



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

**“Estereotipos de género asociados al deseo sexual en gestantes del Centro
de Salud Carlos Elizalde 2018”**

**Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magister en
Género, Desarrollo, Salud Sexual y
Reproductiva**

Autora:

Leslie Katuska Mora Loor

C.I. 1306912716

Directora:

Dra. Tatiana Isabel Ortiz Tarira

C.I. 0907622096

Cuenca – Ecuador

15/7/2019



RESUMEN

El periodo de embarazo conlleva una serie de cambios físicos, emocionales, psicológicos y culturales, que repercuten sobre el deseo sexual, especialmente en el tercer trimestre de embarazo, donde se ha reportado hasta el 40% en la disminución del deseo y de la frecuencia del coito en la pareja. Uno de los factores culturales y sociales que influyen sobre esta problemática son los estereotipos de género, en el caso de las mujeres el marianismo, que implica su función como agentes pasivos en la toma de decisiones sobre la sexualidad. Este trabajo ha tenido como objetivo general; Determinar la influencia que tienen los estereotipos de género en la vivencia de la sexualidad, manifestada a través del deseo sexual, durante los diferentes periodos de gestación en mujeres entre 20 – 40 años que acuden a su control prenatal al Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde en el primer semestre del 2018. Para cumplir con el objetivo se ha realizado un estudio correlacional, no experimental, transversal en mujeres embarazadas de rango de edad de 20-40 años, que acudieron al centro de salud. Se tomaron datos del sistema de registro del hospital, se preparó una hoja de recolección de datos y se aplicó el instrumento, Escala de Creencias Marianistas. Entre los principales resultados se apreció que el 46.7% de la pacientes reportaron una disminución en el deseo sexual, reflejado en el promedio de relaciones sexuales semanales antes del embarazo, 2.310 ± 1.3130 y posterior al mismo 1.430 ± 0.8011 , a pesar de esto indicaron tener una adecuada convivencia de pareja y una buena comunicación de pareja. Las mujeres indicaron tener una buena puntuación sobre el estereotipo de género, es decir, consideraban su autonomía y derechos sobre la elección de la sexualidad, siendo el pilar familiar el más importante, además de tener bajo el nivel de callarse ante decisiones de la pareja. Se concluyó que el estero tipo de género no tuvo mayor repercusión sobre la disminución del deseo sexual durante el embarazo, el cual estuvo más ligado a los cambios físicos de las pacientes.

Palabras Clave: Embarazo. Sexualidad. Estereotipo de género.



ABSTRACT

The pregnancy period involves a series of physical, emotional, psychological and cultural changes that affect sexual desire, especially in the third trimester of pregnancy, where up to 40% have been reported in the decrease of desire and frequency of pregnancy. intercourse in the couple. One of the cultural and social factors that influence this problem are gender stereotypes, in the case of women, marianismo, which implies their role as passive agents in making decisions about sexuality. This work has had as a general objective; Determine the influence of gender stereotypes in the experience of sexuality, manifested through sexual desire, during the different periods of gestation in women between 20 - 40 years who attend their prenatal care at the Carlos Elizalde Inclusive Health Center in the first semester of 2018. To achieve the objective, a correlational, non-experimental, cross-sectional study was carried out on pregnant women aged 20-40 years, who attended the health center. Data were collected from the hospital registration system, a data collection sheet was prepared and the instrument, the Marianist Belief Scale, was applied. Among the main results, it was observed that 46.7% of the patients reported a decrease in sexual desire, reflected in the average of weekly sexual relations before pregnancy, 2.310 ± 1.3130 and after the same 1.430 ± 0.8011 , despite this they indicated having an adequate cohabitation of couple and a good communication of couple. The women indicated that they had a good score on gender stereotyping, that is, they considered their autonomy and rights over the choice of sexuality, being the family pillar the most important, as well as having a low level of silence in the face of decisions made by the couple. It was concluded that the genre type estero had no major impact on the decrease in sexual desire during pregnancy, which was more linked to the physical changes of the patients.

Keywords: Pregnancy. Sexuality. Gender stereotype.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	10
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	11
DEDICATORIA	12
AGRADECIMIENTO	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	16
FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	22
ESTADO DEL ARTE.....	23
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
OBJETIVO GENERAL	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	26
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	27
CAPÍTULO II.....	28
MARCO TEÓRICO	28
BASES TEÓRICAS.....	28
SEXUALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	28
CAMBIOS QUE SE PRODUCEN DURANTE LA ETAPA DEL EMBARAZO.....	29
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO	31
ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y DESEO SEXUAL.....	35



APORTES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS ESPERADOS.....	38
CAPÍTULO III.....	39
METODOLOGÍA.....	39
Tipo de estudio.....	39
Diseño de la investigación.....	39
Población	39
Muestra.....	39
Criterios de inclusión y exclusión.....	39
Técnicas para recolección de la información	40
Análisis de la información.....	41
Aspectos éticos	41
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	42
CAPÍTULO IV	45
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
RESULTADOS.....	45
DISCUSIÓN	77
CAPÍTULO V	81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	90
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN HASTA FEBRERO DE 2018.....	90
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	91
CONSENTIMIENTO INFORMADO	95
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR	100



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las pacientes de la muestra.....	45
Tabla 2. Trimestre de embarazo de las pacientes de la muestra	46
Tabla 3. Variables Gineco - obstétricos de las pacientes de la muestra.....	47
Tabla 4. Etnia de las pacientes de la muestra.....	48
Tabla 5. Estado civil de las pacientes de la muestra.....	49
Tabla 6. Escolaridad de las pacientes de la muestra	50
Tabla 7. Trabajo de las pacientes de la muestra.....	51
Tabla 8. Parejas sexuales anteriores que indican las pacientes de la muestra	52
Tabla 9. Número de parejas sexuales de las pacientes de la muestra.....	53
Tabla 10. Convivencia en pareja – comunicación, de las pacientes de la muestra	54
Tabla 11. Convivencia en pareja – afecto; de las pacientes de la muestra	55
Tabla 12. Convivencia en pareja – respeto; de las pacientes de la muestra	56
Tabla 13. Convivencia en pareja escala Ilusión; de las pacientes de la muestra.....	57
Tabla 14. Satisfacción de la pareja de las pacientes de la muestra	58
Tabla 15. Aumento del deseo sexual en las pacientes de la muestra	59
Tabla 16. Disminuyó el deseo sexual en las pacientes de la muestra	60
Tabla 17. Frecuencia de las relaciones sexuales de las pacientes de la muestra.....	61
Tabla 18. Disminución del deseo sexual según el trimestre del embarazo.....	62
Tabla 19. Erótica y amatoria en las relaciones de las pacientes de la muestra	63
Tabla 20. Respuesta sexual – deseo en las pacientes de la muestra	64
Tabla 21. Respuesta sexual – Excitación en las pacientes de la muestra.....	65
Tabla 22. Respuesta sexual – Orgasmo en las pacientes de la muestra	66
Tabla 23. Respuesta sexual – Satisfacción en las pacientes de la muestra.....	67
Tabla 24. Escala de creencias marianistas en las pacientes de la muestra	68
Tabla 25. Escala de creencias marianistas – Pilar familiar en las pacientes de la muestra	69



Tabla 26. Escala de creencias marianistas – Virtuosidad y castidad en las pacientes de la muestra.....70

Tabla 27. Escala de creencias marianistas – Autosilencio en las pacientes de la muestra71

Tabla 28. Escala de creencias marianistas – Pilar espiritual en las pacientes de la muestra.....72

Tabla 29. Disminución del deseo sexual según la edad de las pacientes73

Tabla 30. Disminución del deseo sexual según tiempo de convivencia74

Tabla 31. Disminución del deseo sexual según la escala de creencias marianistas75

Tabla 32. Disminución del deseo sexual frente a la frecuencia de las relaciones sexuales76



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las pacientes de la muestra	45
Figura 2. Trimestre del embarazo de las pacientes de la muestra	46
Figura 3. Variables Gineco - obstétricos de las pacientes de la muestra.....	47
Figura 4. Etnia de las pacientes de la muestra.....	48
Figura 5. Estado civil de las pacientes de la muestra.....	49
Figura 6. Escolaridad de las pacientes de la muestra	50
Figura 7. Trabajo de las pacientes de la muestra.....	51
Figura 8. Parejas sexuales de las pacientes de la muestra.....	52
Figura 9. Número de parejas sexuales de las pacientes de la muestra.....	53
Figura 10. Convivencia en pareja - comunicación de las pacientes de la muestra	54
Figura 11. Convivencia en pareja - afecto de las pacientes de la muestra	55
Figura 12. Convivencia en pareja – respeto; de las pacientes de la muestra	56
Figura 13. Convivencia en pareja – ilusión de las pacientes de la muestra.....	57
Figura 14. Satisfacción de la pareja de las pacientes de la muestra	58
Figura 15. Aumento del deseo sexual en las pacientes de la muestra	59
Figura 16. Disminuyó el deseo sexual en las pacientes de la muestra.....	60
Figura 17. Frecuencia de las relaciones sexuales de las pacientes de la muestra.....	61
Figura 18. Disminución del deseo sexual según el trimestre del embarazo	62
Figura 19. Erótica y amorosa en las relaciones de las pacientes de la muestra.....	63
Figura 20. Respuesta sexual – deseo en las pacientes de la muestra	64
Figura 21. Respuesta sexual – excitación en las pacientes de la muestra	65
Figura 22. Respuesta sexual – Orgasmo en las pacientes de la muestra	66
Figura 23. Respuesta sexual – satisfacción en las pacientes de la muestra	67
Figura 24. Escala de creencias marianistas en las pacientes de la muestra	68
Figura 25. Escala de creencias marianistas – Pilar familiar en las pacientes de la muestra	69



Figura 26. Escala de creencias marianistas – Virtuosidad y Castidad en las pacientes de la muestra.....70

Figura 27. Escala de creencias marianistas – Autosilencio en las pacientes de la muestra71

Figura 28. Escala de creencias marianistas – Pilar espiritual en las pacientes de la muestra.....72

Figura 29. Disminución del deseo sexual según la edad de las pacientes73

Figura 30. Disminución del deseo sexual según tiempo de convivencia74

Figura 31. Disminución del deseo sexual según la escala de creencias marianistas75

Figura 32. Disminución del deseo sexual frente a la frecuencia de las relaciones sexuales76



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Katuska Leslie Mora Loor en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Estereotipos de género asociados al deseo sexual en gestantes del Centro de Salud Carlos Elizalde 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de Julio de 2019

Katuska Leslie Mora Loor

C.I. 1306912716



Cláusula de Propiedad Intelectual

Katuska Leslie Mora Loor, autora del trabajo de titulación "Estereotipos de género asociados al deseo sexual en gestantes del Centro de Salud Carlos Elizalde 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de Julio de 2019

Katuska Leslie Mora Loor

C.I. 1306912716



DEDICATORIA

Con amor quiero dedicar este trabajo primero a Dios, a mi esposo e hijos que no me abandonaron en este camino tan arduo y me brindaron su apoyo incondicional.

Katiuska



AGRADECIMIENTO

Doy gracias a mis padres que me forjaron a ser una mujer con valores, una mujer que salió adelante a pesar de las dificultades, hoy puedo demostrar que lo logre y que soy capaz de cumplir todo lo que proponga.

Gracias a mi amado esposo Freddy Cárdenas y a mis preciosos hijos Melissa y Freddy

Katiuska



INTRODUCCIÓN

La gestación es el período que transcurre entre la fertilización y el parto, lo que provoca cambios físicos, hormonales, emocionales, psicológicos, sociales y sexuales en una mujer. Como resultado, el embarazo genera expectativas y dudas sobre la capacidad de tratar con estos cambios y responder a esta nueva situación. Además, el embarazo genera sentimientos positivos, como una alegría, pero al mismo tiempo, sentimientos negativos, como depresión, miedo y ansiedad, que pueden tener repercusiones negativas en la mujer embarazada y en la vida sexual de sus parejas.

Junto con la disminución del deseo sexual, las advertencias sobre el sexo o las limitaciones y el miedo a lastimar físicamente al feto, pueden hacer que el embarazo sea un período de baja actividad sexual. Las mujeres embarazadas tienen necesidades, dudas y preocupaciones acerca de su sexualidad que deben abordarse durante su cuidado y educación prenatal.

Las fluctuaciones en el deseo y las prácticas sexuales son normales durante el embarazo y el posparto. En el primer trimestre, los cambios físicos y emocionales conducen a una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y el deseo sexual, el segundo trimestre, el deseo sexual tiende a regresar, asociado con una mejoría en el bienestar físico de una futura madre, menos miedo a perder el feto, mejor lubricación vaginal y facilidad de las relaciones sexuales. En el tercer trimestre, las limitaciones físicas debidas al tamaño y la forma del cuerpo y la presión sobre el útero limitan la actividad sexual.



Aunque muchos estudios se centran en temas como la salud reproductiva, el aborto espontáneo, la educación sexual desde un punto de vista preventivo y los aspectos biológicos de la sexualidad durante el embarazo, hay una falta de investigación sobre la dimensión subjetiva, emocional y experiencial de las mujeres durante este período. Junto con esto existen algunos factores denominados, estereotipos de género que afecta de alguna manera el deseo sexual.

En esta investigación se intenta identificar la influencia que tienen los estereotipos de género en la vivencia de la sexualidad, manifestada a través del deseo sexual, durante los diferentes periodos de gestación en mujeres entre 20 – 40 años que acuden a su control prenatal al Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde en el primer semestre del 2018. A lo largo de este trabajo se presentarán datos de encuestas realizadas a las mujeres en estado gestacional que permitirán comprender esta situación, además de conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Existen mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde, para sus controles periódicos, algunas de ellas hablan de forma abierta sobre su sexualidad durante el periodo de gestación; sin embargo, la mayoría son renuentes a exponer su postura o problemas que puedan estar pasando. En el libro *Obstetricia y Medicina materno – fetal* corrobora este postulado, al indicar que la sexualidad durante el embarazo no es un tema que suela abordarse en el control prenatal ya que la mujer no realiza las preguntas respectivas y el obstetra no toma la iniciativa, a pesar de esto es de suma importancia que se le preste atención, puesto que la sexualidad y la satisfacción es parte importante de la salud en general. (Cabero, 2007)

Se conoce que durante el primer trimestre de gestación el deseo sexual disminuye, debido a los cambios hormonales y de los síntomas propios de esta etapa, así aproximadamente un 40% de las embarazadas presenta una clara disminución de su deseo; para el segundo trimestre el deseo sexual se incrementa nuevamente ya que los síntomas se han controlado; para el tercer trimestre vuelve a disminuir debido a la incomodidad y a la cercanía del parto. Cortez, en su libro *obstetricia general*, expone una disminución del deseo sexual en el 41% de las mujeres embarazadas, incluso en revisiones realizadas por el autor un 24,5% de estas mujeres experimentaban un rechazo total a las relaciones físicas con su pareja, por lo que recomienda que las parejas que experimentan estos cambios puedan participar de terapias maritales. (Cortes, 2007; García, *El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación*, 2016)



A pesar de que estos cambios en el comportamiento sexual son frecuentes, la dirección y la intensidad de éstos van de la mano de grandes variaciones individuales, las que se relacionan con factores como el desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, historia personal, el impacto del embarazo en su salud, el tipo de relación con su pareja además de factores culturales (García, Sexualidad en el periodo gestacional, 2014).

Blanquet ha indicado diversos factores que influyen en la pérdida del deseo sexual, como los cambios físicos, y otros tales como “la falta de confianza, temor, ignorancia, falta de comunicación, mitos culturales, entre otros” (Blanquet, 2011) Existen también otras diversas circunstancias que junto con el prejuicio y la desinformación puede afectar las condiciones en las que se desarrollan las relaciones sexuales durante el embarazo, estos prejuicios se los conoce como “estereotipos de género”, mismos que se definen como creencias fuertemente arraigadas acerca de las características que se atribuyen a ciertas categorías de personas. Una de las características de los estereotipos que fortalecen su importancia es que: predisponen el comportamiento hacia las demás personas, así como las reacciones que se presentan hacia otras personas, por lo que, al continuar con este comportamiento estereotipado, el mismo se refuerza.

Existen dos estereotipos de género claramente definidos, estos son el machismo y el marianismo. El machismo es visto en la sociedad en general como un concepto negativo que promueve la violencia de género. Este se define como un conjunto de expectativas para los hombres en una cultura donde ejercen dominio y superioridad sobre las mujeres. Los roles de género pueden haber impactado críticamente el machismo a través de las diferencias entre las



responsabilidades masculinas y femeninas dentro de la unidad familiar. Las diferencias en los roles de género han sido evidentes a lo largo de la historia, así como en muchas culturas diferentes. En general, existe una brecha de género entre los roles de hombres y mujeres en la escena laboral o familiar donde se espera que las mujeres sean sumisas y de corazón suave y se espera que los hombres sean dominantes, asertivos. Esto puede causar un desequilibrio de poder entre los individuos. También se espera que las mujeres cuiden el hogar, sean madres que se quedan en el hogar, portadoras de niños y cuidadoras. Mientras que, se espera que los hombres den el ejemplo, sean duros y sean el sostén de la familia.

Por otro lado, el marianismo ha sido poco analizado en la investigación psicológica, el marianismo es un fenómeno del de la cultura latina, basado en las normas culturales tradicionales y los valores del catolicismo. Abarcando los conceptos de auto sacrificio, pasividad, cuidado, deber, honor, moral sexual y el papel de la latina como madre; tácitamente el marianismo a menudo se compara con el martirio de la Virgen María. Comparativamente, el concepto de machismo es un fenómeno de socialización de género masculino, que abarca los conceptos de masculinidad exagerada, destreza física, dominio, autoridad patriarcal. Sin embargo, el cuerpo de investigación en estudios de rol de género en latinos había sido predominantemente sobre el fenómeno del machismo. En las primeras investigaciones realizadas en inmigrantes latinos en Estados Unidos, se centraron principalmente en las experiencias de los inmigrantes hombres, lo que hizo que las mujeres inmigrantes se volvieran "invisibles o estereotipadas".



Con respecto a la sexualidad, para los hombres el sexo es concebido como una fuerza incontrolable, la mujer tiene la “responsabilidad de controlarlo”, debido a su superioridad moral, lo que puede causar un conflicto en su modo de pensar y actuar, especialmente por los cambios hormonales durante el embarazo que hacen que la mujer se sienta más sensible y tenga más necesidad de afecto, por lo que las relaciones sexuales aumentan el vínculo de pareja, lo que podría llevar a que las mujeres vivan su sexualidad con mayor libertad, lo que en la sociedad latina puede estar asociada al desorden y peligro.

