

**UNIVERSIDAD DE
ALMERÍA**
Facultad de Ciencias de la Salud



MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA

Curso académico 2011/2012

Trabajo Fin de Máster

**ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE
LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y
PUERPERIO**

Autora:

BERTA CRISTINA SORIA BECERRIL

Tutor:

GABRIEL AGUILERA MANRIQUE



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

**No hay amor sin instinto sexual. El amor
usa de este instinto como de una fuerza brutal,
como el bergantín usa el viento.**

(José Ortega y Gasset)



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es fruto del esfuerzo de muchas personas que han participado en el mismo de forma directa o indirecta ya sea leyendo, opinando, formando parte de la muestra, corrigiendo, aconsejando, así como teniendo paciencia, dando ánimo, acompañando y apoyando en los momentos de crisis o en los momentos felices o incluso todo a la vez.

Muchas GRACIAS; en especial:

A **Gabriel Aguilera** por la dirección de este trabajo.

A **Lola** por acercarme a la estadística. Por hacerme fácil lo que en un principio parecía imposible y todo ello siempre a un rellano de distancia. Gracias.

A **Esther** por estar SIEMPRE y dispuesta a TODO. Por haber estado en momentos muy difíciles, por darme siempre un pequeño empujón para ir más allá y por tener la confianza en mí que a veces a mí misma me falta. Muchas gracias.

A mi familia, mi madre **Meme**, mis hermanos **Jose** y **Carmen** por aguantar nervios e impacencias muchas veces sin entender el porqué y darme siempre su apoyo incondicional y a **Berta, Ignacio y Manuel** por además acogerme.

A **Javi** por tantos momentos que no fueron y que se quedaron entre estas páginas.
Gracias por la comprensión y apoyo.

A mi padre **Acho**. ¡SIEMPRE ESTAS PRESENTE!

...por ellos y para ellos...



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

RESUMEN

Escasos son los estudios que investigan la actividad sexual de la mujer durante un periodo tan importante en su vida como la gestación y su etapa posterior, el puerperio. Ambos son etapas en las que se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad, por lo que consideramos relevante el estudio de ésta. **Objetivos:** Estudiar la actividad sexual de la mujer durante la gestación y el puerperio. Analizar la existencia de educación sexual hacia la mujer durante estas etapas. **Método:** La muestra estaba compuesta por 74 mujeres, 19 gestantes y 55 puérperas. Utilizamos el EVAS-M para estudiar la actividad sexual de la mujer. Recopilamos datos demográficos y personales. Realizamos un análisis estadístico de los datos recogidos utilizando el programa IBM SPSS **Conclusiones:** Tras observar significativas modificaciones en la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio en las áreas de la sexualidad estudiadas destacamos la importancia de una buena educación sexual para afrontar una salud sexual plena.



ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL.....	9
3. ÁMBITOS DE LA SEXUALIDAD.....	10
3.1.En el ámbito psíquico.....	10
3.2.En el ámbito social.....	10
3.3.En el ámbito reproductivo.....	10
4. LA SEXUALIDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.....	11
5. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO.....	14
5.1.Cambios durante el embarazo y el puerperio.....	14
5.1.1. Cambios físicos durante el embarazo.....	15
5.1.2. Cambios físicos durante el puerperio.....	17
5.1.3. Cambios psicológicos y emocionales.....	18
5.1.4. Cambios sociales.....	20
6. RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.....	22
6.1.Fase de deseo.....	22
6.2.Fase de excitación.....	23
6.3.Fase de meseta.....	23
6.4.Fase orgásmica.....	24
6.5.Fase de resolución.....	24
7. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	29
8. OBJETIVOS.....	33
9. MÉTODO.....	33
9.1.Diseño.....	33
9.2.Sujetos.....	34
9.3.Instrumentos de recogida de datos.....	34
9.4.Procedimiento.....	35
9.5.Análisis estadístico.....	36
10. RESULTADOS.....	37
11. DISCUSIÓN.....	43



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

	Pág.
12. CONCLUSIONES.....	45
13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	49
14. PROPUESTAS DE MEJORA.....	49
15. BIBLIOGRAFÍA.....	53
16. ANEXO.....	57
16.1. Consentimiento informado.....	57
16.2. Datos demográficos y personales.....	58
16.3. EVAS-M (habitual, embarazo y puerperio).....	61
16.4. Análisis detallado de cada una de las variables de la escala en función de las variables medidas.....	64



1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana es un proceso continuo y pluridimensional, se desarrolla desde el nacimiento hasta la muerte y varía de una cultura a otra y en el contexto social e histórico en que se desarrolla.

