63. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2010;36(5):408–20.
64. Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. 2010;36(2):124–36.
65. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2000 Aug;107(8):964–8.
66. Sacomori C, Cardoso FL. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73(5):313–7.
67. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*. 2010 Aug;7(8):2782–90.
68. Tosun Güleroğlu F, Gördeles Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med*. 2014 Jan;11(1):146–53.
69. Conway T, Hu TC, Mason E, Mueller C. Are primary care residents adequately prepared to care for women of reproductive age? *Fam Plann Perspect*. 1995 Apr;27(2):66–70.
70. Mills JL, Harlap S, Harley EE. Should coitus late in pregnancy be discouraged? *Lancet Lond Engl*. 1981 Jul 18;2(8238):136–8.



71. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Rugpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet. 2006 Oct;89 Suppl 4:S124–9.
72. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E de, Mariani Neto C, Ribeiro MC, Santana T das GM, et al. Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia. 2012 Sep;34(9):409–13.

## 9.0 ANEXOS

### Anexo 1: Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	Tiempo	Años cumplidos: Embarazada Pareja	numérica
Tiempo de convivencia con la pareja actual	Tiempo que vive en compañía de su conyugue	Tiempo transcurrido con pareja	Meses o años	Numérica
Residencia	Lugar donde habita una persona	Lugar de permanencia habitual	Urbano Rural	Si - No
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por la ley	Vínculo determinado por la ley entre dos personas	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada.	Si - No
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudio realizados o en cursos, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisionales o definitivamente incompletos	Grado más elevado de estudio realizados	Estudios: Primaria Secundaria Medios-superiores Superiores	Si - No
Nivel socioeconómico	Media total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	Posición socioeconómica	Encuesta INEC:  Alto Medio alto Medio típico Medio bajo Bajo	Si - No
Profesión	Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Empleo que ejerce la persona	Profesión: Embarazada y pareja	Si - No
Inicio de la vida sexual	Edad en el que inicia la primera relación sexual	Tiempo de inicio	Años cumplidos	Numérica



Embarazo planificado	Embarazo que se desea o aspira tener previo a la concepción	Deseo de embarazarse antes de la concepción	Planificación	Si - No
Número de Gestas	Número de embarazos que a cursado una mujer incluyendo el actual.	Números de embarazos	Número de embarazos	Numérica
Número de partos	Número de partos con finalización del alumbramiento, más allá de la semana 20 de gestación, o con un recién nacido de peso mayor a 500 gramos.	Número de partos	Número de partos.	Numérica
Número de abortos	Número de interrupciones del desarrollo del feto antes de las 20 semanas de gestación o con menos de 500 gramos, en forma natural o provocada	Número de abortos	Número de abortos	Numérica
Patología durante el embarazo	Enfermedad que cursa la paciente durante la gestación en curso	Enfermedad que cursa actualmente	Enfermedades : Ninguna Sangrado vaginal Amenaza de aborto Amenaza de parto pre termino Infección de vías urinarias Vaginosis Otras	Si - No
Problemas sexuales	alteración que dificulta o impide que la persona disfrute de la actividad sexual	Alteración que impide disfrutar de la actividad sexual	Enfermedades tipo sexuales: Infección Ausencia de orgasmos Falta de deseo Dolor durante el coito	Si – No
Libido de la embarazada	Deseo o impulso de tener actividad sexual	Deseo de tener actividad sexual	Deseo sexual: Antes y después del embarazo por trimestre: Aumentado disminuido igual	Si – No
Libido de la pareja	Deseo o impulso de tener actividad sexual por parte de la pareja actual	Deseo de tener actividad sexual	Deseo sexual: Aumentado disminuido Igual Por trimestre 1er 2do 3er	Si – No



Frecuencia de actividad sexual	Número de actos sexuales que mantienen las personas con objeto de dar o recibir placer	Tiempo	Frecuencia: Antes y Durante el embarazo semanal por trimestre de embarazo 1er 2do 3er	Numérico
Orgasmo	Descarga de la tensión sexual caracterizado por el satisfacción sexual máxima	Satisfacción sexual máxima	Satisfacción sexual: Antes del embarazo Después del embarazo por trimestre 1er 2do 3er	Si – No
Hábitos sexuales	Conductas sexuales que mantiene individualmente cada personas	Conductas sexuales	Habitos: Sexo orogenital Masturbación Coito vaginal coito anal	Si – No
Posiciones de la embarazada durante el coito en el embarazo	Postura que adopta en el momento del acto sexual durante la gestación	Postura que adopta	Posiciones por trimestre: Hombre encima Hombre debajo Sentados Lateral De pie El hombre detrás	Si – No
Autoestima durante la gestación	Percepción evaluativa que tiene la embarazada de sí mismo	Percepción de sí mismo	Atractiva: Si No- Porque?	Si – No
Respuesta sexual habitual	Reacción ante un estímulo sexual	Reacción ante estímulo sexual	Respuesta sexual Satisfactoria: Si No	Si – No
Comportamiento de la pareja durante gestación	Manera de proceder de la pareja en relación al embarazo actual	Proceder de la pareja	Más afectivo Más pasional Igual Con menos deseo	Si – No
Importancia de las relaciones sexuales	Valor que se le da al acto sexual	Valor	Nada Poco Algo Mucho	Si – No
Temor de causar daño al feto	Miedo de producir alteración al feto a causa del acto sexual	Miedo de alterar al feto	Miedos: No Si: cuáles?	Si - No