La sexualidad también se ve condicionada por las religiones, que en el contexto nacional existe un mayor porcentaje de practicantes del catolicismo y protestantismo, donde a las mujeres se les ha exigido callar, además de negárseles la oportunidad de expresar de forma libre sus deseos y necesidades sexuales y se limita a la complacencia de los deseos e intereses de otros. Algunas mujeres con convicciones profundamente religiosas no poseen un pensamiento autónomo, y son atadas a las condiciones expuestas por sus pares masculinos dentro de la relación. Existen religiones orientales donde la hombría es probada por la cantidad de mujeres, relaciones sexuales, que este tenga, lo que le otorga un sentido de respeto entre su comunidad, mientras que las mujeres quedan limitadas en términos de expresión. En este contexto del catolicismo y protestantismo, las relaciones sexuales previas al matrimonio son concepto de pecado y están penalizadas como tal, con claras diferencias entre hombres y mujeres, puesto que los primeros son vistos como “deslices”, o “es hombre”, mientras que en la mujer las condiciones son “indecente”, o “que dirán los



vecinos”, en fin, existen convicciones muy fuertes que no permiten el desarrollo sexual adecuado para las mujeres. (Castilla, 2009)

El estado civil es otro de los factores que influye en la sexualidad femenina, puesto que las mujeres casadas o que mantienen una relación de pareja estable tienen mayores posibilidades de mantener relaciones sexuales regulares. Sin embargo, en la cultura latinoamericana las relaciones fuera del matrimonio para las mujeres solteras, viudas, separadas o divorciadas son más dificultosas considerando una cultura machista, donde tienen casi prohibidas las relaciones sexuales, por ejemplo: si una mujer enviudase o se divorciase deberá mantener una vida sola para mantener los estereotipos, sin embargo, en caso de un hombre que tuviera se enfrentare a esta situación el tener pareja o parejas sería una condición normal incluso esperada.

Asimismo, plantea que es mayor el número de mujeres sin esposo, ya que hay más cantidad de población femenina adulta mayor. Por ello, una de las razones por las cuales algunas mujeres no se mantienen activas sexualmente puede ser por el hecho de que no se encuentran con una pareja estable o casada. Por otra parte, al hombre se le está permitida la actividad sexual extramatrimonial, relaciones informales y el acercamiento a mujeres mucho más jóvenes que él. (Cremona, 2016)

La sociedad establece que el coito es la parte central de la sexualidad, con esto en mente, el modelo sexual se debe basar en el placer sexual, donde se considera a este como la parte central para satisfacer el deseo sexual, limitando la experiencia del placer a los aspectos corporales, más aún reducida a una zona concreta del cuerpo y a la penetración, desconociendo un abanico de



prácticas diversas según la elección de cada persona, por lo que la cultura de género, situada en la maternidad, y limitada al coito, desconoce otras opciones de disfrutar o tener otro tipo de relaciones. Esto toma relevancia durante la etapa del embarazo y el postparto.

La edad también es un factor que influye en la sexualidad de las mujeres, con un doble prejuicio, primero porque las relaciones sexuales son un tabú en los adultos mayores, y segundo porque se arrastran los problemas de sexualidad tradicionales, es decir, si un hombre tiene una relación con una mujer menor, no existe problema alguno, sin embargo, cuando sucede lo contrario, los problemas y comentarios contrarios a la relación son frecuentes, no por la propia pareja, sino por lo que la sociedad juzga.

A pesar de que algunas mujeres embarazadas comentan libremente sobre las dificultades que enfrentan en torno a las relaciones sexuales durante ésta etapa, todavía no es una problemática académicamente muy estudiada. La mayoría de mujeres tienden a inhibir el deseo sexual, debido al temor de lo que su pareja pueda pensar de ella, en el caso de demostrar un aumento del deseo sexual.

No se ha llegado a un consenso entre las mujeres y sus parejas que asisten al consultorio de obstetricia, sin embargo se debe considerar que la mujer embarazada tiene el derecho de disfrutar de su sexualidad, por lo que no debe renunciar a la parte del disfrute y el placer, situación que deber ser comprendida para poder buscar soluciones en pareja.



Es conocido que la función sexual femenina es negativamente influida por el embarazo debido a cambios físicos y emocionales. Esta investigación tiene como objetivo determinar la influencia que tienen los estereotipos de género en la vivencia de la sexualidad, manifestada a través del deseo sexual, durante la gestación, lo que conlleva indagar los factores que influyen en el deseo sexual y como la pareja influye también en el comportamiento sexual.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación apunta a aportar con información sobre el deseo sexual durante el embarazo y los factores que lo condicionan, tomando en cuenta la importancia de la temática y que existen pocos estudios por ser un tema considerado tabú, lo que permitiría usar este conocimiento para diseñar acciones educativas y de apoyo a las embarazadas y su pareja que contribuyan a mejorar su vida sexual durante esta etapa

Los conocimientos obtenidos permitirán que los profesionales de la salud programen actividades orientadas a romper los estereotipos en torno a la sexualidad durante el embarazo y favorecer que los hombres comprendan los cambios fisiológicos y cómo funciona el deseo sexual femenino y como pueden apoyar a su pareja, demostrando mayor consideración por los deseos y sentimientos de su pareja, mientras que las mujeres podrán expresarse libremente, indicando que actos o posturas le agradan y cuáles no, además de estar en todo el derecho de posponer o negarse a algún tipo de contacto y buscar compañía y afecto, no solo a través de las relaciones sexuales o como complemento de las mismas.



ESTADO DEL ARTE

Existen diversas investigaciones realizadas en torno a la problemática planteada, las que permiten comprender en un contexto más amplio, como se entiende y se vive la sexualidad durante el embarazo. En un trabajo de Álvarez, realizado en Bogotá en 2016 titulado, “Vivencias de la sexualidad durante el embarazo”, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 11 mujeres, las cuales fueron grabadas y transcritas en un formato, mismo que permitió encontrar tres momentos de las vivencias de las participantes: antes, durante y después del embarazo. Se encontró que existen una serie de componentes que permiten analizar cómo cambia la sexualidad con relación al embarazo en los tres momentos. Entre los principales resultados se indicó que la sexualidad durante el embarazo presenta cambios físicos y emocionales, por lo tanto, las mujeres y sus parejas se deben ir adaptando a los diferentes cambios, los cuales no impiden que vivan una sexualidad plena, por lo que el autor concluyó que la sexualidad durante el embarazo presenta modificaciones físicas y hormonales por lo que las mujeres y sus parejas se deben ir adaptando a los diferentes cambios, los cuales no impiden que vivan una sexualidad plena.

En un trabajo titulado “Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual”, se realizó una investigación longitudinal, prospectiva y analítica en Cuba, entre abril de 2009 y febrero de 2010, en 218 mujeres embarazadas; se empleó un cuestionario el que fue aplicado en los tres trimestres del embarazo, se evidenció que existió una disminución en el número de coitos durante el primer y tercer trimestre, afectando también la percepción del deseo y la excitación sexual;



por lo que el autor concluyó que las mujeres enfrentan dificultades, definidas por cantidad y calidad, en su función sexual durante este periodo. (Balestena, 2014)

En el trabajo de investigación “Cambios en la práctica sexual de gestantes Hospital Vicente Corral Moscoso 2014 – 2015” realizado por López (2016), en el que se incluyeron 265 pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, a quienes se les aplicó un cuestionario con el objetivo de determinar las características de la actividad sexual de las pacientes embarazadas. Tuvo entre sus principales resultados: Las mujeres estudiadas mostraron una disminución del deseo sexual y las posibilidades de tener un orgasmo, por lo que el autor concluyó que durante la gestación se disminuyen las relaciones sexuales, el deseo sexual y el número de orgasmos, según sus cifras. La frecuencia de tres relaciones en 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. Los autores indican que la falta de información adecuada, que tienen las mujeres, 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.

Para García en su trabajo “Sexualidad en el periodo gestacional” realizado en España en 2014, se utilizó un diseño cuasi-experimental donde se evaluó la educación en salud general para ejecutar un programa, en el que se midió el grado de satisfacción de las mujeres embarazadas. Se obtuvo como resultados



que los programas de Sexualidad durante el embarazo, son de fácil implementación de bajo costo y tienen considerables beneficios y se concluyó que la salud de la embarazada y su pareja, al ser enfocado desde el aspecto educativo reducen el riesgo de aparición de disfunciones sexuales y mejora su calidad de vida. (García, 2014)

En un trabajo de Dawson realizado en 2014 en Canadá, titulado “Gender Differences and Similarities in Sexual Desire”, se menciona que el deseo sexual puede ser operacionalizado como la motivación para buscar experiencias sexuales solitarias o en pareja. Una gran cantidad de evidencia sugiere que los hombres experimentan el deseo sexual con más fuerza y frecuencia que las mujeres; sin embargo, no está claro si el deseo sexual tiene relación con la forma en la que se construye las identidades del sexo. Por otra parte, no existe información suficiente sobre la comprensión del sexo según el género. El trabajo concluyó en que el deseo sexual emerge de manera similar en mujeres y hombres y que otros factores pueden influir en la diferencia de género observada en el deseo sexual (Dawson, 2014).

Estas investigaciones y trabajos de revisión evidencian la importancia de esta problemática, la sexualidad durante el embarazo, y los estudios concuerdan que existe una disminución de las relaciones sexuales durante este periodo, sin embargo, estos estudios no determinan los factores que intervienen en esta disminución, a pesar de que indican que circunstancias tales como los mitos evitan que se desarrolle esta etapa con normalidad, lo que daría cabida al análisis de los factores socioculturales que permitan tener una visión integral de la problemática.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia que tienen los estereotipos de género en la vivencia de la sexualidad, manifestada a través del deseo sexual, durante los diferentes periodos de gestación en mujeres entre 20 – 40 años que acuden a su control prenatal al Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde en el primer semestre del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características clínicas del embarazo y las condiciones de relación marital de las mujeres embarazadas.
- Reconocer los principales estereotipos de género presentes en la relación de pareja y su influencia en la sexualidad.
- Identificar los principales factores que influyen en el deseo sexual de las mujeres en estado de gestación.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre los estereotipos de género y el deseo sexual en mujeres embarazadas de 20 – 40 años en el Centro de Salud Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca durante el primer semestre del 2018?



HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Los prejuicios y estereotipos relacionados con la vivencia de la sexualidad de las mujeres están asociados con la disminución del deseo sexual durante el embarazo.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

BASES TEÓRICAS

SEXUALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Para Vance (1992), la sexualidad es una construcción social que se articula con estructuras económicas, sociales y políticas.

En opinión de Rubín (1975), la construcción y el control de la sexualidad de las mujeres tiene implicaciones relevantes en el ámbito de la reproducción. Esto, a partir de visibilizar que, en ésta construcción, el cuerpo y la sexualidad son campos políticos definidos y disciplinados para la reproducción.

Para Jackson (2002) la sexualidad comprende, tanto la identidad como las actividades y prácticas eróticas, así como el deseo. A nivel de la estructura social, la sexualidad es construida a través de diversas instituciones sociales productoras de discursos normativos que naturalizan la heterosexualidad como la norma.

Rich (1990) identificó la reproducción desde una perspectiva de género al distinguir entre la institución social de la maternidad (que controla las posibilidades sexuales y reproductivas de las mujeres) y la experiencia de la maternidad como fuente de placer y poder.

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de



la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan (MSSSI, 2014).

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN DURANTE LA ETAPA DEL EMBARAZO

Durante el embarazo se producen diversos cambios, entre los que se pueden apreciar, **cambios físicos**, ya que tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado momento del parto y para un postparto en el que tendrá que amamantar al neonato (Purizaca, 2010).

El sistema circulatorio tiene por objetivo principal asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita. El aumento de la volemia (comentado con anterioridad), que puede llegar a ser hasta de un 50%, induce un aumento del gasto cardíaco. La tensión arterial y la frecuencia cardíaca permanecen dentro de los límites de la normalidad, aumentando en todo caso ligeramente la frecuencia en el último trimestre de gestación (Purizaca, 2010).

Se presentan modificaciones hematológicas, por ejemplo: el volumen globular suele aumentar durante el embarazo. Este incremento se produce sobre todo por el aumento de plasma, lo que genera una situación de hemodilución, con un hematocrito disminuido (hasta el 35%) y una hemoglobina en los límites de la normalidad (11,5-12 gr/dl) (Purizaca, 2010).



El aparato urinario también sufre cambios, durante esta etapa existen una serie de modificaciones tanto de orden funcional como morfológicas, evidentemente no afectan en demasía al funcionamiento normal del aparato urinario, pero deben conocerse para evitar confusiones posteriores. La estimulación hormonal que aparece durante el embarazo tiene como resultante la dilatación tanto de la pelvis renal como de ambos uréteres probablemente la hormona responsable será la progesterona que, como es bien sabido, comienza su formación hacia la décima semana. (Purizaca, 2010)

Uno de los cambios más notorios se percibe en la piel, puesto que durante el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas estrías; su número depende del caso, así como su longitud y anchura. La superficie suele ser lisa, aunque en algunos casos suele aparecer pliegues. Su color es rojo violeta en las recientes y blanco nacarado en las antiguas.

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis. Las causas de las náuseas y los vómitos son muy variadas, aunque existe un componente hormonal que es fundamental. La gonadotropina coriónica es muy elevada en el primer trimestre del embarazo, donde se produce una exacerbación de este cuadro. A partir del 2º trimestre (alrededor de la 12ª semana de gestación) suele desaparecer este cuadro. (Cunningham, 2015)

Existen también **cambios psicológicos y emocionales**, donde las multíparas se enriquecerán con las experiencias previas. Si fueron satisfactorias, servirán de soporte a su tranquilidad (Benito, 2017).



La relación que tiene con su pareja. Durante el embarazo la mujer suele tener una mayor dependencia afectiva, sobre todo con su pareja, es por lo tanto vital que los dos participen del embarazo. (Benito, 2017).

Condiciones sociales y esfera económica. La situación social de la mujer va a influenciar en este período de adaptación durante el embarazo, la relación con su familia, amigos, trabajo y su situación económica le harán mucho más fácil esta adaptación o realizarán un efecto totalmente contrario (Benito, 2017).

Personalidad previa de la mujer. Aquellas pacientes que ya son inestables emocional y psicológicamente antes del embarazo suelen sufrir mayores cambios que en aquellas mujeres que son más fuertes desde el punto de vista psicológico (Benito, 2017).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

Existen diversos factores, como los psicológicos, ya que el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad. (Chaparro, 2013)



También se destacan los **factores emocionales**, donde la mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja la vea poco atractiva. Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja. (Benito, 2017)

Otro son los factores **hormonales**, ya que 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 vaso congestión también es la causante del aumento del tamaño de las mamas. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación. (Benito, 2017)

Tienen una gran influencia los **factores culturales**, puesto que históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexual, 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. (Balestena, 2014)

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 (presumiblemente para asegurar el éxito del embarazo) 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 recomendaciones pueden llevar a limitar de forma extrema los contactos sexuales o directamente anularlos. En ambas situaciones se puede ver alterada su relación de pareja (Balestena, 2014).

La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censora 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 relativas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo con los valores vigentes de cada estrato sociocultural. 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. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo como un todo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y de experimentar la sexualidad. (Balestena, 2014)

Por último se observan los **factores relacionados con estereotipos de género**, considerando que asignar estereotipos hace parte de la naturaleza humana. Es la forma en que categorizamos a las personas, con frecuencia inconscientemente, en grupos o tipos particulares, en parte para simplificar el mundo que nos rodea. Es el proceso de atribuirle a un individuo, características o roles únicamente en razón de su aparente pertenencia a un grupo particular. La



asignación de estereotipos produce generalizaciones o preconcepciones concernientes a los atributos, características o roles de quienes son miembros de un grupo social particular, lo que significa que se hace innecesario considerar las habilidades, necesidades, deseos y circunstancias individuales de cada miembro. (Sordo, 2011)

Los estereotipos degradan a las mujeres, les asignan roles serviles en la sociedad y devalúan sus atributos y características. Los prejuicios sobre la inferioridad de las mujeres y sus roles estereotipados generan irrespeto por ellas además de su devaluación en todos los sectores de la sociedad. (Pacheco, 2014)

Las mujeres pueden ser condicionadas socialmente para internalizar los estereotipos negativos sobre sí mismas y para cumplir con el papel subordinado y pasivo que consideran apropiado para su estatus. Cuando las sociedades no reconocen ni eliminan tales prejuicios ni los estereotipos asociados a éstos, se exagera un clima de impunidad con respecto a las violaciones de los derechos de las mujeres, el cual permite que los prejuicios y estereotipos injustos sobre las mujeres se engranen en la sociedad, lo que a su vez causa una mayor devaluación de las mujeres. (Bonfil, 2010)

Los estereotipos de género hacen referencia a la construcción o comprensión de los hombres y las mujeres, en razón de la diferencia entre sus funciones físicas, biológicas, sexuales y sociales. El término “estereotipo de género” es un término genérico que abarca estereotipos sobre las mujeres y los subgrupos de mujeres y sobre los hombres y los subgrupos de hombres. Por lo tanto, su significado es fluido y cambia con el tiempo y a través de las culturas y las sociedades. Este libro se enfoca principalmente en los estereotipos sobre las



mujeres pero hace referencia a estereotipos sobre los hombres en diferentes momentos, pues reconoce que los estereotipos tanto sobre las mujeres como sobre los hombres deben cambiarse para alcanzar la liberación de todas las personas y permitirles ser todo lo que pueden ser. (Bonfil, 2010)

A pesar de que los estereotipos de género hacen referencia al machismo, existe también la contraparte denominada marianismo, que representa el culto a la superioridad espiritual femenina (Bonfil, 2010). Este supuesto categoriza como superior en las mujeres las experiencias “espirituales” y las corporales incluido el placer como de poco valor, inapropiadas para la condición femenina; por lo tanto las mujeres pueden renunciar a estas experiencias. La maternidad por su lado es también valorada como una experiencia “mariana” asociada a la renuncia, el sacrificio, la espiritualidad; una condición que define lo femenino. De este modo se conjugan y refuerzan ambos supuestos.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y DESEO SEXUAL

Existen diferentes estereotipos de género, a continuación, se presentan aquellos que tienen relación a la sexualidad, desde el punto de vista tradicional y contemporáneo, puesto que se consideran que tienen relación directa con las relaciones sexuales, esta teoría fue propuesta por Hernández, desde una aproximación a jóvenes de México, desde la teoría fundamentada. (Hernández, 2016)

Roles tradicionales en el hombre:



- Dominantes.- son los que llevan las iniciativas en las relaciones sexuales, son los que indican cuándo, cómo se hace y de qué forma. Toman las iniciativas y decisiones en la sexualidad de la pareja
- Viriles.- son aquellos que tienen muchas parejas sexuales, son expertos en el tema de la sexualidad, tienen energía, ritmo, son fuertes, varoniles, apasionados, desinhibidos, en otras palabras los popularmente denominados “Machos alfa”
- Rudos.- aquellos hombres que son poco delicados en el trato, toscos, que van directo a lo que van, tienen muy poca vergüenza en sus relaciones.
- Rendimiento sexual.- son fogosos, son llevados por el instinto o por el placer, consideran que no pueden controlarse, que están dispuestos para sus parejas cuando ellas los dispongan, sin inhibiciones y tienen que satisfacer a sus parejas; relacionan el placer con las características físicas de sus genitales (falo)

Roles progresivos en el hombre:

- Igualdad.- son aquellos que brindan un estatus de igualdad con sus parejas, es decir, tratan de mantener un equilibrio y de brindar un cuidado de su pareja como de sí mismos
- Buen trato.- son aquellos delicados en las relaciones, que son cuidadosos, respetuosos y brindan confianza.
- Afectividad.- Son amorosos, tiernos, delicados y se preocupan por brindar amor y comprensión por su pareja.