La historia de la sexualidad se remonta a la prehistoria. Se ha demostrado la existencia de una promiscuidad sexual primitiva donde el hombre, de manera similar a los animales, llevaba una vida sexual regulada por los períodos de acoplamiento. Esta monogamia tenía la finalidad de asegurar el patrimonio familiar (Vera-Gamboa, 1998).

Con la llegada del judaísmo aparecen interacciones ante la sexualidad. En el Antiguo Testamento existían normas que regulan las conductas sexuales de la época: en el Éxodo, en los diez mandamientos, se prohíbe el adulterio. Aparece también el tabú de la desnudez y la prohibición del incesto. En esta cultura, el matrimonio tenía como finalidad la descendencia, la esposa hebrea tenía el “privilegio” de compartir los favores del esposo con otras esposas secundarias, pero si ella era infiel sería apedreada.

En la Edad Media, la Iglesia consolida su poder equiparándose con el poder civil. Aparecen los cinturones de castidad y se hacen evidentes los problemas sexuales, por lo que la Iglesia para reafirmarse refrenda el matrimonio monógamo y declara el instinto sexual como demoníaco (Vera-Gamboa, 1998).

Alrededor de 1530, con la Reforma Protestante se admite el primer divorcio, solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina de Aragón y casarse con Ana Bolena (Vera-Gamboa, 1998).

A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de infecciones de transmisión sexual, conocidas entonces como enfermedades venéreas, consideradas como un castigo celestial por los excesos sexuales (Vera-Gamboa, 1998).

Durante los siglos XVII y XIX, en la época victoriana, conductas sexuales como la masturbación eran consideradas inapropiadas y se culpaba de desordenes como la epilepsia. En este tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

se consideraba como “sexualidad anormal”, así como diferían las actitudes ante la sexualidad de acuerdo con la clase social a la que se pertenecía (Vera-Gamboa, 1998).

El pensamiento religioso daba gran importancia a la familia, pero no permitía olvidar que el sexo era una desafortunada necesidad.

Posteriormente, Sigmund Freud (1856-1939) demostró la trascendencia que la sexualidad tenía para los individuos. Desarrolló su teoría de la personalidad, cuyo tema central es el desarrollo sexual e introdujo el término “libido” como la energía de la que emanan todas las actividades de las personas. Freud escandalizó al afirmar que la mayoría de los miedos y fobias estaban relacionados con frustraciones sexuales. Con él se inició el modernismo sexual, surgido en respuesta a las rígidas normas victorianas.

Por la misma época publicó Havellock Ellis *Psychology of Sex* donde mencionaba que el deseo sexual era igual para hombres y mujeres, asimismo refutaba el concepto de que la masturbación ocasionara algún mal a salud (Vera-Gamboa, 1998).

Con Alfred Kinsey (1953) se inició el estudio sistemático de la sexualidad, investigando sobre el comportamiento sexual en el hombre y en la mujer¹.

Según definió Carrobles (1990), la función original de la sexualidad, desde una perspectiva etiológica, consiste en el mantenimiento de la especie a través de su adaptación al medio, y la reproducción es un mecanismo esencial, pues su éxito significa la transmisión del pool genético perfeccionado por selección natural y en constante evolución.

En la actualidad consideramos la sexualidad como consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socioemocionales altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales. La expresión pública y privada de la sexualidad afecta en gran medida a la calidad de vida de las personas y ha

¹ Destaca, que a pesar de la extensión del informe sobre el comportamiento sexual de casi 8.000 mujeres, no analiza los efectos del embarazo sobre la respuesta sexual de ésta, lo cual es una sorprendente omisión, dado que una alta proporción de la población estudiada eran mujeres casadas y con hijos.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

oscilado histórica y culturalmente entre distintos grados de restricción o de libertad (Castelo-Branco, de la Gándara y Puigvert, 2005).

La sexualidad es una manera de vivir la propia sexuación, un concepto muy amplio que no solo abarca lo relacionado con la realidad del sexo: cada persona tiene su propio modo de vivir el ser mujer u hombre y su manera de situarse en el mundo. La sexualidad incluye la identidad sexual como la conciencia de ser una persona sexuada y con el significado que cada uno dé a este hecho.