Educación sexual recibida	Es el proceso de aprendizaje en el que se forma a la persona en lo relacionado con la sexualidad	Proceso de aprendizaje para formación	Amigos Médicos Pareja Padres Colegio Medios de comunicación Otros	Si no
Recibir educación sexual	Proceso en el que se recibe información para formar a la persona en cuanto a la sexualidad	Formación de la persona	Recibir información	Si – No

**Anexo2**

**CAMBIOS EN LA PRACTICA SEXUAL DE GESTANTES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014**

**Cuestionario:**

1.- Edad: Embarazada\_\_\_\_ Pareja\_\_\_\_

Bajo

2.- Residencia:

- Urbana
- Rural

8.- Edad de la primera relación sexual:\_\_\_\_\_

3.- Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Unión libre
- Divorciada

9.- ¿El embarazo fue planificado?

- Sí
- No

4.- Nivel de instrucción: Embarazada y Pareja:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| E                        | P  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Primaria          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Secundaria        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Medios-superiores |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Superiores        |

10.- Cuáles son sus hábitos sexuales:

- Coito vaginal
- Coito anal
- Relaciones orogenitales
- Masturbación
- Otros

5.- Profesión: \_\_\_\_\_

6.- Tiempo de convivencia: \_\_\_\_\_

7.- Estado socioeconómico:

- Alto
- Medio alto
- Medio típico
- Medio bajo

11.-Apetencia e interés sexual antes y durante el embarazo en cada trimestre:

- |                          |                          |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| A                        | 1er.                     | 2do.                     | 3ro.                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Aumentado  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Igual      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Disminuido |

12.- Frecuencia de actividad sexual a la semana:

13.1 Antes del embarazo \_\_\_\_\_





13.2 Durante del embarazo por trimestre:

1er \_\_\_\_  
2do \_\_\_\_  
3er \_\_\_\_

No - Porque?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14.- Complicaciones del embarazo luego del acto sexual por trimestre**

**1er. 2do. 3er.**  
 |  |  Ninguna  
 |  |  Sangrado vaginal  
 |  |  Amenaza de aborto  
 |  |  Amenaza de parto pretérmino  
 |  |  Infecciones de vías urinarias  
 |  |  Vaginosis (secreción vaginal)  
 |  |  Otras \_\_\_\_\_

**15.- A experimentado uno o más orgasmo en la misma relación sexual (satisfacción sexual máxima), antes y durante el embarazo, y en que trimestre:**

**A 1er 2do 3er**  
 |  |  |  Siempre  
 |  |  |  Casi siempre  
 |  |  |  La mitad de las veces  
 |  |  |  Casi nunca  
 |  |  |  Nunca

**16.- Han cambiado sus hábitos sexuales en el embarazo?**

No  
 Si

Porque? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17.- Apetencia e interés sexual de su pareja en relación con usted:**

Mayor  
 Menor  
 Igual

**18.- Posiciones que adopta durante el coito en el embarazo por cada trimestre, si emplea varias señale:**

**1er 2do 3er**  
 |  |  Hombre encima  
 |  |  Hombre debajo  
 |  |  Sentados  
 |  |  Lateral  
 |  |  De pie  
 |  |  El hombre detrás

**19.- ¿Se encuentra menos atractiva?**

No  
 Si – porque?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20.- Su respuesta sexual habitual es satisfactoria:**

Sí  
 No

**21.- ¿Considera importante las relaciones sexuales dentro de su vida de pareja?**

Nada  
 Poco  
 Algo  
 Mucho

**22.- ¿Cree que las relaciones sexuales podrían perjudicar a su bebé? Si es sí, enumere algunos miedos.**

No  
 Si  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**23.- Su educación sexual la ha recibido de:**

Amigos  
 Pareja  
 Padres



- Colegio
- Internet
- Otros \_\_\_\_\_

**24.- ¿Le gustaría recibir más educación sexual?**

- Sí
- No

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Responsable:**



**Anexo N.2 Consentimiento informado.**

UNIVERSIDAD DE CUENCA

POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del investigador. Md. Gabriel Fernando López Espinoza

El formulario de consentimiento informado se dirige a mujeres que cumplen los criterios de inclusión del estudio, que acuden con labor de parto a término al área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso y que les invita a participar en la tesis de investigación de: CAMBIOS EN LA PRACTICA SEXUAL DE GESTANTES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014. Se está investigando cuales son los principales cambios en la práctica sexual de las gestantes con el fin de conocer cuáles son los principales temores, creencias, dudas y el tipo de asesoramiento que tiene la gestante sobre este tema.

Su participación es totalmente voluntaria. No implica gastos económicos de su parte así como tampoco recibirá remuneración alguna por participar. Usted puede elegir si participar o no. Si usted decide no participar, su decisión no influirá en la calidad de atención que recibirá en esta casa de salud.

He sido informada en invitada a participar en la investigación, en donde se tomaran datos mediante un cuestionario, entiendo que no se realizaran procedimientos o intervenciones en mi hijo(a) o en mi persona que ponga en riesgo nuestra salud. También sé que no voy a recibir ningún tipo de remuneración o recompensa por participar. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar en la investigación y entiendo que tengo derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto afecte en ninguna manera mi cuidado médico en este Hospital.

Nombre de la paciente:.....

CI:.....

Historia clínica:.....

Fecha:.....