Roles tradicionales en las mujeres:



- Recatadas.- son mujeres tímidas, discretas y con comportamientos predecibles, van al coito y en eso terminó la relación, son mujeres que no toman las iniciativas más bien son vergonzosas; se consideran recatadas, no alocadas.
- Afectivas.- son dulces, cariñosas, amorosas, tratan con mucho afecto durante las relaciones, tienen a ser cuidadosas y tiernas; priorizan los afectos al placer; vinculan la sexualidad a la maternidad.
- Sumisas.- son mujeres que satisfacen a su pareja, es decir, dan placer, dejan que el hombre sea quien lleve las riendas de la relación y por lo general proyectan poca o menos experiencia que los hombres.

Roles progresivos de las mujeres

- Extrovertidas.- tienen iniciativa, apertura sexual, gozan de experiencia son desinhibidas, están dispuestas a experimentar, son activas y tienen un buen comportamiento y desempeño sexual.
- Seductoras.- son mujeres apasionadas, que convencen con su sensualidad.
- Placer.- estas mujeres están dispuestas a disfrutar del acto sexual, del coito, esperan a recibir y dan placer, por lo que les gusta y desean que las relaciones ocurran
- Igualdad.- quieren que el trato y las relaciones sean equilibradas, expresan cuando algo no les gusta y aceptan si algo no les gusta a la pareja, tratando de llegar a un esfuerzo mutuo.

Estos estereotipos indican que los aspectos progresistas de las relaciones sexuales buscan un trato responsable, igualitario y que brinde placer a ambos, lo



que influye sobre las mujeres embarazadas y sus parejas, ya que deben informarse sobre la igualdad en las relaciones y como poder ser más placenteras y menos riesgosas para ambos, en los estereotipos progresistas de los hombres se trata de ser más afectivo de conocer las necesidades de su pareja, de actuar con respeto y ser más afectivos, en el caso de las mujeres a atreverse a disfrutar de su sexualidad, de no ser entes pasivos, sino de decidir cómo hacerlo, cuándo hacerlo y sentir un trato igualitario, a decir cuando algo no le gusta o cuando no le apetece.

APORTES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS ESPERADOS.

Los aportes teóricos, que se desprenderán de esta investigación, aportarían a comprender mejor como viven las mujeres sus relaciones sexuales durante el embarazo, desde una perspectiva cultural, ya que existe evidencia desde la perspectiva médica, sin embargo, otros factores como los sociales, psicológicos y culturales han sido escasamente analizados.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se plantea una investigación con un enfoque cuantitativo de tipo correlacional en el que se analizará el grado de relación entre los estereotipos y el deseo sexual durante el embarazo, lo que hace necesaria este tipo de investigación.

Diseño de la investigación

Tiene un diseño no experimental y de corte transversal.

Población

La población de este trabajo lo conforman todas las mujeres embarazadas que asistan al Centro de Salud en un rango de edad de 20 – 40 años, en el periodo de enero a junio de 2018

Muestra

Considerando que no se puede contabilizar el número de mujeres que asistirán en el periodo de tiempo definido para el estudio, se considera trabajar con 100 mujeres embarazadas, escogidas de aquellas que asisten a preparación prenatal, que se desarrollan los martes y jueves en el Centro de Salud.

Criterios de inclusión y exclusión

Los siguientes se definen como criterios de inclusión:



- Pacientes en edad gestacional
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que manifiesten su voluntad de participar mediante la firma de un consentimiento informado.

Entre los criterios de exclusión se puede citar:

- Pacientes con la documentación incompleta de la base de datos o que no quieran participar en la investigación.
- Pacientes con algún tipo de discapacidad física o cognitiva.

Técnicas para recolección de la información

Para levantar la información se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Hoja de recolección de datos. – ha sido preparada para recolectar la información de las pacientes del sistema RDACCA, que maneja el MSP, para definir las características de las pacientes, el sistema exporta un archivo CSV (Valores separados por comas) compatible con Microsoft Excel, el mismo que contiene variables gineco-obstétricas útiles para esta investigación.
- Para evaluar estereotipos de género se aplicará la “Escala de Creencias Marianistas” de Castillo et al. (2010).
- Para definir las variables sociodemográficas, gineco-obstétrico y de deseo sexual se aplicaron las preguntas del cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI) y Función Sexual de la Mujer (FSM) el cuál ha sido evaluado en un trabajo de García en un Hospital de España (García, El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación, 2016)



Todos estos instrumentos serán validados en una prueba piloto, realizada en el centro de salud, con 20 voluntarias.

El procedimiento será: elección de las participante, explicación y firma del consentimiento informado, aplicación de los instrumentos, tabulación, análisis estadístico, elaboración de los resultados y discusión de las mismas.

Análisis de la información

La información será recogida en una base de datos de Microsoft Excel y luego serán tabulados en el programa estadístico SPSS. El análisis de datos se realizará utilizando pruebas estadísticas descriptivas para cada una de las variables (deseo sexual y estereotipos de género), luego se pasará a realizar análisis inferenciales, mismos que dependiendo de los resultados iniciales se aplicarán pruebas paramétricas o no paramétricas para establecer correlaciones entre las dos variables de estudio (ejemplo coeficiente de correlación de Pearson). Adicionalmente se establecerán comparaciones de grupos (ejemplo por edad gestacional).

Aspectos éticos

Se cuenta con la aprobación de las autoridades del Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde, además han revisado todos los protocolos a ser utilizados en la investigación.

Como parte de las buenas prácticas de bioética médica, en ninguna parte del trabajo se presentan los nombres de los participantes o cualquier indicio que pueda revelar su identidad.



Previo a la participación en el estudio, las mujeres serán informadas sobre los objetivos y el manejo de datos, por tanto firmarán un consentimiento informado en el que confirmarán su voluntad de participar.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Sujetos	Mujeres en estado de gestación a acuden al centro de salud para consulta obstétrica	Características demográficas	Edad en años	18 – 25 26 – 35 > 35
			Orientación Sexual	Heterosexual Homosexual
			Etnia	Blanca Mestiza Indígena Negra
		Características gineco - obstétricas	Número de gestas	Número
			Número de partos	Número
			Número de Abortos	Número
			Semana de gestación	1 – 42 semanas
		Características maritales	Estado civil	Soltera Casada (unión libre) Divorciada Viuda
			Parejas sexuales anteriores	Si No Número
			Parejas sexuales actuales	Si No Número
			Tiempo de convivencia	Años
		Factores sociales y culturales	Educación	Sin educación Primaria Secundaria Universitaria
			Trabajo	Si No Especifique



Deseo Sexual	Nivel de deseo sexual que tienen las gestantes	Convivencia en pareja	Comunicación	Muy buena Buena Regular Mala
			Afecto	Muy buena Buena Regular Mala
			Respeto	Muy buena Buena Regular Mala
			Ilusión en el matrimonio	Muy buena Buena Regular Mala
			Satisfacción de la vida en pareja	Muy buena Buena Regular Mala
		Frecuencia de las relaciones sexuales	Antes del embarazo	Número de veces a la semana
			Durante el embarazo	Número de veces a la semana
		Deseo sexual	Cambio en el deseo sexual luego del embarazo	Aumentó Igual Disminuyó
		Erótica y amorosa durante el embarazo	Besos y caricias	Si No
			Masajes eróticos	Si No
			Masturbación compartida	Si No
			Masturbación individual	Si No
			Coito en diferentes posturas	Si No
			Sueños eróticos	Si No
		Respuesta Sexual	Deseo	Muy buena Buena Regular Mala
			Excitación	Muy buena



				Buena Regular Mala
			Orgasmo	Muy buena Buena Regular Mala
			Satisfacción	Muy buena Buena Regular Mala
Estereotipos	Son el conjunto de ideas preconcebidas utilizadas para explicar el comportamiento de varones y mujeres, generadas en torno a la idea sobre cómo deben comportarse y los papeles que deben desempeñar en el trabajo, la familia, el espacio público	Marianismo	Escala MBS	Numérica.- sistema de puntuaciones (ANEXOS)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Objetivo 1. Establecer las características y las condiciones de relación marital de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio

Tabla 1. Edad de las pacientes de la muestra

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 25	50	65.8
26 – 35	23	30.3
> 35	3	3.9
Total	76	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

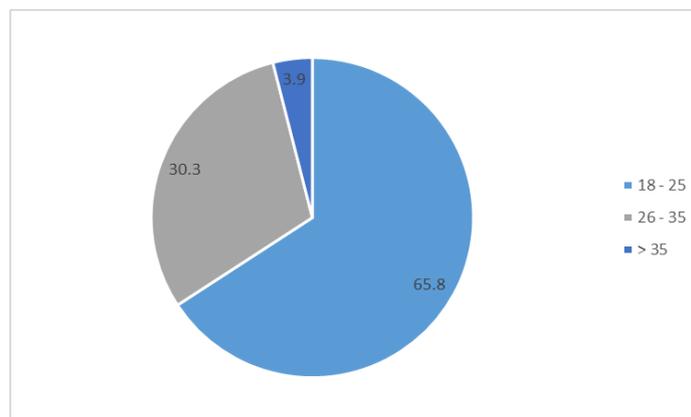


Figura 1. Edad de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

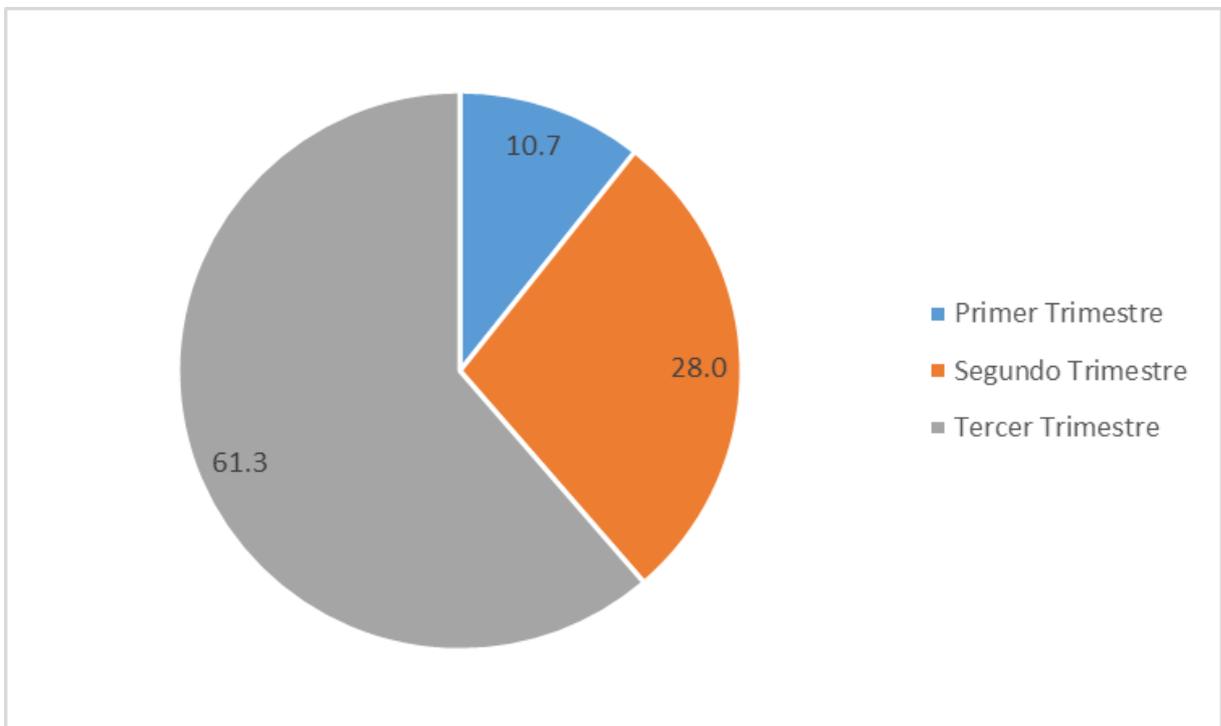
Análisis e interpretación. - El 65,8% de las pacientes se encuentran entre 18 -25 años de edad, seguidas de aquellas entre 26-35 años (30.3%), en un porcentaje menor aquellas con más de 35 años (3.9%). Se explica estas edades debido a que son mujeres embarazadas y están en edad fértil.

Tabla 2. Trimestre de embarazo de las pacientes de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Primer Trimestre	8	10.7
Segundo Trimestre	21	28.0
Tercer Trimestre	46	61.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 2. Trimestre del embarazo de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

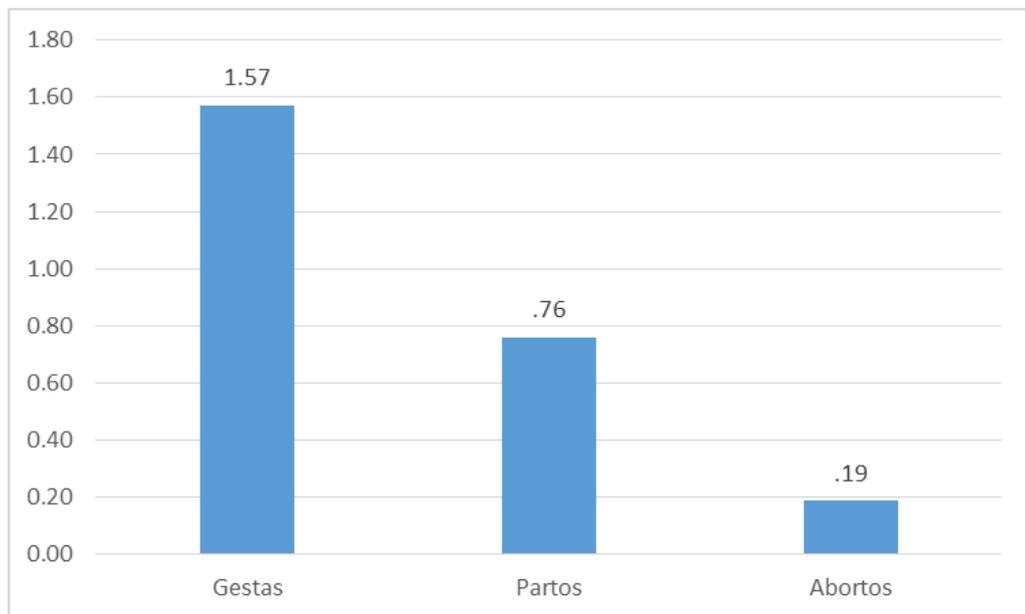
Análisis e interpretación.- Al momento de la investigación el 61,3% de las pacientes se encontraban en el tercer trimestre de gestación, mientras que el 28% en el segundo trimestre, seguidas de aquellas en el primer trimestre (10,7%), considerando que la muestra fue seleccionada conforme asistieron al hospital.

Tabla 3. Variables Gineco - obstétricos de las pacientes de la muestra

Variables Gineco - obstétricos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Gestas	75	0	5	1.57	1.105
Partos	75	0	5	.76	1.051
Abortos	75	0	3	.19	.512

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 3. Variables Gineco - obstétricos de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - El comportamiento de las características gineco obstétricas indicaron que la media de gestas fue de 1.57 ± 1.105 , mientras que los partos alcanzaron el 0.76 ± 1.051 , por último, los abortos registraron un promedio de 0.19 ± 0.512 . En promedio han sido mujeres que han estado embarazadas por lo menos una vez antes.

Tabla 4. Etnia de las pacientes de la muestra

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	71	94.7
Montubia	1	1.3
Indígena	3	4.0
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

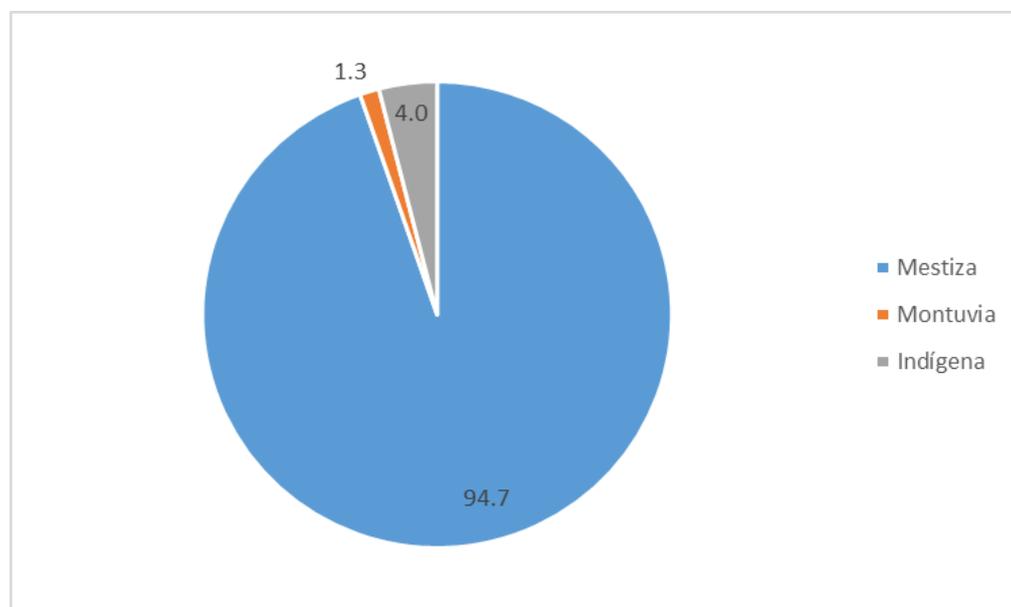


Figura 4. Etnia de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - La etnia de las pacientes Mestiza indicó que aquellas pacientes con denominación mestiza alcanzaron el 94,7% de las pacientes, mientras que se identificaron como montubias el 1,3% y el 4% restantes como indígenas. Este estudio se realizó en la ciudad de Cuenca y como la mayoría de la población del Ecuador existe una mayor presencia de mestizos.