La diversidad sexual refleja que existen muchas maneras de ser mujer y hombre, siendo éstas el resultado de la propia biografía. La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que, a su vez, son la expresión de la propia identidad sexual. También se manifiesta a través del deseo erótico que genera la búsqueda de placer a través de las relaciones sexuales, es decir, comportamientos sexuales tanto autoeróticos (masturbación), como heteroeróticos (dirigidos hacia otras personas, estos a su vez pueden ser heterosexuales u homosexuales). Así la sexualidad no son las “relaciones sexuales” sino que éstas son tan solo una parte de ella (Gómez, 2010).

En nuestra cultura la sexualidad se ha regulado con normas represivas y enfocadas a la genitalidad. Esto favorece una mentalidad “coitofílica” o una asociación entre relaciones sexuales y relaciones coitales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975), las relaciones sexuales tienen un componente psicoemocional y social muy importante.

La finalidad de la sexualidad es también favorecer la comunicación, las relaciones personales afectivas y proporcionar placer. Si el origen de la función esencial de la sexualidad fue la adaptación para la supervivencia a través de la reproducción, la propia evolución de la especie indica que en la actualidad la mera reproducción ha sido transcendida. Por lo tanto, la sexualidad tiene expresiones diversas en las diferentes etapas de la vida y nos acompaña a lo largo de ella: desde una sensación placentera y egocéntrica en el lactante, al sentimiento fuerte y perturbador en la juventud, la



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

satisfactoria entrega a la pareja en la vida adulta, y al envejecer, donde ira declinando, pero siempre estará presente.

2. SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

Los problemas relacionados con la sexualidad son más hondos e importantes para el bienestar y la salud de las personas que lo que se ha admitido, y precisamente, la ignorancia de las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre las mismas guardan una estrecha relación con diversos problemas de salud y con la calidad de vida (OMS, 1975)².

Admitiendo la dificultad que entraña una definición universalmente aceptable de la totalidad de la sexualidad humana, la OMS considera la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (Fundación Sexpol, 1998).

En su definición, la OMS fundamenta la salud sexual en la conjunción de tres condiciones:

- 1- Capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética social y personal.
- 2- Permanecer libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales.
- 3- Permanecer libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la función sexual y/o reproductiva (Souza, 2005).

Esta noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto a la sexualidad humana. La orientación prestada por los profesionales de la salud debe ir dirigida al disfrute intensificado de la vida de las relaciones personales y no limitarse al

² Conclusión extraída de la conferencia de Ginebra de 1975 de la Organización Mundial de la Salud.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación y las enfermedades de transmisión sexual.

3. ÁMBITOS DE LA SEXUALIDAD

La actividad sexual humana depende de las características físicas, psicológicas y biológicas del individuo, de la existencia o no de una pareja, del contexto sociocultural en el que tiene lugar la relación, etc. En cada uno de nosotros la sexualidad humana cubre diversas funciones a distintos niveles:

3.1. En el ámbito psíquico: La sexualidad es uno de los móviles más importantes en la estructura de la personalidad. La identidad sexual, forma parte del concepto general de identidad, es decir, de la conciencia de sí mismo (Erikson, 1968). Es una categoría permanente del yo. La regulación del deseo sexual, la búsqueda del placer y la satisfacción sexual constituyen una de las motivaciones más importantes de la existencia humana en todas las edades. En la medida en que no tiene prefijados sus destinos, este sentimiento de búsqueda de satisfacción puede ser derivado de otros fines y constituye en una de las principales fuentes de creatividad (López, 1986).

3.2. En el ámbito social: La sexualidad, junto con el apego, impulsa al individuo al encuentro del otro. En el terreno de las relaciones interpersonales, la sexualidad constituye una de las formas privilegiadas de comunicación en relación con la intimidad, donde se transmiten los principales afectos como el amor, el enamoramiento, la atracción, el cariño, el apego, etc. (Gómez, 2010).

3.3. En el ámbito reproductivo: La sexualidad cumple la función reproductiva propia de la especie. Sin embargo, el sentido de la reproducción humana dista mucho del que tuvo en el ambiente primitivo de adaptación. Las especies que sobreviven, lo hacen porque han tenido éxito en su adaptación al medio. La humana, como consecuencia de su desarrollo intelectual, ha sido capaz de modificar el medio y adaptarlo a sus propias necesidades, hasta tal punto que, en la actualidad el equilibrio entre las necesidades y los recursos está en



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

riesgo. Desde este punto de vista, es evidente que la especie humana no está en peligro de extinción, sino todo lo contrario. Por ello, la reproducción, por su propia evolución, debe entenderse no como una obligación de las mujeres, sino como una opción libre y voluntaria. Esta última afirmación se convierte en un desiderátum, puesto que la fecundidad humana siempre ha estado sometida a manipulaciones de carácter sociopolítico. (Gómez, 2010).

En cualquier caso, y en lo que interesa a este punto, la posibilidad de tener hijos es una de las funciones de la sexualidad, que produce una de las experiencias humanas más intensas, aunque, en una valoración global del deseo sexual, la intencionalidad de tener hijos ocupa una proporción reducida en relación con la satisfacción sexual propiamente dicha. En la sociedad moderna, la fecundidad es una realidad que compromete a las personas a la crianza de los hijos (Gómez, 2010).

4. LA SEXUALIDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Es aconsejable y necesario hacer un breve resumen de la vivencia de la sexualidad en las etapas de la vida para comprender la evolución y la magnitud de ésta.

Dentro de la concepción occidental se ha considerado la **infancia** como una etapa de inocencia sexual, donde no se contempla el erotismo infantil. A pesar de la abierta expresión de la sexualidad en los niños, en general se considera abominable hablarles de sexo. A menudo, son los angustiados padres quienes piden consejo a profesores, psicólogos, personal sanitario, etc., preocupados por considerar aberrantes determinados comportamientos como por ejemplo la exploración de sus propios genitales (Castelo-Branco et al., 2005).

La visión de los países occidentales sobre la sexualidad infantil se basa fundamentalmente en las etapas psicosexuales del desarrollo de Freud. El concepto central es que el niño nace con energía sexual y busca básicamente experiencias sexuales y, a medida que se desarrolla biológicamente, se va adaptando al mundo y controlando su impulso sexual. Si algo va mal en este proceso, el desarrollo se altera, provocando trastornos de la sexualidad en la vida adulta.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Aún así, podemos decir que faltan conocimientos científicos para poder definir lo que es sexualidad “normal” en los niños. Si a esto agregamos los prejuicios de los diferentes grupos socioculturales y los conceptos religiosos, médicos, legales e incluso personales de los profesionales que trabajan en esta área, tendremos un panorama confuso y muchas veces contradictorio (Castelo-Branco et al., 2005).

Desde el nacimiento los bebés pueden presentar respuestas sexuales reflejas, especialmente frente a estímulos tales como las caricias o el simple toque de su piel. Los niños son capaces de tener erección y las niñas lubricación vaginal y movimientos pélvicos oscilantes.

Entre los 13 y 15 años de edad, durante el período evolutivo de la **adolescencia**, la sexualidad cobra una gran significación por múltiples y complejos cambios físicos, cognitivos y sociales que se producen (Padilla, Carmona, Sarasúa, Pérez y López, 2007). Presentan un aumento significativo de los niveles de hormonas sexuales. El cuerpo es lo central y se observa un rápido crecimiento pondoestatural, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y una toma de conciencia del propio cuerpo y de su impacto en otras personas. Posteriormente, a los 16 años de edad, el crecimiento se entelatece y se logra el equilibrio hormonal y los caracteres sexuales secundarios son incorporados a la imagen corporal. En este momento, la sexualidad se satisface mediante la masturbación o con parejas sexuales.

La curiosidad y la autosatisfacción evolucionan hacia la reciprocidad sexual y el mutuo compartir. El desarrollo de la identidad sexual, que se inicia en la niñez y eclosiona en la adolescencia, es un proceso natural.

Con la **edad adulta** se llega a la plenitud sexual y la actividad sexual es aceptada socialmente, independiente incluso de la existencia de vínculos legales. Esto se expresa en un aumento de la población que tiene actividad sexual. Parece que la globalización está homologando las conductas mundiales no sólo en los hábitos comerciales, sino incluso en las conductas sociales; la sexualidad, especialmente influida por los medios de comunicación, parece no estar ajena a estos cambios. La sexualidad alcanza su máxima expresión entre los 25 y los 40 años (Castelo-Branco et al., 2005).