Tabla 5. Estado civil de las pacientes de la muestra

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	34	45.3
Casada	41	54.7
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

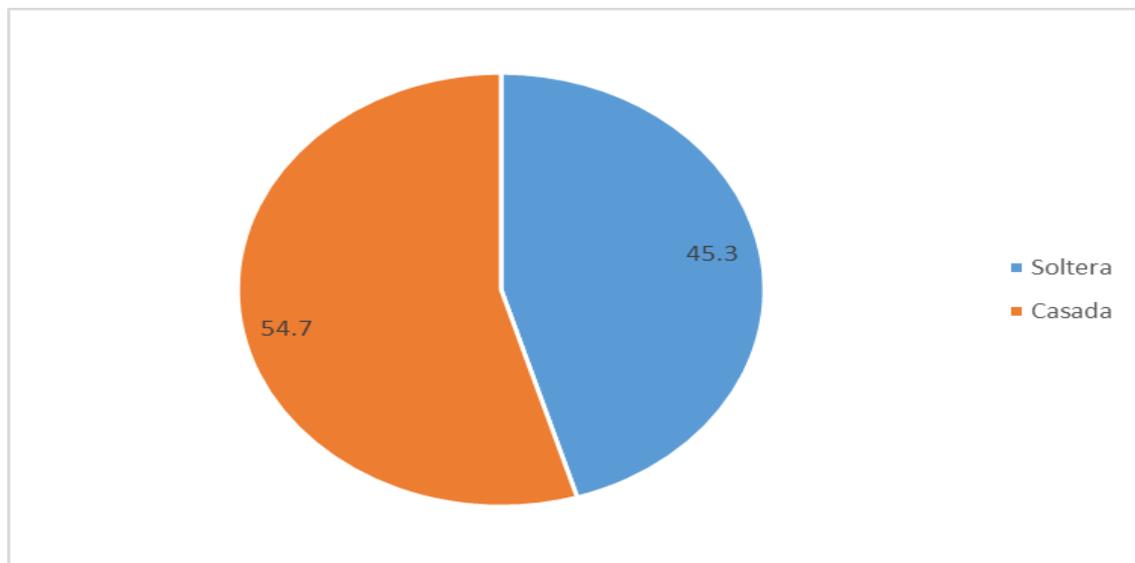


Figura 5. Estado civil de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

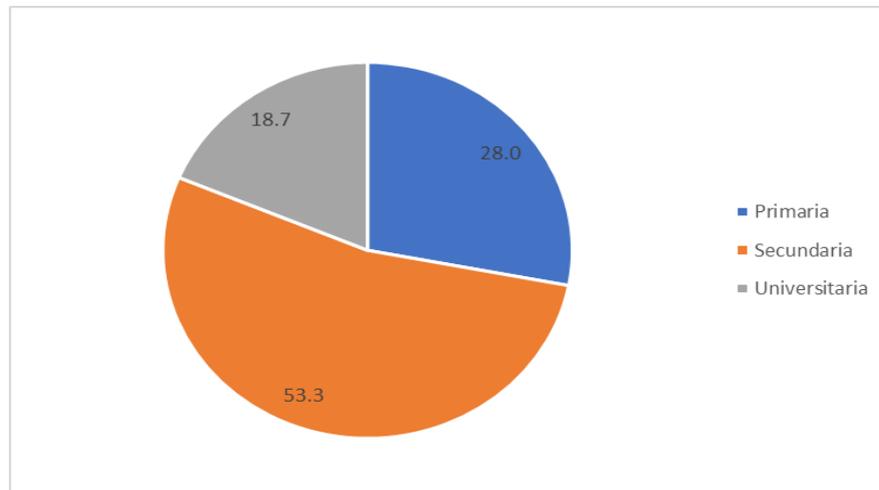
Análisis e interpretación.- El 54,7% de las pacientes se encontraba con estado civil de casada o en unión libre, mientras que el 45,3% se denominó soltera o no tenían una relación estable en ese momento. Aun cuando las mujeres estuvieron embarazadas, no necesariamente estaban casadas, como dato anecdótico de la investigación.

Tabla 6. Escolaridad de las pacientes de la muestra

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	21	28.0
Secundaria	40	53.3
Universitaria	14	18.7
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 6. Escolaridad de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación.- La escolaridad de las pacientes indicó que el 28% estudiaron hasta primaria, mientras que el 53,3% secundaria, existe un 18,7% de las pacientes que ha realizado estudios superiores. Un porcentaje alto ha presentado educación superior y secundaria, sin embargo, es alto el índice de pacientes que indicaron haber terminado solo la primaria, podría estar asociado a sus ingresos o a diversas situaciones no consideradas en este trabajo.

Tabla 7. Trabajo de las pacientes de la muestra

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	26.7
No	55	73.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

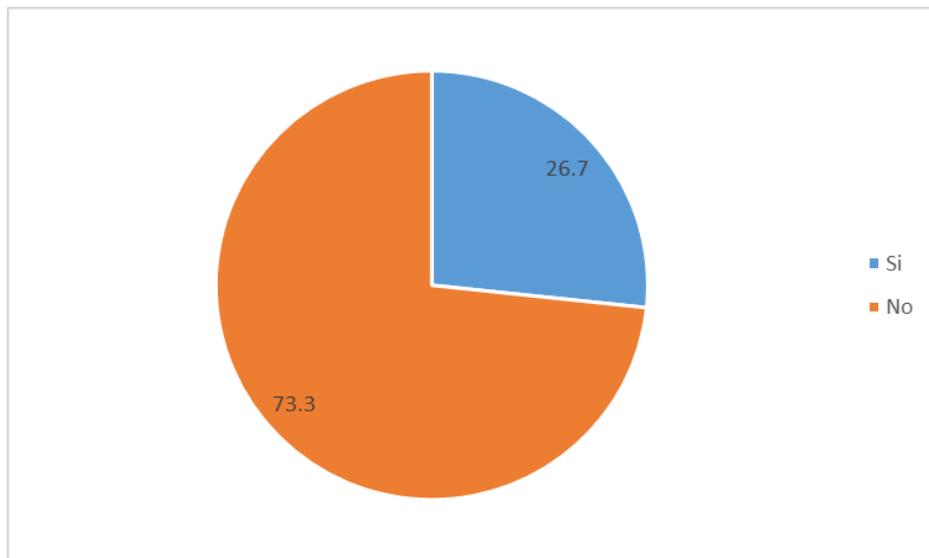


Figura 7. Trabajo de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

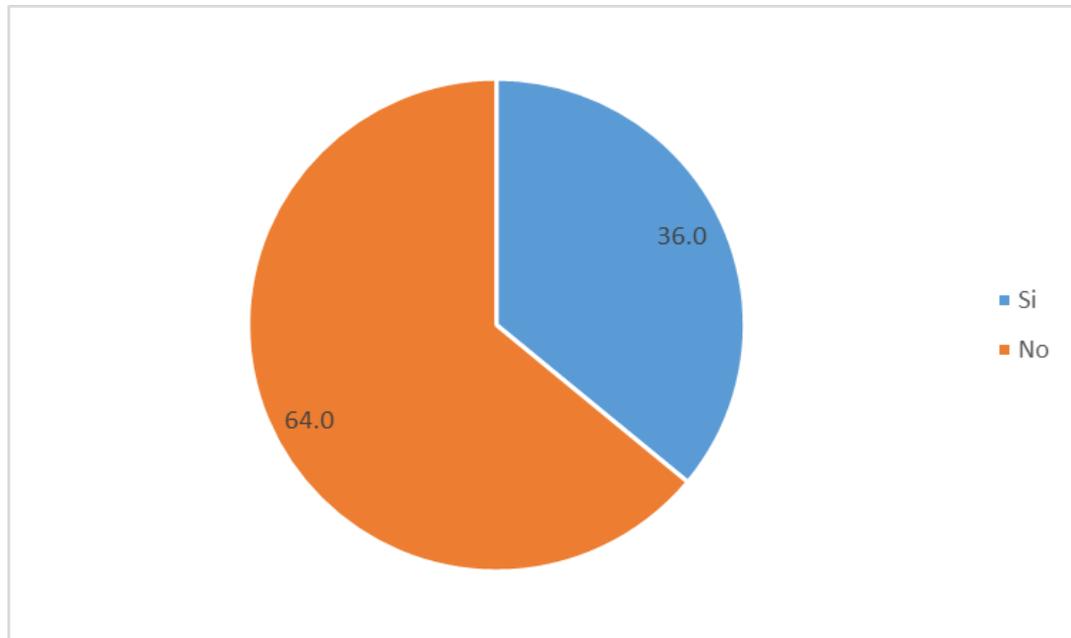
Análisis e interpretación. - Al momento de realizar la encuesta el 26,7% se encontraba laborando, mientras que el 73,3% de las pacientes reportó ser ama de casa o estudiante. Las tasas laborales en el país siguen siendo inequitativas donde las mujeres ocupan el 31.3% de los empleos divididos por sexo, resultados similares a los descritos en este trabajo. (Zumba, 2018)

Tabla 8. Parejas sexuales anteriores que indican las pacientes de la muestra

Parejas sexuales anteriores	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	36.0
No	48	64.0
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 8. Parejas sexuales de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

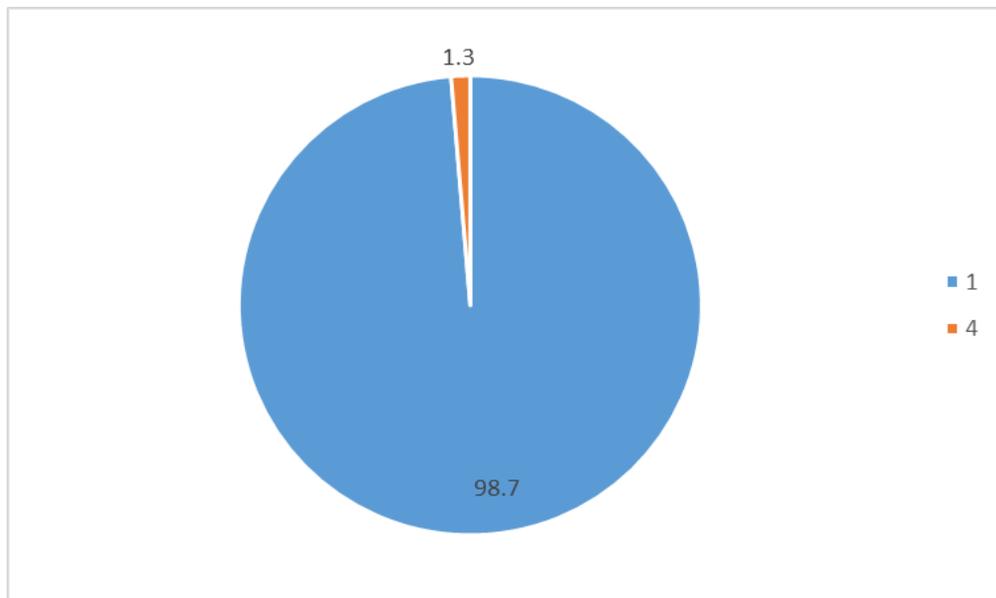
Análisis e interpretación. - Un 36% de las pacientes indicó haber tenido varias parejas sexuales anteriores al momento de la encuesta, mientras que un 64% no tuvo otras parejas sexuales. Tal como se indicó la mayoría de las mujeres fue su primer embarazo, esto se relaciona que en la mayoría de los casos la pareja actual, sea su primera pareja.

Tabla 9. Número de parejas sexuales de las pacientes de la muestra

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	74	98.7
4	1	1.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 9. Número de parejas sexuales de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

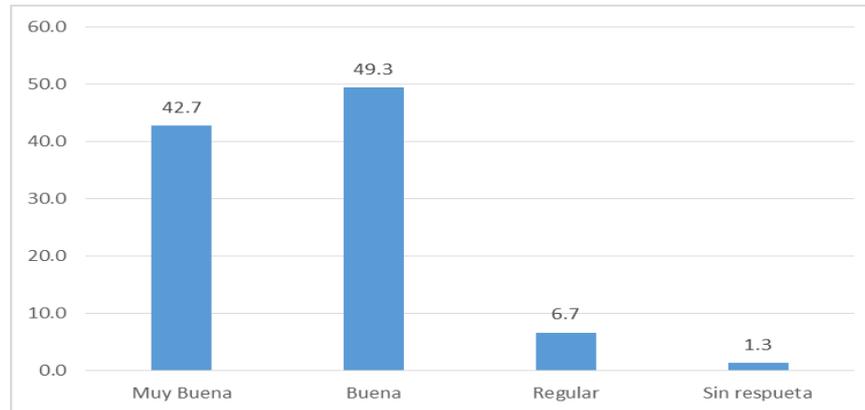
Análisis e interpretación. - El 98,7% indicó tener una pareja sexual estable al momento de tomar los datos, mientras que un 1,3% reportó hasta 4 parejas sexuales al momento de la investigación. Casi la totalidad de las mujeres son monógamas, relacionada con lo descrito en el cuadro anterior donde se afirman que es su primera pareja con la que se relacionan y han tenido un hijo.

Tabla 10. Convivencia en pareja – comunicación, de las pacientes de la muestra

Convivencia en Pareja - Comunicación	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	32	42.7
Buena	37	49.3
Regular	5	6.7
Sin respuesta	1	1.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 10. Convivencia en pareja - comunicación de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

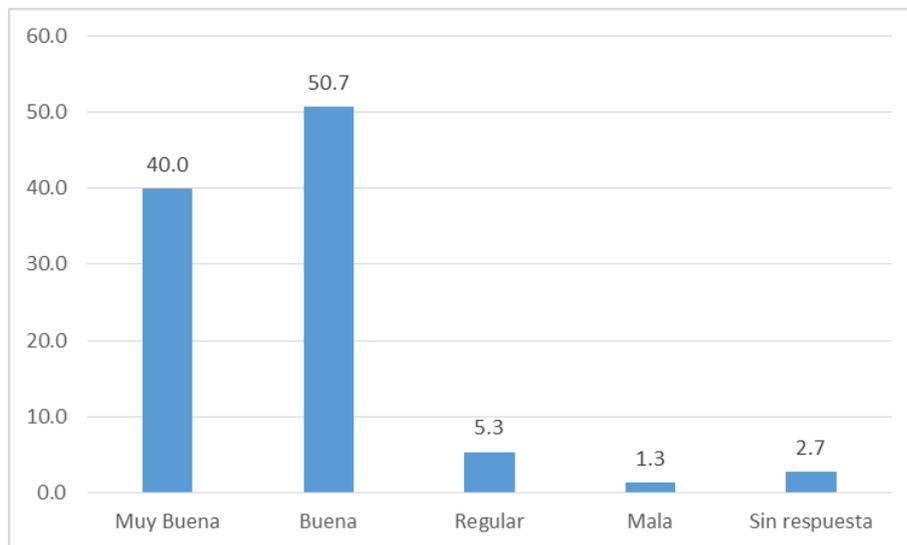
Análisis e interpretación. - Con respecto a la comunicación que existe en el hogar, un 42,7% indicó ser muy buena, mientras que un 49,3% expresó que era buena, solo un 6,7% adujo una comunicación en pareja regular, considerando que fueron preguntas subjetivas, que dependían del criterio de valoración y escala de cada mujer. Una relación es muy importante la comunicación y en este caso es lo que se presenta, según indican las pacientes ellas tienen una buena relación con sus parejas.

Tabla 11. Convivencia en pareja – afecto; de las pacientes de la muestra

Convivencia en pareja - afecto	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	30	40.0
Buena	38	50.7
Regular	4	5.3
Mala	1	1.3
Sin respuesta	2	2.7
Total	75	100

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 11. Convivencia en pareja - afecto de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

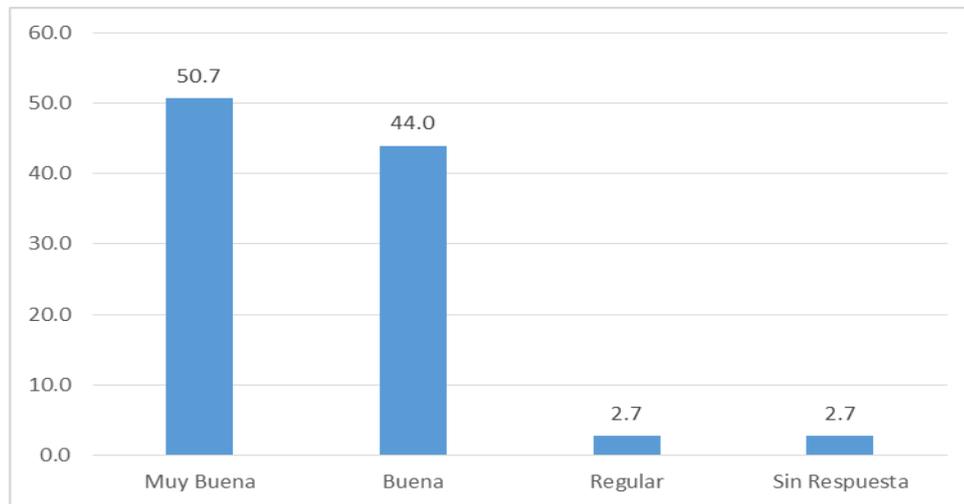
Análisis e interpretación. - El afecto mostrado en la pareja, proporcionó información que el 40% es muy buena, mientras que el 50,7% es buena, solo un 5,3% reporto un afecto regular y el 1,3% malo. El afecto es base primordial de una buena relación puesto que podrán tener mejores condiciones para confiarse asuntos relevantes a la convivencia y a la sexualidad de la pareja. Para las pacientes existen buenas condiciones de afecto en su relación.