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

La sexualidad en la **vejez** es un área especialmente maltratada, poco conocida y menos entendida por la sociedad. La idea de que las personas mayores mantengan relaciones sexuales no está muy aceptada. Se tiende a ver a las personas después de los 60 años de edad como “abuelos” y carentes de sexualidad, eludiendo el tema y dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo y suponiendo su “inexistencia”. A pesar de esos tópicos, la vejez, conlleva la necesidad psicológica de una actividad sexual continuada (Castelo-Branco et al., 2005).

La esperanza de vida ha aumentado espectacularmente, lo que se asocia con un importante incremento de personas mayores en la población. Aunque con la edad la actividad sexual decrece, muchos individuos, incluso en la octava década de su vida, siguen siendo activos sexualmente.

La disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona tanto con los cambios físicos debidos al envejecimiento como la influencia de actitudes y expectativas impuestas por el entorno social, así como con factores psicológicos propios de la persona.

Numerosos son los problemas que impiden una actividad sexual continuada. Uno de los principales es la propia actitud de la persona ante los cambios fisiológicos normales. El progresivo alargamiento del período entre las erecciones y la mayor dificultad para conseguirlas puede producir una ansiedad creciente que perjudicará su capacidad de respuesta sexual. Lo mismo sucede con la dispareunia³ en las mujeres debida a la disminución de estrógenos postmenopausia. Las molestias que pueden sentir provocan ansiedad anticipada con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper.

La sexualidad en este periodo, al no asociarse con la procreación, se tiende a negar su existencia, o se considera un tema tabú. Sin embargo, no hay edad en la que la actividad

³ Se define dispareunia como la aparición de dolor durante el coito, bien al principio, a lo largo del desarrollo del coito o al final del mismo.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

sexual, los pensamientos sobre sexo o el deseo finalicen (Alonso, Martínez, Díaz y Calvo, 2004).

5. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Centrándonos en la mujer, una de las etapas más importantes de su vida será durante el embarazo y etapa posterior, el puerperio. Durante ambos se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad. Tanto el embarazo como el puerperio son etapas en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen sentimientos y emociones nuevas tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia.

Durante las últimas décadas, la investigación sobre diferentes aspectos de la sexualidad de la mujer se ha centrado principalmente en algunos comportamientos sexuales específicos (como la actividad coital) o los cambios durante la respuesta, prestando menos atención a los aspectos cognitivos y las experiencias subjetivas relacionadas con la propia actividad sexual (Carrobles, Gámez-Guadix y Almendros, 2011).

La satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y relación con otros aspectos ha sido muy poco estudiada (Bridges, Lease y Ellison, 2004).

5.1. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

Como ya hemos apuntado la sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo.

Numerosos son los estudios y trabajos que investigan y describen los cambios físicos del embarazo y puerperio, y que afectan en mayor o menor medida a la mujer. Por ello hemos considerado necesario hacer alusión a algunos de ellos para poder comprender como éstos repercuten en su vida sexual (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).



5.1.1. Cambios físicos durante el embarazo:

Podemos encontrar numerosas alteraciones en el sistema cardiovascular. Debido a la dificultad del retorno venoso y aumento de la presión venosa en piernas y pelvis menor por la compresión del útero gestante aparecen varices en vulva y miembros inferiores, edemas en los pies y hemorroides.

Se produce un aumento de la volemia en un 35-40% causando hemodilución y anemia fisiológica del embarazo, lo que unido a la vasodilatación que se produce provocarán mareos y lipotimias (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Fisiológicamente, el corazón sufre un desplazamiento hacia la izquierda, hacia delante y se horizontaliza por aumento del tamaño del útero. En la recta final del embarazo precisamente por el crecimiento del útero se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho.

Todo ello provocará un aumento del gasto cardíaco⁴ para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto, aumento del riego sanguíneo cutáneo provocando sensación de acaloramiento, piel húmeda y congestión nasal, aumento de la frecuencia cardíaca e incremento de los factores de coagulación (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Aparecen alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma, melasma o máscara del embarazo así como la línea de alba debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. Pueden aparecer estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso y dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer. Puede experimentar un aumento en la caída del cabello, que volverá a la normalidad una vez se normalice tras el parto.

⁴ Se denomina gasto cardíaco a la cantidad de sangre que bombea el corazón desde el ventrículo a la aorta en un minuto. En reposo, en un adulto sano, el gasto cardíaco normal será de 4-6l/min. Durante el embarazo aumentará entre un 30%-50%.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Aparecen también alteraciones digestivas como las gingivitis, comunes en los embarazos debido a la inflamación de las encías así como un aumento de la producción de saliva (ptialismo), del apetito y la sed y se alterará el metabolismo de los carbohidratos y lípidos (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Debido a los cambios metabólicos, al principio del embarazo existirá tendencia a la hipoglucemia, mientras que en la segunda mitad del embarazo hay tendencia a la hiperglucemia⁵. La posible aparición de épulis⁶, es debida al aumento de estrógenos fundamentalmente, al déficit de folatos y presencia de HCG en la saliva. El aumento de la progesterona se relaciona con la relajación de la musculatura intestinal, que unido a la disminución del peristaltismo se produce un estreñimiento (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior. Muy común es la aparición de náuseas y vómitos de etiología variada normalmente por la mañana y durante el primer trimestre (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Entre las alteraciones musculoesqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvico-ureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. El aumento del flujo plasmático renal y el filtrado glomerular provocarán una eliminación urinaria con una

⁵ Puede aparecer diabetes gestacional en la mujer por lo que a partir de las semanas 24-28 se realiza cribado de diagnóstico a través del Test de O'Sullivan. Una vez terminado el embarazo suele desaparecer la diabetes.

⁶ El épulis del embarazo o épulis gravidarum consiste en un crecimiento de tejido gingival benigno localizado en la encía. Aparece mayormente en el primer trimestre de la gestación y suele desaparecer al disminuir el estímulo hormonal que lo provoca. Si no es así, debe ser eliminado a través de cirugía.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

mayor proporción de sustancias como la urea y la creatinina, y por lo tanto, disminuirá su concentración en plasma sanguíneo. Al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Conforme aumenta el volumen del útero se produce una protusión de las costillas inferiores y elevación del diafragma unos 4cm que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

5.1.2. Cambios físicos durante el puerperio:

Durante el puerperio la mayor parte de los cambios corporales que se producen durante el embarazo continúan presentes. A todos ellos además se añaden las pérdidas sanguíneas durante el parto y el postparto que provocan o agravan la anemia, el dolor sacrolumbar, la exacerbación de hemorroides y varices vulvares, etc. (Martín de María, 2002).

Continúan los cambios hormonales. La disminución de estrógenos contribuye a la aparición de la “tristeza puerperal”, también es responsable del adelgazamiento de las paredes vaginales y de la disminución de lubricación genital (Martín de María, 2002).

El aumento de prolactina se relaciona directamente con la disminución de testosterona siendo éste a su vez responsable del deseo sexual.

El incremento de oxitocina debido a la succión del recién nacido durante la lactancia puede proporcionar una excitación sexual. Esta sensación puede desconcertar a la mujer y crearle sentimientos de culpa o vergüenza (Martín de María, 2002).

Los cambios en los genitales, sobre todo tras un parto vaginal con episiotomía o desgarro, suelen crear miedo al dolor ante la reanudación de la relaciones coitales. En estos casos el suelo pélvico sufre una disminución del tono muscular que puede derivar a corto o largo plazo en problemas de incontinencia urinaria (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Durante la lactancia, las mamás son quienes proporcionan el sustento al recién nacido, asociándose únicamente como el “envase” del alimento del recién nacido, por lo que pueden perder su contenido erótico para uno o ambos miembros de la pareja. Estos pensamientos pueden angustiar al creer que pierden definitivamente su erotismo. Todos estos sentimientos y cambios, unidos al cansancio y la fatiga condicionan el estado anímico de la mujer (Martín de María, 2002).

5.1.3. Cambios psicológicos y emocionales:

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido. Sin embargo, aún son escasos los estudios que profundizan en el área psicológica y en los aspectos que repercuten directamente en su estado de ánimo y en su salud (Martín de María, 2002).

De los estudios encontrados, el estudio del estado psicoemocional de la mujer se realiza en exclusiva en el puerperio, obviando dichos síntomas durante el propio embarazo (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Parece razonable pensar que el bienestar psicológico y subjetivo así como emocional de la mujer, sobre todo en esta época de su vida, puede estar relacionado con el funcionamiento y con la salud sexual (Levin, 2007).