Tabla 12. Convivencia en pareja – respeto; de las pacientes de la muestra

Convivencia en pareja - Respeto	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	38	50.7
Buena	33	44.0
Regular	2	2.7
Sin Respuesta	2	2.7
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 12. Convivencia en pareja – respeto; de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - El respeto fue otra de las variables consideradas en una buena relación familiar, por lo que el 50,7% indicaron que fue muy buena, y un 44% buena solo un 2,7% dijo que fue regular. Una buena relación se basa en el respeto, por lo que las pacientes indican que se sienten bien, con esta condición en la relación, de modo que afecte en lo mínimo a su vida diaria, inclusive donde se presenten.



Tabla 13. Convivencia en pareja escala Ilusión; de las pacientes de la muestra

Convivencia en pareja - Ilusión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	29	38.7
Buena	40	53.3
Regular	4	5.3
Mala	1	1.3
Sin respuesta	1	1.3
Total	75	100

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

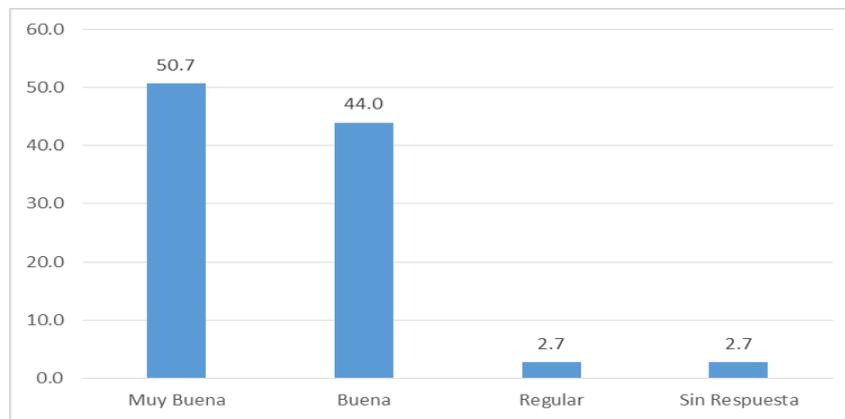


Figura 13. Convivencia en pareja – ilusión de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

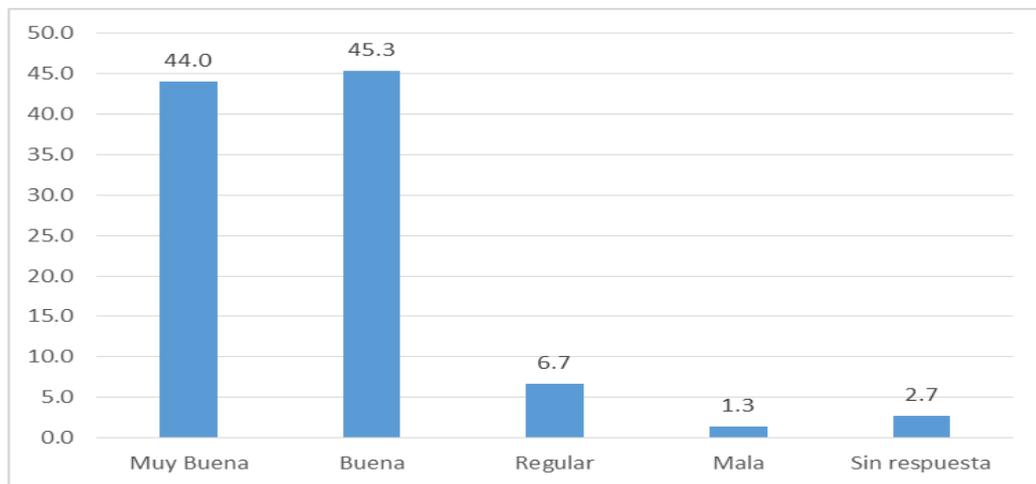
Análisis e interpretación. - La ilusión, al igual que otros factores relacionados con la convivencia también reflejó condiciones excelentes para el grupo, ya que el 50,7% de las pacientes indicaron que era muy buena y un 44% buena, el 2,7% dijo que fue regular, a las pacientes se les indicó que se entendía que la ilusión es un sentimiento de alegría y satisfacción que produce la realización o la esperanza de conseguir algo que se desea intensamente, en este caso una adecuada relación familiar, por lo que tales resultados indican que efectivamente existe un comunicación adecuada.

Tabla 14. Satisfacción de la pareja de las pacientes de la muestra

Satisfacción de la vida en pareja	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	33	44.0
Buena	34	45.3
Regular	5	6.7
Mala	1	1.3
Sin respuesta	2	2.7
Total	75	100

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 14. Satisfacción de la pareja de las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

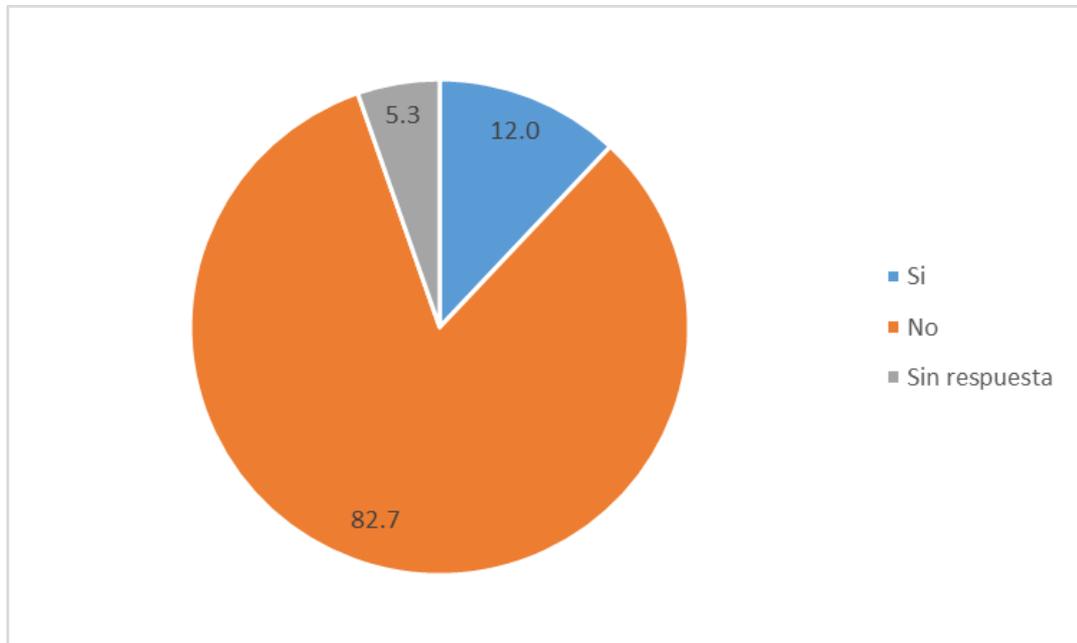
Análisis e interpretación. - En términos generales de satisfacción de la pareja se pudo apreciar que el 44% de ellas la reflejan muy buena y un 45,3% buena, sin embargo, el número de personas que reportó insatisfacción de la pareja fue de 8 (regular aumentó a 6,7% y 1, 3% mala), mientras que 2.7 no respondió. Se entiende por satisfacción al cúmulo de valores como respeto, ilusión, además como una adecuada comunicación, con lo que se logra tener las condiciones para una vida familiar aceptable, las mujeres comunican esto.

Tabla 15. Aumento del deseo sexual en las pacientes de la muestra

Aumento del deseo sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	12.0
No	62	82.7
Sin respuesta	4	5.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 15. Aumento del deseo sexual en las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

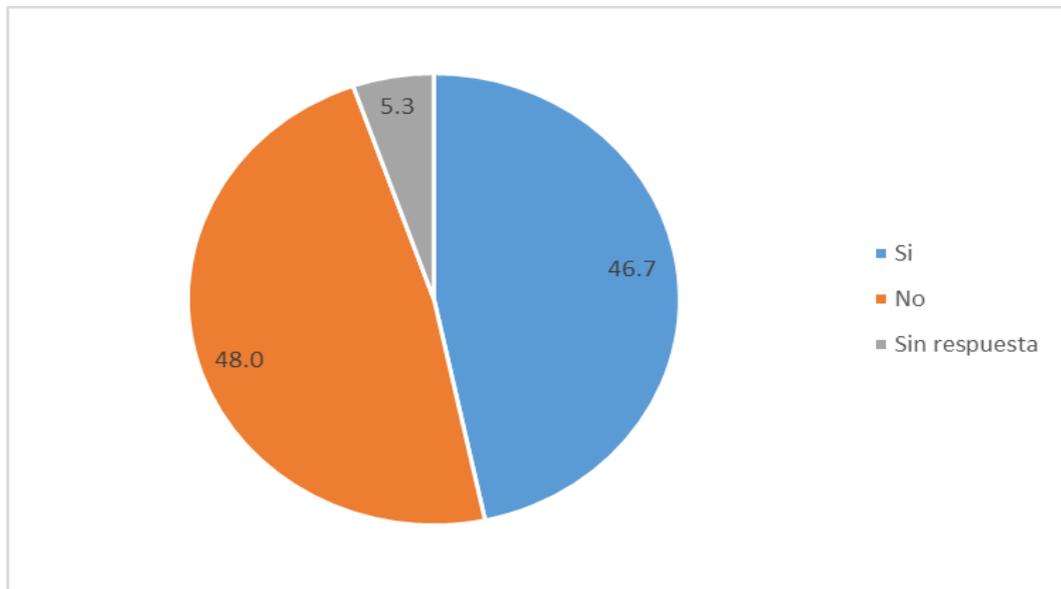
Análisis e interpretación. - El 82,7% de las pacientes indicaron que el deseo sexual no aumentó al momento del embarazo, un 12% indicó que si tuvo una mejora. Tal como la literatura lo describe, las mujeres en el embarazo no presentan un aumento del deseo sexual y es el caso de las pacientes de este trabajo.

Tabla 16. Disminuyó el deseo sexual en las pacientes de la muestra

Disminuyó el deseo sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	46.7
No	36	48.0
Sin respuesta	4	5.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 16. Disminuyó el deseo sexual en las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - El 46,7% de las pacientes dijeron que el deseo sexual durante el embarazo había disminuido, con lo que se demuestra lo expuesto en la literatura, donde claramente se aprecia este fenómeno, sin embargo, un porcentaje alto indicó que el deseo no disminuyó, pudiendo quedar igual o presentar un aumento, en el cuadro anterior se identificó que el deseo solo aumentó en el 12% de las pacientes.

Tabla 17. Frecuencia de las relaciones sexuales de las pacientes de la muestra

Frecuencia de las relaciones sexuales semanales	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Frecuencia Antes del Embarazo	71	0.5	7.0	2.310	1.3130
Frecuencia Después del Embarazo	64	0.0	4.0	1.430	.8011

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

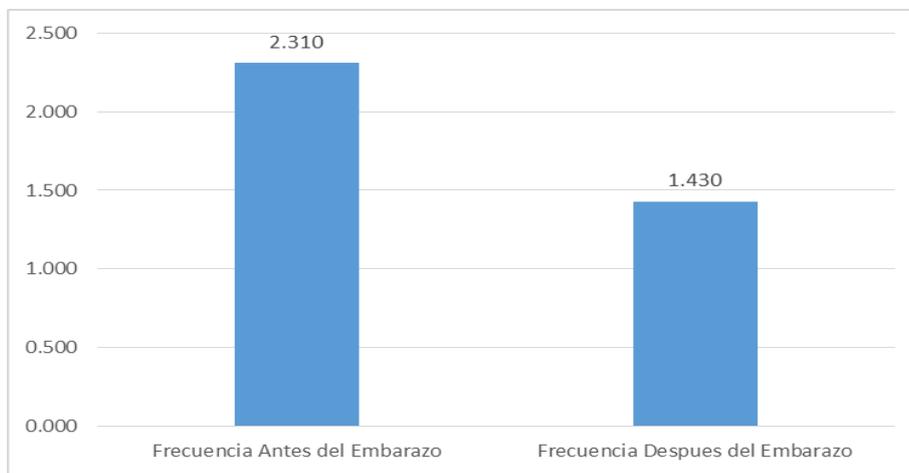


Figura 17. Frecuencia de las relaciones sexuales de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - Antes del embarazo las pacientes indicaron que tuvieron un promedio de relaciones sexuales de 2.310 ± 1.3130 veces por semana, mientras que después del embarazo esta cifra disminuyó a un promedio de $1.430 \pm .8011$ veces por semana. Esto corrobora la información anterior y lo descrito en la bibliografía donde tanto el deseo como la frecuencia en las relaciones sexuales disminuyen durante el embarazo debido a diferentes factores, como se observa principalmente los fisiológicos.

Tabla 18. Disminución del deseo sexual según el trimestre del embarazo

Deseo Sexual / trimestre del embarazo		Disminuyó		Total	p
		Si	No		
Primer Trimestre	f(x)	4	4	8	1.340
	%	11.4%	11.1%	11.3%	
Segundo Trimestre	f(x)	13	6	19	26.8%
	%	37.1%	16.7%	26.8%	
Tercer Trimestre	f(x)	18	26	44	62.0%
	%	51.4%	72.2%	62.0%	
Total	f(x)	35	36	71	100.0%
	%	100.0%	100.0%	100.0%	

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

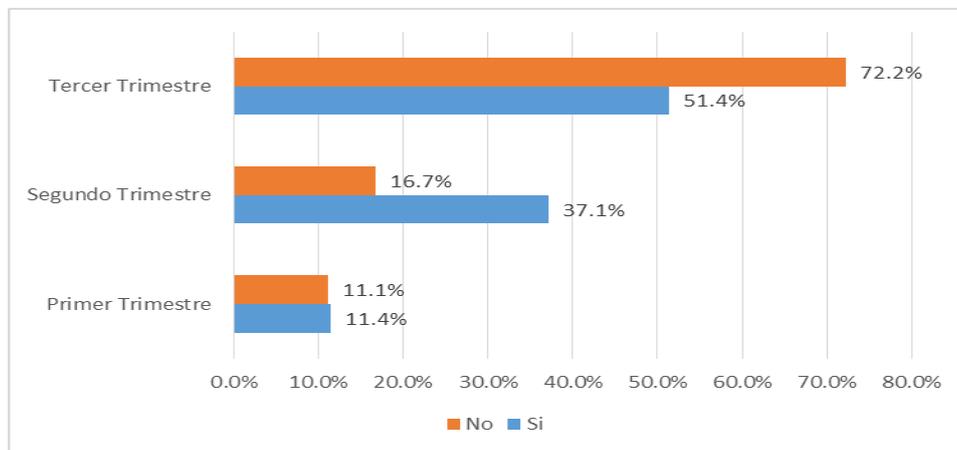


Figura 18. Disminución del deseo sexual según el trimestre del embarazo

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - Aquellas mujeres que estaban en el tercer trimestre son las que reportaron el mayor porcentaje (35 mujeres ósea 51.4%) de disminución del deseo sexual. Según la literatura en el primero trimestre se presentan los cambios más importantes sobre el deseo sexual y como se aprecia en estos resultados, efectivamente se aprecia tal condición, luego en el tercer trimestre al parecer las mujeres llegan a adaptarse a su anatomía actual, con lo que existe una menor disminución.

Tabla 19. Erótica y amatoria en las relaciones de las pacientes de la muestra

Erótica y Amatoria	Frecuencia (N=75)	Porcentaje
Besos	69	92.0
Masajes	23	30.7
Masturbación compartida	21	28
Masturbación individual	7	9.3
Coito en diferentes posturas	34	45.3
Sueños eróticos	16	21.3
Deseo	18	24

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

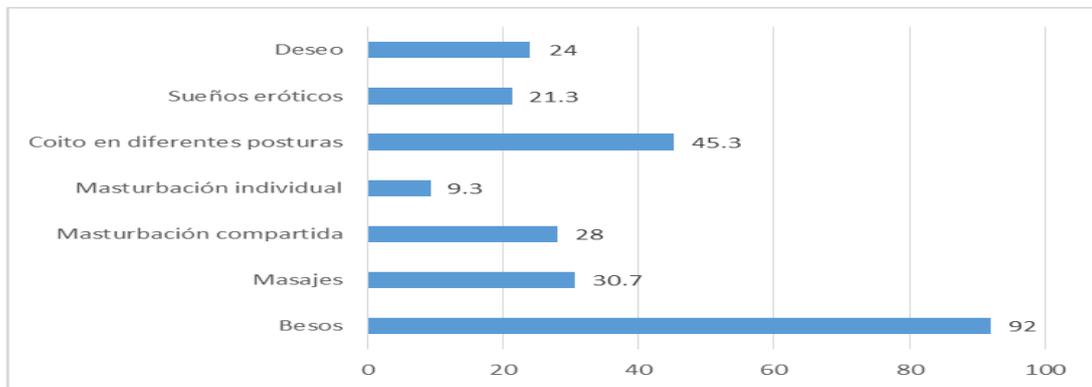


Figura 19. Erótica y amatoria en las relaciones de las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

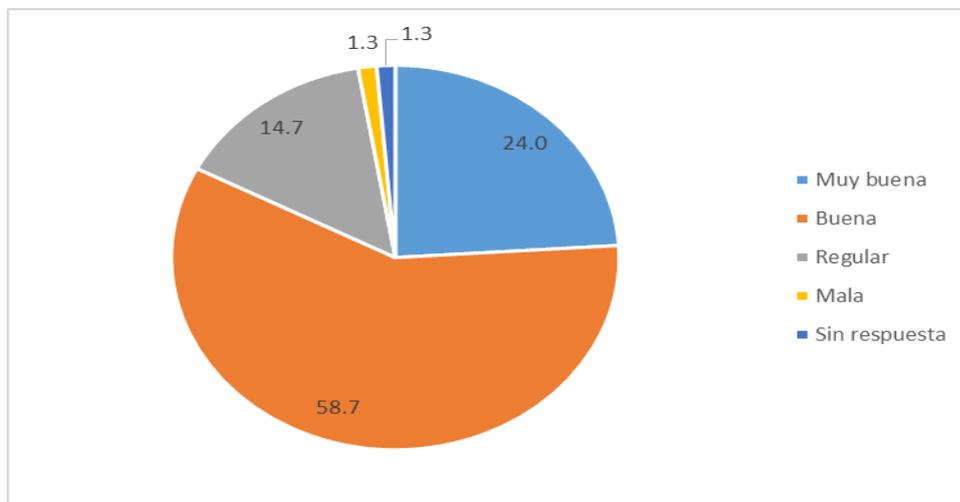
Análisis e interpretación. - Con respecto a la amatoria un 92% indicaban que seguían dándose besos que fue la cifra más alta, luego la más baja se presentó para masturbación individual (9,3%). El deseo hacia la pareja también se ubicó en un 24% de las pacientes. Esto tiene relación con la disminución de las relaciones sexuales y del deseo, la amatoria pasa a un plano más amoroso donde los besos son muy importantes, así como los masajes y cuando se practica el coito, este se lo realiza en diferentes posturas. Es importante indicar que esto hace referencia a la forma en que expresa el afecto entre parejas.

Tabla 20. Respuesta sexual – deseo en las pacientes de la muestra

Respuesta sexual - Deseo	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	18	24.0
Buena	44	58.7
Regular	11	14.7
Mala	1	1.3
Sin respuesta	1	1.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 20. Respuesta sexual – deseo en las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

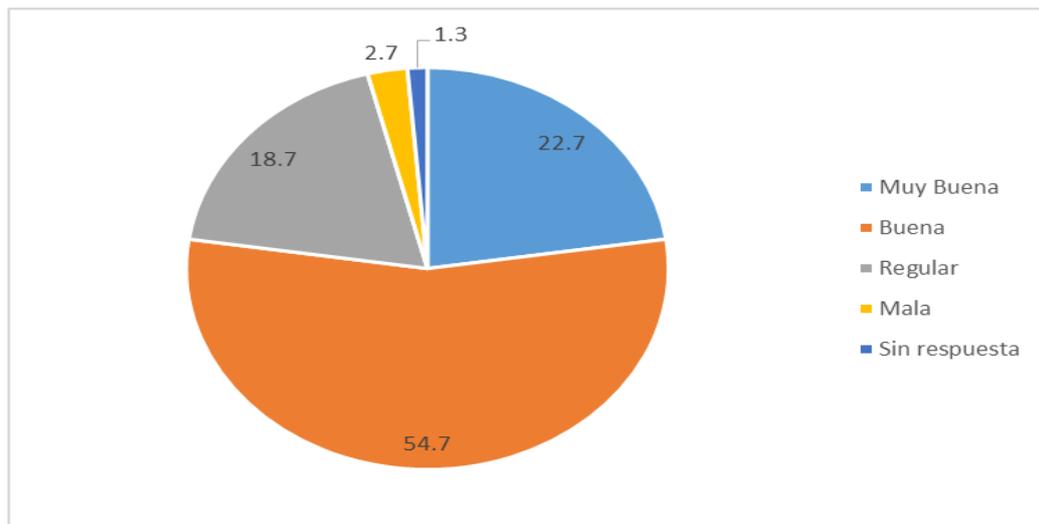
Análisis e interpretación. - El 24% indicó que el deseo como respuesta sexual es muy buena, sin embargo, el 58,7% dijo ser buena, y un 14,7% regular, solo el 1,3% dijo ser mala. Tal como se lo ha presentado con anterioridad el deseo sexual disminuye, no se trata solo de no sentir deseo, sino de que no es frecuente como lo era antes del embarazo, como se lo ha explicado por diferentes circunstancias, en otras palabras, existe una atracción por la pareja, pero no necesariamente representada en una relación sexual.

Tabla 21. Respuesta sexual – Excitación en las pacientes de la muestra

Respuesta Sexual - Excitación	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	17	22.7
Buena	41	54.7
Regular	14	18.7
Mala	2	2.7
Sin respuesta	1	1.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 21. Respuesta sexual – excitación en las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

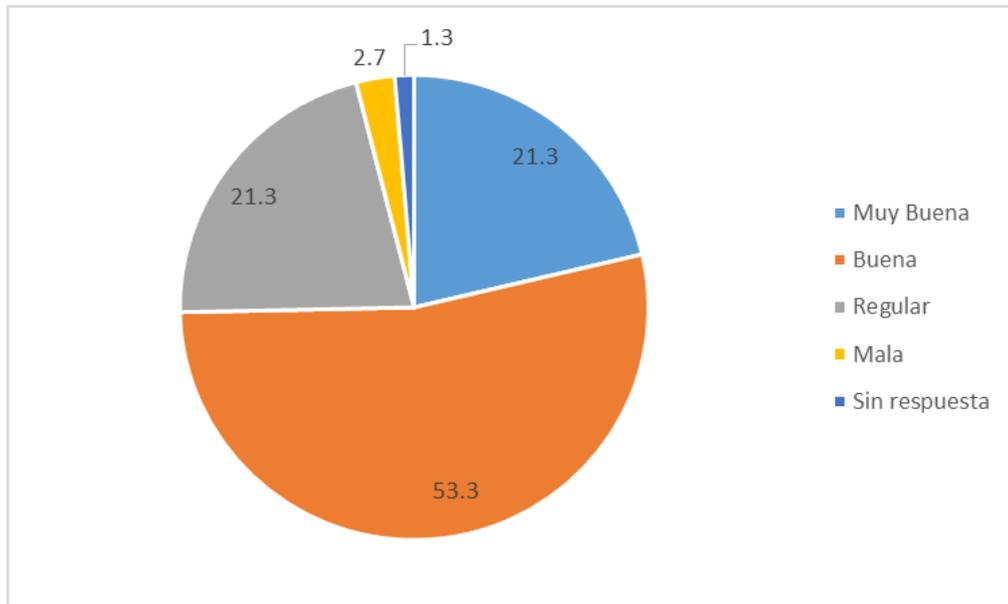
Análisis e interpretación. -El 22,7% mostró una escala de muy buena para excitación de las pacientes, un 18,7% indicó tener una excitación regular. Puesto que el deseo sexual ha disminuido en esta etapa, la excitación tiende a lograrse con más tiempo o a veces no se logra, de modo que en esta respuesta se puede notar más cerca del promedio regular, lo cual sería un valor esperado.

Tabla 22. Respuesta sexual – Orgasmo en las pacientes de la muestra

Respuesta sexual - orgasmo	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	16	21.3
Buena	40	53.3
Regular	16	21.3
Mala	2	2.7
Sin respuesta	1	1.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 22. Respuesta sexual – Orgasmo en las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

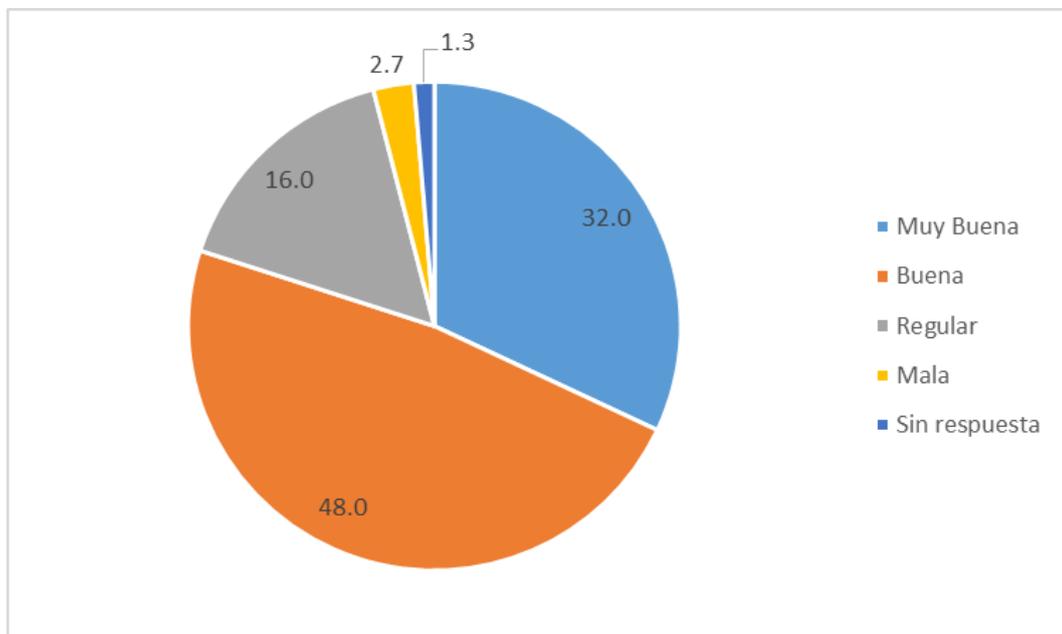
Análisis e interpretación. - El orgasmo estuvo presente en el 21,3% de las pacientes, mientras que un 21,3% dijo que eran regulares, y un 2,7 malas, es decir que no los tenían, el 53,3% de las pacientes dijeron que eran buenos. Se debe considerar que para llegar a un orgasmo es necesario que exista la debida excitación que logre una adecuada lubricación y llegar al orgasmo, sin embargo, no se puede alcanzar en condiciones de no tener deseos o más íntimamente ligado con la excitación.

Tabla 23. Respuesta sexual – Satisfacción en las pacientes de la muestra

Respuesta sexual - Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	24	32.0
Buena	36	48.0
Regular	12	16.0
Mala	2	2.7
Sin respuesta	1	1.3
Total	75	100.0

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

**Figura 23. Respuesta sexual – satisfacción en las pacientes de la muestra**

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación.- La satisfacción sexual, mostró valores altos (muy bueno) para el 32% de las pacientes, y un 16% dijo que fue regular. El 48% dijo tener una buena satisfacción sexual. En efecto, la satisfacción va de la mano con el deseo, la excitación y el orgasmo, de modo que al no sentir alguno de estos aspectos, no se puede indicar una satisfacción sexual plena, lo que explica la respuesta de las pacientes.

Objetivo 2.- Reconocer los principales estereotipos de género presentes en la relación de pareja y su influencia en la sexualidad.

Tabla 24. Escala de creencias marianistas en las pacientes de la muestra

Marianismo Beliefs Scale	N	Mínimo	Máximo	Media	DS
Pilar Familiar	75	2.2	4.0	3.168	.3919
Virtuosismo y Castidad	75	1.00	4.00	2.5367	.56307
Subordinación hacia otros	75	1.333	3.833	2.311	0.381
Autosilencio	75	1.000	3.500	2.089	0.543
Pilar espiritual	75	1.667	4.000	2.811	0.465
Escala Total	75	1.700	3.333	2.583	0.312

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

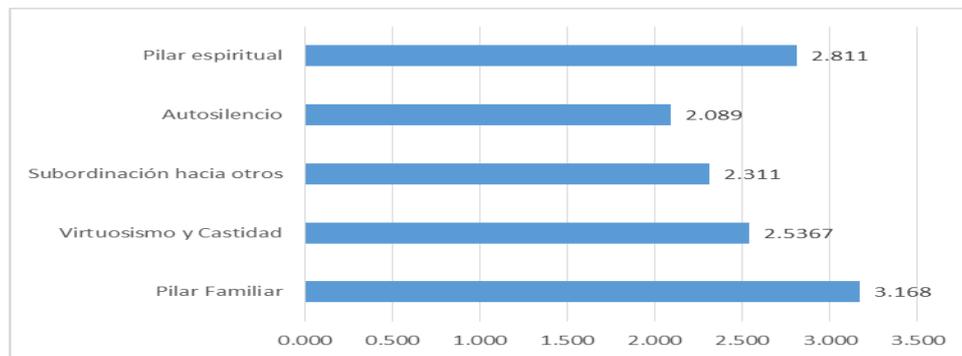


Figura 24. Escala de creencias marianistas en las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - La escala de estereotipo de género, mostró el valor más bajo para el autosilencio, (2.089 ± 0.543 , considerando una escala del 1 al 5) y el valor más alto para el pilar familiar ($3.168 \pm .3919$) se mostró baja la escala para subordinación hacia otros también (2.311 ± 0.381) conforme la escala fuera más cercana a 5, las pacientes tendrían más afianzado su valor y reconocimiento como mujeres, lo que determina la importancia de entender que no son mujeres que se callen, por lo que deben tener una adecuada comunicación con sus parejas.

Tabla 25. Escala de creencias marianistas – Pilar familiar en las pacientes de la muestra

Respuestas Marianismo Beliefs scale - Pilar Familiar	f(x) %	Fuertemente No de acuerdo	No de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
Debería de ser una fuente de fortaleza para la familia.	f(x) %	1 1.3	4 5.3	54 72.0	16 21.3
Es considerada la fuente principal de fuerza para su familia.	f(x) %	1 1.3	11 14.7	50 66.7	13 17.3
La madre debería de mantener a su familia unida	f(x) %	1 1.3	3 4	56 74.7	15 20
Debería de enseñarles a su niños ser leales a su familia	f(x) %	0 0	0 0	48 64	25 33.3
Debería de hacer cosas que hagan feliz a su familia	f(x) %	0 0	6 8	45 60	24 32

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

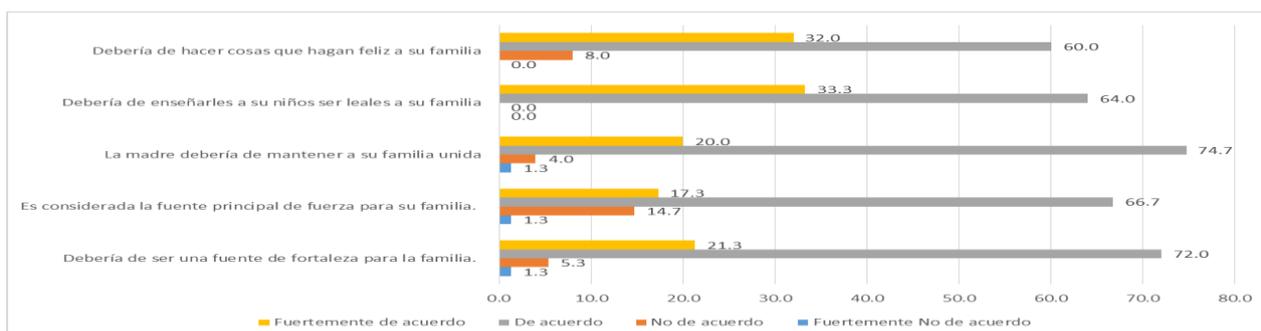


Figura 25. Escala de creencias marianistas – Pilar familiar en las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - El pilar familiar ha sido muy fuerte, y uno de los mejores factores fue el de enseñarles a ser leales a sus hijos con la familia (64% buena y 33% muy buena), además de que la madre debe mantener a su familia unida (74% buena, 20% muy buena). Estos valores son muy importantes para entender la forma de comportarse puesto que afirman el valor de la mujer en la familia, con lo que se sienten identificadas y permite comprender su aprensión al hecho de ser un pilar principal.

Tabla 26. Escala de creencias marianistas – Virtuosidad y castidad en las pacientes de la muestra

Respuestas Marianismo Beliefs scale - Virtuosidad y Castidad		Fuertemente No de acuerdo	No de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
Debería (hubiera) permanecer/permanecido virgen hasta el matrimonio.	f(x)	5	36	29	5
	%	6.7	48	38.7	6.7
Debe de esperar hasta después del matrimonio para tener hijos	f(x)	8	31	29	7
	%	10.7	41.3	38.7	9.3
Debería ser pura	f(x)	7	35	27	6
	%	9.3	46.7	36	8
Debería de adoptar los valores inculcados por su religión	f(x)	3	15	51	6
	%	4	20	68	8

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

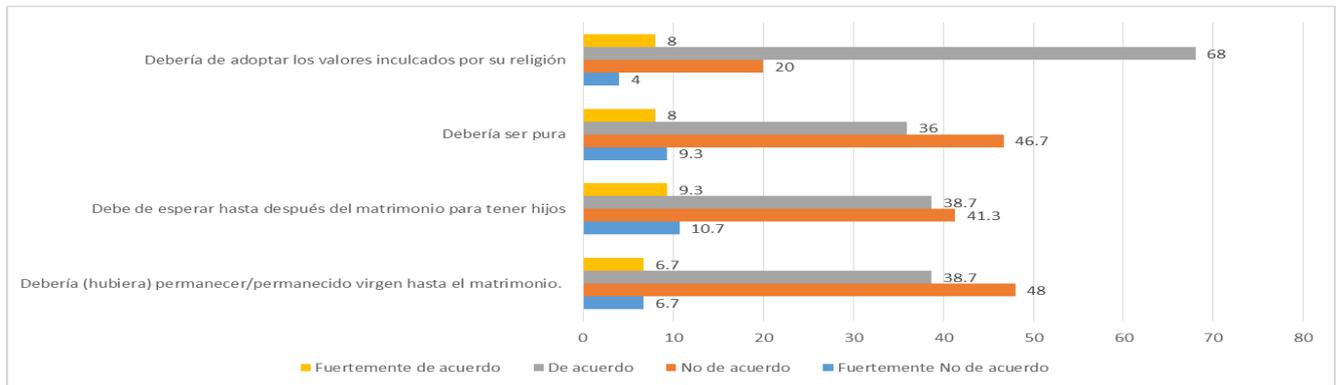


Figura 26. Escala de creencias marianistas – Virtuosidad y Castidad en las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - En temas de virtuosidad se pudo apreciar que en el concepto de esperar a tener hijos hasta después del matrimonio, tuvo opiniones variadas y el 10,7% estuvo totalmente en desacuerdo, también sobre el concepto de ser pura, donde el 9,3% estuvo en total desacuerdo y un 8% completamente de acuerdo. La Castidad podría ser un factor que influya en el deseo y las relaciones sexuales, sin embargo, las pacientes de la muestra parecen no sentirse incomodadas con respecto a las relaciones sexuales incluso antes del matrimonio.



Tabla 27. Escala de creencias marianistas – Autosilencio en las pacientes de la muestra

Respuestas Marianismo Beliefs scale - Autosilencio		Fuertemente No de acuerdo	No de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
no debe de hablar de métodos anticonceptivos	f(x)	14	42	17	2
	%	18.7	56	22.7	2.7
no debe expresar sus necesidades a su pareja	f(x)	14	42	17	2
	%	18.7	56	22.7	2.7
debe de sentirse culpable por decirle a la gente sus necesidades	f(x)	12	51	10	2
	%	16	68	13.3	2.7
no debe de hablar del sexo	f(x)	14	44	15	2
	%	18.7	58.7	20	2.7
debe perdonar en todos aspectos	f(x)	10	31	32	2
	%	13.3	41.3	42.7	2.7
siempre debería estar de acuerdo con las decisiones de los hombres	f(x)	16	52	5	2
	%	21.3	69.3	6.7	2.7

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

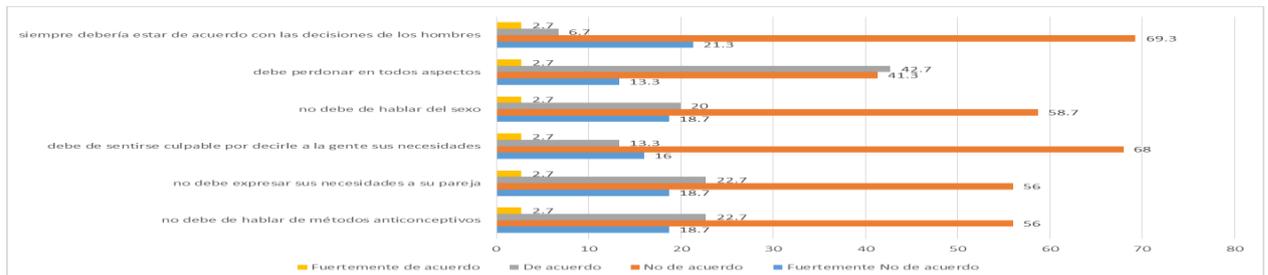


Figura 27. Escala de creencias marianistas – Autosilencio en las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación.- El autosilencio indicó que el 21,3% de las mujeres se mostraron en total desacuerdo con estar de acuerdo en todas las decisiones de los hombres y un 69,3% en desacuerdo con esta postura. Lo que les brinda seguridad para conversar con sus parejas, cuando no deseen mantener relaciones sexuales, lo que les ayuda a tener una vida más placentera y va de la mano con la relación de pareja.

Tabla 28. Escala de creencias marianistas – Pilar espiritual en las pacientes de la muestra

Respuestas Marianismo Beliefs scale - Pilar espiritual		Fuertemente No de acuerdo	No de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
debería de ser el líder espiritual de la familia	f(x)	2	15	50	8
	%	2.7	20	66.7	10.7
es responsable de llevar a su familia a servicios religiosos	f(x)	2	24	44	4
	%	2.7	32	58.7	5.3
Es responsable del crecimiento espiritual de su familia	f(x)	1	16	48	10
	%	1.3	21.3	64	13.3

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

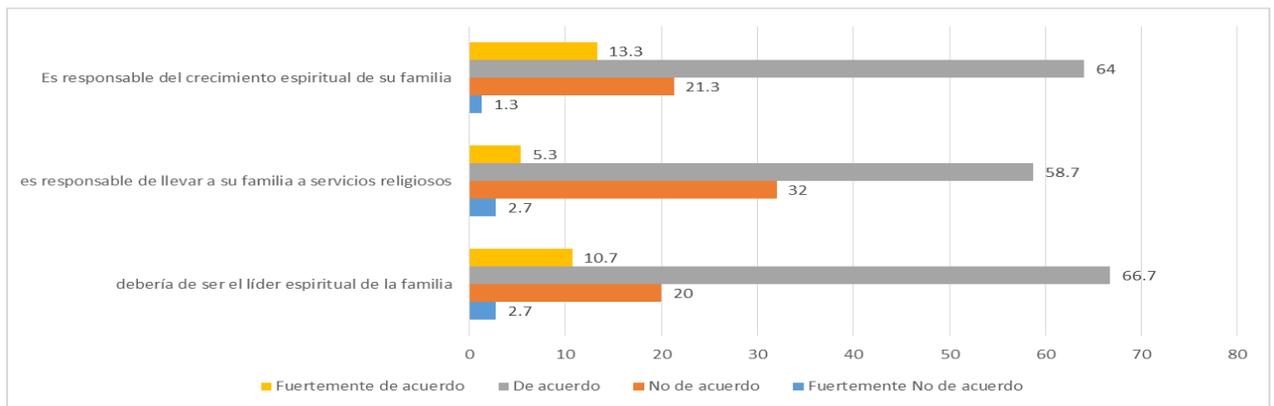


Figura 28. Escala de creencias marianistas – Pilar espiritual en las pacientes de la muestra

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - Las encuestadas estuvieron de acuerdo en que son ellas las responsables del crecimiento espiritual de la familia en un 64% y muy de acuerdo en un 13,3%, además que ella debería ser la líder espiritual con similares resultados. Por lo que al tomar esta decisión permite comprender la postura de estas mujeres, aumentando la seguridad de la misma y empoderamiento como las responsables del hogar

Objetivo 3. Identificar los principales factores que influyen en el deseo sexual de las mujeres en estado de gestación

Tabla 29. Disminución del deseo sexual según la edad de las pacientes

Disminución del deseo sexual / Edad	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo	p
					Límite inferior	Límite superior			
Si	35	25.00	5.520	.933	23.10	26.90	18	38	0.312
No	36	23.69	5.274	.879	21.91	25.48	18	35	
Total	71	24.34	5.398	.641	23.06	25.62	18	38	

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

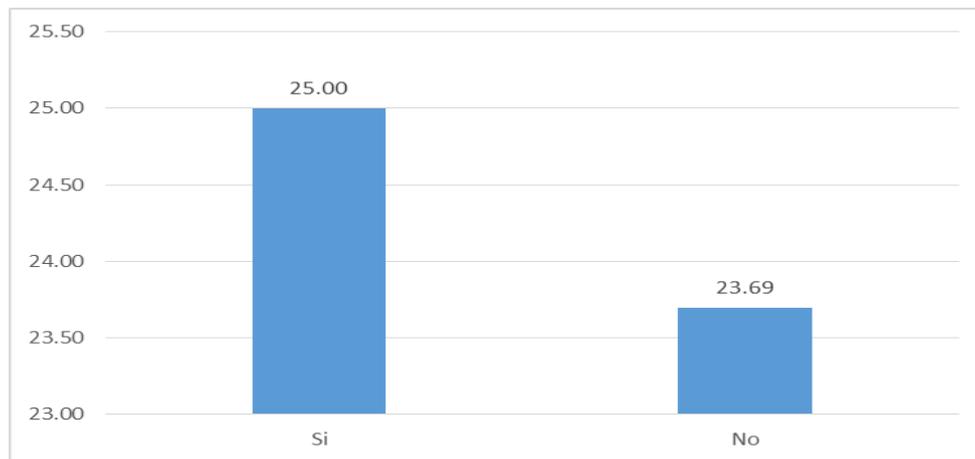


Figura 29. Disminución del deseo sexual según la edad de las pacientes

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - Las pacientes que refirieron disminución en el deseo sexual tuvieron una media de edad mayor de 25.00 ± 5.520 años de edad frente a aquellas que no presentaron disminución (23.69 ± 5.274) sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa, lo que indica que la edad no es un factor que influya en la disminución del deseo, entendiéndose que no obedece a la madurez de las pacientes, sino otros factores.

Tabla 30. Disminución del deseo sexual según tiempo de convivencia

Disminución del deseo sexual / Tiempo de convivencia	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo	p
					Límite inferior	Límite superior			
					Si	35			
No	31	3.85	4.120	.740	2.34	5.37	1	16	
Total	66	4.56	4.385	.540	3.48	5.63	1	18	

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

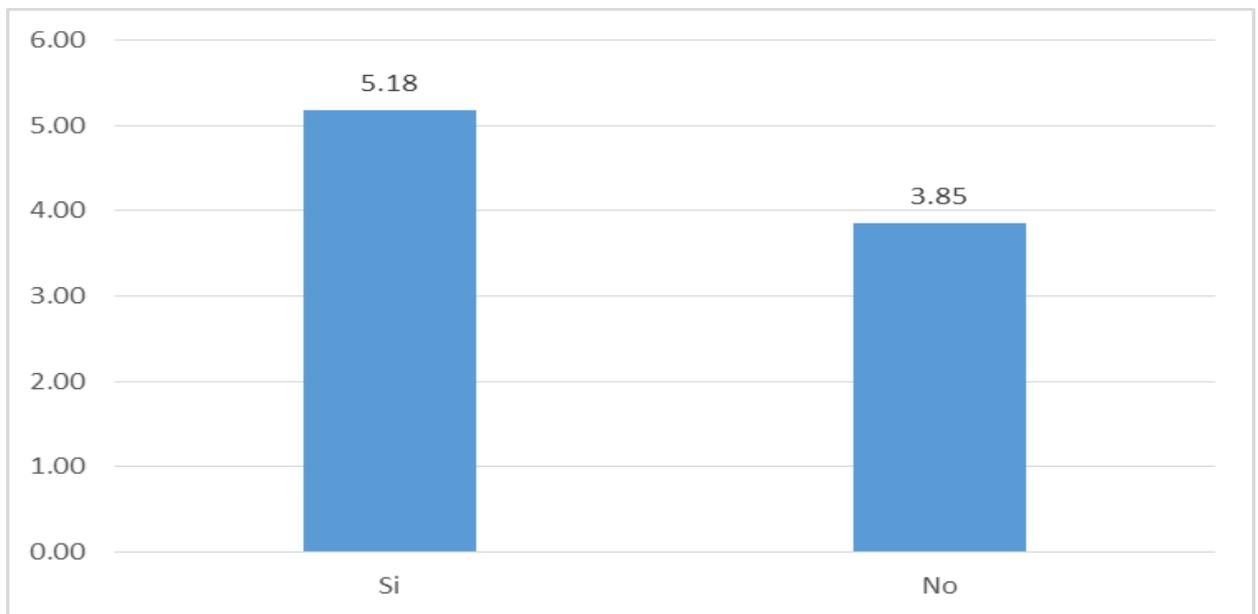


Figura 30. Disminución del deseo sexual según tiempo de convivencia

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - Aquellas pacientes que indicaron disminución en el deseo sexual tuvieron mayor tiempo de convivencia 5.18 ± 4.576 años, frente a aquellas en que el deseo no disminuyó (3.85 ± 4.120 años) sin que estas diferencias fueran significativas. Por lo que el tiempo de convivencia tampoco es un factor que influya directamente sobre la disminución del deseo sexual, estando ligado este a otras condiciones.

Tabla 31. Disminución del deseo sexual según la escala de creencias marianistas

Disminución del deseo sexual / Marianismo Beliefs Scale	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo	p
					Límite inferior	Límite superior			
Si	35	2.58	0.262	.044	2.49	2.67	2	3	0.865
No	36	2.57	0.369	.062	2.45	2.70	2	3	
Total	71	2.58	0.319	.038	2.50	2.65	2	3	

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

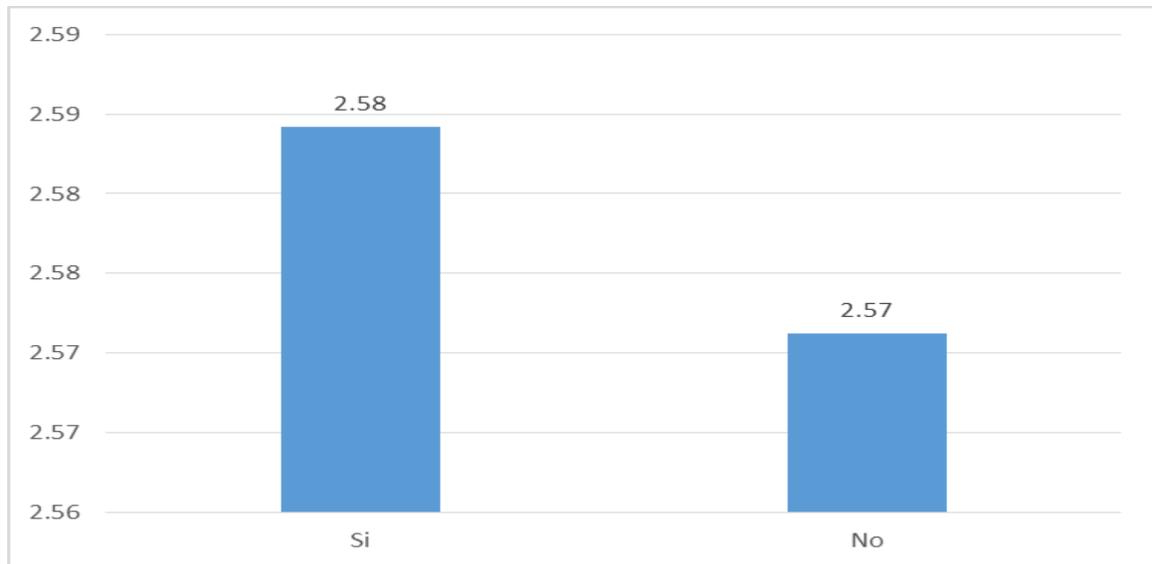


Figura 31. Disminución del deseo sexual según la escala de creencias marianistas

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - El índice en la escala de estereotipos marianistas, presentaron valores similares en la escala (2.58 y 2.57) en consideración de la disminución del deseo sexual, lo que significa que las mujeres tienen un adecuado reconocimiento de su identidad y esto no influye al deseo de mantener relaciones sexuales, lo que lleva a interpretar que son otros los factores que intervienen sobre tal deseo.

Tabla 32. Disminución del deseo sexual frente a la frecuencia de las relaciones sexuales

Disminución del deseo sexual / frecuencia de relaciones sexuales	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo	p
					Límite inferior	Límite superior			
Frecuencia Antes del Embarazo	Si 35	2.457	1.4005	.2367	1.976	2.938	1.0	6.0	0.596
	No 33	2.288	1.2057	.2099	1.860	2.715	.5	7.0	
	Total 68	2.375	1.3026	.1580	2.060	2.690	.5	7.0	
Frecuencia Después del Embarazo	Si 33	1.258	.8489	.1478	.957	1.559	0.0	4.0	0.078
	No 29	1.621	.7277	.1351	1.344	1.897	0.0	3.0	
	Total 62	1.427	.8090	.1027	1.222	1.633	0.0	4.0	

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

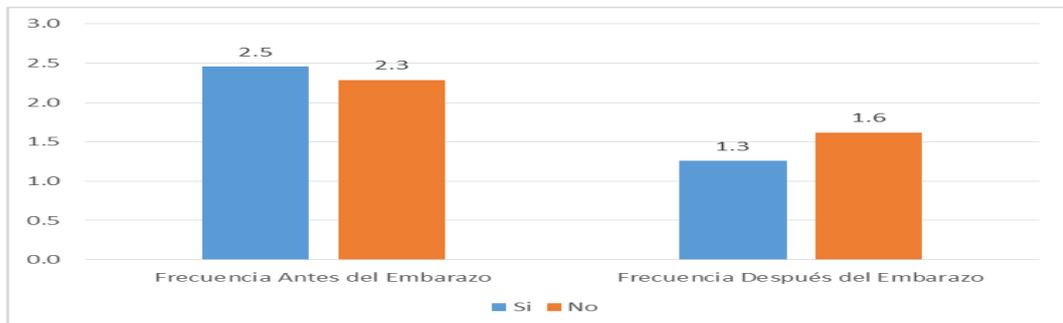


Figura 32. Disminución del deseo sexual frente a la frecuencia de las relaciones sexuales

Elaborado por: Mora, K (2018)

Fuente: Pacientes gestantes del centro de salud Carlos Elizalde 2018

Análisis e interpretación. - Al considerar la frecuencia semanal de relaciones sexuales, se aprecia una clara disminución incluso en las pacientes que indicaron que no había sucedido esto (2.5 veces por semana antes del embarazo y 1.3 veces por semana después del embarazo) lo que indica que aún en aquellas pacientes que indican que no existió una disminución del deseo sexual, es visible que las relaciones disminuyeron después del embarazo, debido probablemente a que no puedan diferenciar su deseo antes y después del embarazo.



DISCUSIÓN

Este trabajo ha podido explorar si el embarazo es un factor que disminuye el deseo sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales, además de la influencia en tal disminución de los estereotipos de género, por medio de la escala de creencias marianistas, que es un escala que mide el estereotipo en mujeres, se analizó un rango de mujeres entre 18 y 40 años, que estuvieron embarazadas, siendo la mayoría entre 18 -25 años de edad. El mayor porcentaje de las pacientes estuvieron en el tercer trimestre de gestación. La mayoría de las pacientes por lo menos habían tenido una gesta previa, además se identificaron como mestizas, y la mitad en una relación formal (matrimonio), con estudios secundarios y universitarios. Casi el total de las mujeres indicaron tener pareja estable.

Al considerar el deseo sexual de estas mujeres, se presentó una disminución en aproximadamente el 50%, también disminuyó el promedio de relaciones sexuales de 2.3 veces por semana a 1.43. Según la organización mundial de la salud se deben cumplir con elementos básicos para lograr la salud sexual, estas se definen como: (a) la posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva en equilibrio con una ética personal y social; (b) el ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones sexuales; y (c) el desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan, (OMS, 2010) Diversos estudios han indicado que existen cambios fisiológicos durante el embarazo que alteran las condiciones



físicas haciendo que existan una disminución en el deseo sexual y por ende en las relaciones de pareja durante este periodo.

García, realizó un seguimiento en 50 mujeres embarazadas durante su estado de gestación, indicando que para el tercer trimestre ocurrió un descenso en el deseo y frecuencia con la que se tenían las relaciones sexuales, esto indica que existen condiciones que predisponen este comportamiento. Según lo afirma Soria, los cambios que ocurren durante el embarazo no solo son físicos, sino que existe condiciones psicológicas, emocionales y sociales; según la autora el 90% de las pacientes incluidas en su estudio tuvieron menos relaciones sexuales durante el embarazo, y se concentraron en condiciones como la satisfacción, el deseo, la excitación, lubricación, el orgasmo y el dolor, como factores predisponentes en la disminución. (Soria, 2012)

El afecto y la comunicación que existan entre la pareja es vital para que las relaciones sexuales sean más placenteras tanto para la gestante como su pareja, de allí que cerca del 50% manifestaron que era muy buena, valores similares se pudieron apreciar para el afecto y el respeto, según García, estos son condicionantes emocionales que influyen sobre las relaciones sexuales, en donde las pacientes han indicado valores altos para estas variables. (García, El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación, 2016)

Las pacientes en este estudio indicaron que tuvieron una adecuada satisfacción en pareja, donde las caricias y besos tuvieron un rol importante, tanto como caricias y besos, mientras que los orgasmos y excitación se vieron disminuidos, aunque estuvieron presentes. Según un estudio de Rodríguez durante el embarazo existe una disminución de la satisfacción sexual, aunque no es una



condición que sea completamente negativa, ya que si bien es cierto disminuye, se mantiene un nivel aceptable de satisfacción. (Rodríguez, 2013) Por otro lado, Salvador, indica que no se ven relacionadas la sexualidad y el embarazo en términos de satisfacción, aun cuando la frecuencia de las relaciones disminuye. (Salvador, 2016)

En un trabajo de Balestema indicó una disminución en la satisfacción de las relaciones sexuales, influenciada por la excitación sexual como un factor disminuido, especialmente en el tercer trimestre del embarazo. (Balestena, 2014)

Todos los estudios mencionados, indican que existe una disminución del deseo sexual y por ende de las frecuencias de las relaciones sexuales como tal, sin embargo, no hacen una alusión clara a la satisfacción sexual, o a las relaciones de pareja, las que se mantienen firmes a partir de una adecuada comunicación o de prescindir del coito por otro tipo de prácticas sexuales (sexo oral, besos y caricias, masturbación compartida), en un trabajo de Álvarez, una de las pacientes de la investigación manifestó: ““La sexualidad para mí significa, no solo las relaciones sexuales si no abarca muchísimas cosas más: un beso, un abrazo, una palabra bonita, el despertar todos los días, te amo, te quiero y no basarse en un acto sexual si no compartir con la pareja”, lo cual podría ser una explicación al hecho de tener satisfacción sexual placentera con disminución de coito como tal. (Alvarez, 2016)

Es importante el papel de la pareja y el grado de comunicación existente, que influye sobre la satisfacción sexual, especialmente al existir mitos, sobre daños que podrían ocasionar al feto con la penetración, tal como lo indica Bataglia, ya que se pudieron observar mejores resultados en la satisfacción sexual cuando la



pareja de las mujeres embarazadas tenían una acertada comunicación, haciendo que no afecte en gran manera la comodidad de la mujer (Bataglia, 2014)

Una de las limitantes en este estudio ha sido que no se consideró el dolor durante el coito, que es remitido por diferentes autores, como una de las consecuencias a los cambios fisiológicos que se presentan en la mujer.

El siguiente factor a analizar son las condiciones sociales, en este caso representadas por los estereotipos de género de las mujeres, donde en este trabajo, se indicó que las mujeres que participaron tienen muy fuertes sus creencias familiares, considerando que son las encargadas de enseñar a sus hijos y mantener la unión familiar, además que este grupo de mujeres no mantienen una condición de sumisión a sus parejas, dado que tuvieron valores de escala bajos para subordinación y en guardar silencio ante las decisiones de los hombres.

En este trabajo no se pudo identificar los estereotipos de género (escala marianista) sobre la condición de disminución del deseo sexual, explicable ya que las mujeres presentan disminución similar a otros casos reportados, además de que tienen un promedio bastante alto en su condición de mujer que no acepta lo que su pareja le indique, sino que tiene autonomía para decidir.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Considerando los resultados de la investigación se concluye:

1. Entre las características relacionadas con la convivencia de pareja, se pudo indicar que casi el 100% tuvieron una sola pareja, con la que mantenían una relación de comunicación y afecto muy buena con escalas altas de respeto e ilusión, lo que lleva a una adecuada satisfacción de pareja, dejando entredicho que existe una buena comunicación en la relación, lo que evidentemente es un factor de importancia para entender que tanto el deseo sexual como la disminución de las relaciones sexuales tienen un impacto durante el embarazo; las pacientes mantienen la ilusión y el afecto por sus parejas, dejando en segundo plano la sexualidad.
2. Entre los estereotipos de género se pudo indicar que, según la escala de creencias marianista, la cual se enfoca en los siguientes pilares familiar, castidad, subordinación hacia otros, autosilencio y el espiritual, resultó tener una mejor escala para el “pilar familiar” y el más bajo “el autosilencio”. El autosilencio tuvo una escala baja, lo que hace referencia a al hecho de no expresar sus necesidades, no hablar de sexo, estar siempre de acuerdo, lo que indica que las mujeres embarazadas están conscientes que deben expresarse y que deben mantener su condición de mujeres. Según esta escala las mujeres están empoderadas sobre su rol en la relación, así como



la importancia de la familia y las relaciones familiares. Se puede indicar que son mujeres empoderadas de su condición y que se reconocen como pilar dentro de la familia, lo que las hace mujeres fuertes, que están dispuestas a cuidar de su hogar. Es indispensable reconocer que tales mujeres no tienen dificultades en aceptar su sexualidad, además de no tener dificultades en comunicarse con su pareja y expresar sus puntos de vista. Estas características han permitido entender que hay factores como el quedarse calladas delante de sus parejas que ha cambiado en los últimos años, se pueden apreciar mujeres más independientes que pueden conversar de sexualidad entre la pareja de un modo más abierto, a pesar de esto, todavía existen algunas mujeres con dificultades de comunicación y de hablar con profesionales de la salud sobre temas relacionados con el sexo, se tuvo como experiencia que al preguntar sobre aspectos como la amatoria, excitación, orgasmo, a veces les fue difícil contestar de forma rápida, y se necesitó de explicar con detalles, una de las pacientes llegó a derramar lágrimas al ser abordada, por lo que se necesita un abordaje más cualitativo. Es importante indicar que esta situación no se percibió en todas las mujeres, pero todavía el tema requiere más amplitud y tacto, no es que las mujeres por sí solas vayan a tratar sobre su sexualidad, sino que deben ser guiadas, lo cual se entiende es un proceso que toma tiempo, es allí donde el equipo multidisciplinario de salud debe hacer un trabajo de intervención más amplio, puesto que los prejuicios son cada vez menos, pero las parejas necesitan acompañamiento para



afrontar los nuevos desafíos que se puedan presentar. Es importante indicar que son mujeres jóvenes las que han participado en la investigación, y muchas de ellas empiezan en una relación.

3. Entre los factores que influye en el deseo sexual de las mujeres embarazadas se pueden destacar el tercer trimestre del embarazo, aunque este no tuvo un alto grado de afectación, al igual que la edad o el tiempo de convivencia, lo que indica que la disminución del deseo se debe a condiciones físicas, que no fueron analizadas en este estudio, propias del periodo de gestación, descartando factores como los estereotipos de género, al no estar tan fuertemente marcadas, no tuvieron repercusión sobre la disminución del deseo sexual. Se puede indicar además otros factores como personales o psicológicos que tampoco fueron parte de esta investigación, lo que hace necesario un abordaje más amplio para determinar los factores que influyen en la disminución del deseo y de las relaciones sexuales durante el embarazo, puesto que las pacientes si sienten bien en sus relaciones, según los resultados presentados. Se tendría que valorar la percepción de las parejas y el grado de comprensión que estos tienen con sus parejas embarazadas, puesto que esto también podría ser otro de los factores que influirían en estos resultados, puesto que, si los esposos son comprensivos y no fuerzan las relaciones sexuales, sino que tienen una conexión más afectiva podría esta ser la causa de los resultados observados. Se tomó mucho en consideración las características de las pacientes y como éstas se sintieron a pesar de la disminución del deseo sexual,



lo que hace necesario un abordaje en pareja para tener un criterio más amplio.

RECOMENDACIONES

Considerando las conclusiones se recomienda:

- Establecer un programa de salud orientado a las mujeres embarazadas y sus parejas para desmitificar la sexualidad y el embarazo, de modo que alcancen condiciones de salud adecuadas en esta etapa de vida, es importante, que se forme un equipo multidisciplinario para poder obtener mejores resultados
- Proponer la realización de un estudio longitudinal, que permita, medir todas las variables de deseo sexual durante el embarazo, que permitan ver una evolución de las características estudiadas durante los tres trimestres de gestación, considerando la toma de muestras en diferentes momentos de la gestación.
- Realizar una investigación cualitativa, que permita tener un criterio más amplio sobre el modo de pensar de las mujeres embarazadas sobre las relaciones sexuales y estereotipos de género en la etapa del embarazo; que aporte con una mejor comprensión de estos temas, a partir del cual se puedan diseñar programas de apoyo a las mujeres embarazadas.
- Incluir el tratamiento de estos temas en el currículo de la formación de los profesionales de la salud, que permitan comprender mejor la sexualidad humana, especialmente de las mujeres considerando su



derecho a tener una vida sexual plena en todas las etapas de su vida, incluso durante y después del embarazo, que permita abordar desde una perspectiva más amplia y brindar un apoyo interdisciplinario.

- Involucrar a los varones en las charlas y educación durante y después del periodo de gestación de sus parejas, que les permitan comprender los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y emocionales lo que pueda generar mayor empatía en la relación y su consecuencia sobre la sexualidad de la pareja en este periodo.
- Incluir grupos de apoyo e información de mujeres en estado de gestación y sus parejas para que puedan llevar un periodo agradable y que puedan satisfacer sus necesidades de afecto, comprensión, físicas, entre otras.
- Realizar una campaña de concientización sobre los estereotipos de género con la población que asiste al hospital, dando énfasis a los niños, adolescentes y mujeres embarazadas; además preparando talleres para padres sobre crianza de sus hijos desde la igualdad de género, alentando a un trato adecuado.



BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, G. (2009). *Sexualidad En El Climaterio*. Mendoza: Unversidad Nacional de Cujo.
- Alvarez, R. (2016). *Vivencias de la sexualida durante el embarazo*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Álvarez, R. (2016). *Vivencias de la sexualidad durante el embarazo*. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana.
- Ay, P. (2009). The influence of gender roles on health seeking behaviour during pregnancy in Turkey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* , 1-11.
- Balestena, J. (2014). Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. *Rev. Ciencias Médicas*, 363 - 374.
- Bataglia, V. (2014). Sexualidad y embarazo: Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. *An. Fac. Cienc. Méd.*, 47-59.
- Benito, A. (2017). *Guía del EMBARAZO, preconcepción, parto y puerperio SALUDABLE*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren.
- Blanquet, M. (2011). *Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas* . Alicante: Club Universitario.
- Bonfil, C. (2010). Los estereotipos negativos son una enfermedad social. *La Jornada*.
- Cabero, L. (2007). *Obstetricia y Medicina materno - fetal* . Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.



- Castilla, C. (2009). Eso no se hace, eso no se toca, de eso no se habla. La desigualdad de género en las religiones. *Gazeta de Antropología*, 50-62.
- Castillo, C. (2015). Creencias y prácticas de la sexualidad en adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia – 2014. *Investigación y desarrollo*, 312-337.
- Chaparro, M. (2013). Función sexual femenina durante el período posparto. *Rev Obstet Ginecol* .
- Cortes, J. (2007). *Obstetricia General*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Cremona, L. (2016). Deconstrucciones del género y la sexualidad en la vejez. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 171-177.
- Cunningham, F. (2015). *Williams. Obstetricia, 24e*. Dallas: McGraw Hill.
- Dawson, S. (2014). Gender Differences and Similarities in Sexual Desire. *Curr Sex Health Rep*, 1-12.
- Enderle, C. (2013). Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1-7.
- García, M. (2014). *Sexualidad en el periodo gestacional*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- García, M. (2016). El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. *Matronas prof.*, 90-97.



- Hernández, A. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *Ciencia Ergo Sum*, 112-120.
- López, G. (2016). *Cambios en la práctica sexual de gestantes Hospital Vicente Corral Moscoso 2014 - 2015*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Lujambio, M. (2016). *Embarazo y maternidad una aproximación desde el psicoanálisis*. Montevideo: Universidad de la República.
- Matute, V. (2014). *Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados, Hospital José Carrasco Arteaga*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Mauco, S. (2001). *Comportamiento de la función sexual en la embarazada*. Barquisimeto: Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado".
- Mayer, M. (2016). *Sexualidad y género*. The New Atlantis.
- MSSSI. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- OMS. (2010). Measuring sexual Health: Conceptual and Practical considerations and related indicators. . *Organización Mundial de la Salud*.
- Pacheco, C. (2014). Estereotipos de género sexistas. Un estudio en jóvenes universitarios cubanos de medicina. *Rev. Ciencias Médicas*, 853-867.
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet*, 57-69.



- Rodríguez, M. (2013). Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería y perspectiva de género*, 362 - 370.
- Salvador, K. (2016). *Relaciones entre función sexual y trimestre del embarazo de gestantes atendidas en el centro materno infantil Juan Pablo II*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Sordo, T. (2011). *Los estereotipos de género como obstáculos para el acceso de las mujeres a la justicia* . Obtenido de https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2017-02/1erlugarEnsayo_2011.pdf
- Soria, C. (2012). *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio*. Almería: Universidad de Almería.
- Vera, C. (2014). *Prácticas sexuales de la pareja durante la gestación en pacientes atendidas en centro de salud de Comas mayo 2014*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Zumba, L. (18 de Julio de 2018). La mujer, con menos opción de hallar un trabajo de calidad. *Expreso.ec*.



ANEXOS

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN HASTA FEBRERO DE 2018

	Marzo		Abril			Mayo		Junio			Julio			Agosto			Septiembre		
Elaboración del diseño de la investigación		x	x																
Aprobación del diseño de la investigación				x															
Definición del marco teórico				x	x	x													
Validación de las herramientas							x	x											
Levantamiento de la información								x	x	x	x	x	x	x	x				
Sistematización de la investigación														x	x	x			
Análisis de la investigación																x	x	x	
Elaboración del informe final																		x	
Aprobación del informe final																		x	



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características de las mujeres embarazadas

- Edad:..... (años)
- Orientación sexual:.....
- Etnia:.....

Características gineco-obstétricas

- Gestas:.....
- Partos:.....
- Abortos:.....
- Semana de gestación:.....
- FUM:.....

Características maritales

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda

Parejas sexuales anteriores : Si No

Parejas sexuales actuales: Si No

Tiempo de convivencia:.....

Factores sociales y culturales

Educación: Sin educación Primaria Secundaria Universitaria

Trabajo: Si No Especifique

DESEO SEXUAL

Convivencia de pareja

Comunicación: Muy Buena Buena Regular Mala

Afecto: Muy Buena Buena Regular Mala

Respeto: Muy Buena Buena Regular Mala

Ilusión: Muy Buena Buena Regular Mala

Satisfacción de la vida en pareja: Muy Buena Buena Regular Mala

Frecuencia de las relaciones sexuales

Frecuencia antes del embarazo (Semanal):.....



Frecuencia durante el embarazo (Semanal):.....

Deseo sexual

Aumentó: Si No

Se mantuvo igual: Si No

Disminuyó: Si No

Erótica y amatoria

Besos y caricias: Si No

Masajes eróticos: Si No

Masturbación compartida: Si No

Masturbación individual: Si No

Coito en diferentes posturas: Si No

Sueños eróticos: Si No

Respuesta Sexual

Deseo: Muy Buena Buena Regular Mala

Excitación: Muy Buena Buena Regular Mala

Orgasmo: Muy Buena Buena Regular Mala

Satisfacción: Muy Buena Buena Regular Mala

**Marianismo Beliefs Scale**

Instrucciones: Las declaraciones abajo representan algunas de las diversas expectativas para Latinas. Para cada declaración, por favor marque la respuesta que describe mejor lo que usted crea mas bien que lo que le enseñaron o lo que usted practica realmente.

Una Latina . . .	Fuertemente No De Acuerdo 1	No De Acuerdo 2	De Acuerdo 3	Fuertement e De Acuerdo 4
1.) debería de ser una fuente de fortaleza para la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) es considerada la fuente principal de fuerza para su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) madre debería de mantener a su familia unida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) debería de enseñarles a su niños ser leales a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) debería de hacer cosas que hagan feliz a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) debería (hubiera) permanecer/permanecido virgen hasta el matrimonio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) debe de esperar hasta después del matrimonio para tener hijos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) debería de ser pura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) debería de adoptar los valores inculcados por su religión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) debería serle fiel a mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) debería satisfacer las necesidades sexuales de mi pareja sin quejarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) no debería alzar su voz contra los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) debería respetar las opiniones de los hombres aunque no esté de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) debe de evitar decirles "no" a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) debería hacer cualquier cosa que le pida un hombre de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) no debe de hablar de métodos anticonceptivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) no debe expresar sus necesidades a su pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) debe de sentirse culpable por decirle a la gente sus necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.) no debe de hablar del sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.) debe perdonar en todos aspectos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



21.) siempre debería estar de acuerdo con las decisiones de los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.) debería de ser el líder espiritual de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.) es responsable de llevar a su familia a servicios religiosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.) es responsable del crecimiento espiritual de su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Castillo, L. G., Perez, F. V., Castillo, R., & Ghosheh, M. R. (2010). Construction and initial validation of the marianismo beliefs scale.

Counselling Psychology Quarterly, 23, 163-175. doi: 10.1080/09515071003776036



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Obstetriz Katuska Mora – Universidad de Cuenca - Estereotipos de género asociados al deseo sexual en gestantes del Centro de Salud Carlos Elizalde 2018. Versión 1.0

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información Introducción

La Obstetriz Katuska Mora, quien labora en el Centro de Salud Carlos Elizalde, como parte del trabajo final de la Maestría de la Universidad de Cuenca les invita a participar en el proyecto de investigación. Actualmente usted puede hablar con alguien con quien se sientan cómoda acerca de la investigación y de que pueden tomarse el tiempo que deseen para reflexionar si quieren participar o no. En caso de no entender algunas de las palabras o conceptos, se tomaran el tiempo necesario para explicárselo según se avanza y que pueden hacer preguntas ahora o más tarde.

Propósito

El objetivo principal de este estudio es determinar la influencia que tienen los estereotipos de género en la vivencia de la sexualidad, manifestada a través del deseo sexual, durante la gestación en el Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde en el primer semestre del 2018.



Para lo cual se establecen las características clínicas y relacionales de las mujeres embarazadas, se definen los principales estereotipos de género presentes en la relación de pareja y su influencia en la sexualidad y por último se indican los principales factores que influyen en el deseo sexual de las mujeres en estado de gestación.

Tipo de Intervención de Investigación

La investigación la conforman todas las mujeres embarazadas que acudan al control prenatal.

Selección de participantes

Estamos invitando a todas las mujeres embarazadas que asisten a controles prenatales en este centro de salud para participar en la investigación sobre los estereotipos de género

Participación Voluntaria

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

Procedimientos y Protocolo

En esta investigación tendrá que llenar dos encuestas, una para medir la función sexual y la otra para determinar el estereotipo de género.

Su participación consiste en llenar las dos encuestas, por una sola vez, siendo lo más sincera posible, recuerde que este formulario es anónimo.



Duración

La investigación, en esta etapa, durará 45 minutos para el llenado de los formularios

Riesgos

No existe ningún riesgo en esta investigación.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, podrá contribuir al mejor manejo y conocimiento de los estereotipos de género y su influencia en el deseo sexual..

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información



confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma a que sea tratado en este Centro de Salud. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con la Obstetrix a cargo de la investigación.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre los estereotipos de género. Entiendo que se me harán ciertas preguntas de un cuestionario, las que debo contestar con honestidad y sinceridad. Sé que no existen riesgos potenciales para mi salud, sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará monetariamente ni de ninguna otra forma. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de



la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico. Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha
_____ Día/mes/año



CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutora de tesis presentada por OBSTETRIZ KATIUSKA MORA, para optar por el grado de MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, una vez revisado el contenido de tesis con el tema: “ESTEREOTIPOS DE GÉNERO ASOCIADOS AL DESEO SEXUAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE 2018”

Doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente,

Nombre del tutor

Cédula del tutor