Un factor que puede estar presente ya desde el primer trimestre, y por supuesto, destacado durante el proceso de parto, es el miedo al dolor y posteriormente el dolor durante el trabajo de parto. Diferentes investigaciones han resaltado la importancia de las estrategias de afrontamiento, siendo más eficaces en aquellos sujetos caracterizados como "no catastrofistas". El que los individuos tengan alternativa para elegir diferentes estrategias, puede influir en la atenuación de la respuesta de dolor (Molero, 2006).



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Este miedo continuará presente en el momento de la reanudación de las relaciones coitales, y con él también el miedo a una nueva gestación. Esto crea ansiedad no solo en la mujer sino en la pareja (Molero, 2006).

Entre los factores que se relacionan con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el tipo de personalidad pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008).

La tristeza puerperal aparece como consecuencia de los cambios hormonales, corporales y familiares que se producen en estos momentos. Estas emociones importantes pueden manifestarse en lo que algunos autores denominan “*síndrome de melancolía*” que aparece hacia el tercer día de puerperio y entre sus causas, a parte de las anteriormente nombradas, están el cansancio general, decaimiento psicológico después de una euforia inicial, las molestias debidas al dolor, la adaptación a los ritmos de sueño y vigilia del recién nacido, la ansiedad que puede causar la escasa destreza en la atención del neonato, etc. También se ha podido constatar que es más frecuente en primíparas (Arteaga y Serrano, 2003).

Esta “melancolía” no suele durar, y debe distinguirse de la depresión postparto propiamente dicha. En este último caso, suelen existir antecedentes en el periodo prenatal, y es más probable que ocurra en mujeres que expresan grados altos de ansiedad y depresión durante la gestación. Los estudios apuntan hacia la existencia de trastornos afectivos durante el embarazo y el periodo puerperal que reflejan una vulnerabilidad psicológica latente. Esta exacerbación que podría deberse a factores hormonales o a los efectos de estresores tanto físicos como psíquicos en relación con el proceso reproductivo (Donat, 2001).

Es común la aparición de sentimientos de inseguridad, producidos por la responsabilidad de la maternidad, ya que el recién nacido depende casi exclusivamente de sus cuidados, de la lactancia y le resulta un desconocido al que tiene que adaptarse y empezar a conocer. La mujer siente la necesidad de compartir esta responsabilidad.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Aparece un pensamiento único, centrado en el bienestar del bebé, que repercute directamente en las relaciones afectivas, sobre todo en las de pareja. Muchas veces será necesario un aumento de las demostraciones afectivas que afiance la seguridad de la misma.

Todos estos cambios, sobre todo corporales, unido a la falta de tiempo para sí misma pueden provocar una disminución de la autoestima. Se siente poco atractiva y le ocasiona malestar (Donat, 2001).

5.1.4. Cambios sociales:

La mujer debe adaptarse al nuevo rol materno, y todo lo que ello conlleva en su vida diaria. El nacimiento de un bebé es vivido como un acontecimiento social positivo en el que participan otras personas allegadas aportando información no siempre apropiada (Martín de María, 2002).

Esto provoca cambios en la situación familiar nuclear por la llegada de un nuevo miembro. Comienzan a surgir obligaciones y responsabilidades de las que no se tenían consciencia antes de la llegada del recién nacido. Se hace necesario establecer roles flexibles en cuanto a la asignación o repartición de tareas tanto domésticas, sociales, como de cuidados, etc. (Castelo-Branco et al., 2005).

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexuado, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto (Castelo-Branco et al., 2005).

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 (Castelo-Branco et al., 2005).



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

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 alteraciones físicas e incomodidad (Castelo-Branco et al., 2005).

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 a la vez de su consecuencia fisiológica (Castelo-Branco et al., 2005).

No es raro encontrar parejas que describen que su vida sexual durante los embarazos ha sido reducida a cero, ya sea por factores de ella o de él y aún más importante por la dinámica conyugal de ambos, que a menudo por cierto les pasa inadvertida (Souza, 2005).

Es preciso señalar que el cambio de una actividad sexual a otra, priva a la mujer del coito pero no de otras formas de actividad erótica con su pareja. La historia íntima de cualquier pareja contiene, sin lugar a dudas, alguna forma de actividad placentera sustituta durante los lapsos de inactividad coital justificada por alteraciones o prescripción médica durante estos meses. En cualquier caso, la importancia de los factores emocionales y afectivos en esta etapa es sin duda relevante (Souza, 2005).

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



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

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 la forma de experimentar la sexualidad (Souza, 2005).

6. RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

Con respecto a la respuesta sexual femenina, es necesario describir los cambios que se producen durante el embarazo. La respuesta sexual humana es una función compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales.

Los efectos de la respuesta sexual sobre la contractilidad y la perfusión vascular uterina y la dilatación cervical son de gran interés; sin embargo, existen otros cambios que ocurren en la respuesta sexual que, si bien son menos conocidos, han de considerarse puesto que tienen influencia en la evolución del embarazo y el bienestar de la embarazada y su pareja (Castelo-Branco et al., 2005).

Masters y Johnson ⁷(1972) nos proporcionaron el conocimiento actual sobre la respuesta sexual femenina, que dividieron en cuatro fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de éstas se caracteriza por cambios específicos en las mamas, los genitales externos e internos y la vagina (Castelo-Branco et al., 2005).

6.1.Fase de deseo: Podemos decir que estas cuatro fases definidas por Masters y Johnson tienen un inicio: el deseo. Aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. En estas mujeres, el interés sexual, puede verse afectado de diversas maneras según el tipo relación

⁷ Matrimonio formado por el famoso ginecólogo William Howell Masters (1915-2001) y la psicóloga Virginia Eshelman Johnson (1925). Pioneros y referencia mundial en la investigación de la sexualidad humana. destacados en el estudio de la sexualidad humana. Publicaron juntos: *Respuesta sexual humana*, *Incompatibilidad sexual humana* y *Homosexualidad en perspectiva*.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

sexual que mantenga, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta de información, estado hormonal, etc. (Donat, 2001).

6.2. Fase de excitación: Se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vasocongestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la exudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales. Estudiaron esta fase en seis mujeres antes y durante el embarazo y encontraron que la congestión venosa propia de la gestación, debida probablemente a cambios hormonales, provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación (Castelo-Branco et al., 2005).

6.3. Fase de meseta: Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que estos autores denominan “*plataforma orgásmica*” (Masters y Johnson, 1972). El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito (Castelo-Branco et al., 2005).

6.4. Fase orgásmica: Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individual. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas (Masters y Johnson, 1972). En lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continua sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento.

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital (Castelo-Branco et al., 2005).

6.5. Fase de resolución: Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. Esta etapa en la mujer embarazada es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y el sentido de frustración. En su estudio observaron que tres de las seis mujeres estudiadas habían manifestado



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

durante la gestación múltiples orgasmos (Masters y Johnson, 1972). La gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, tal vez faciliten la sexualidad de la pareja. La congestión pelviana, sin embargo, podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, hecho manifestado por gran cantidad de mujeres en las consultas sanitarias y que se constituye la causa más importante de disminución de la frecuencia coital (Castelo-Branco et al., 2005).

En las diversas fases tienen lugar tanto reacciones genitales como extragenitales. Durante la excitación sexual y debido a las contracciones involuntarias de fibras musculares, se producen una erección de los pezones. El dibujo venoso se hace visible o bien aumenta, y asimismo lo hace el tamaño de las mamas debido a la repleción vascular. También tiene lugar una repleción de la areola mamaria, que sobresale de tal modo que puede ocultar en parte el pezón erecto (Castelo-Branco et al., 2005).

Estudios más recientes demuestran que el estado gravídico afecta a la sexualidad de las parejas, en términos de un impacto negativo en la libido, frecuencia y actividad orgásmica sexual. Estos trabajos avalados por una serie de investigaciones confirman que la respuesta sexual era afectada drásticamente durante la gestación independientemente de la edad y la paridad, siendo mucho más marcado en el último trimestre. Se apuntan como posibles etiologías los trastornos de personalidad y temores maternos (aborto, parto prematuro, infecciones, etc.) (Valdéz, 2003).

Las multíparas que ya han amamantado muestran con frecuencia un escaso aumento de tamaño de la mama, o ninguno, durante la excitación sexual. Esto se explica por el mejor flujo venoso y la expansión de la mama en las primeras fases de la producción de leche, que puede dañar el tejido sostén. En la fase de resolución una vez desaparecida la hinchazón de las areolas, los pezones recuperan su aparentemente plena erección.

Durante una estimulación sexual activa se observa el llamado “rubor sexual” o exantema maculopapular, cuya intensidad y distribución varía según las personas. El rubor cutáneo tiene lugar por un aumento del riego sanguíneo local y aparece



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

primeramente sobre el epigastrio o parte superior del abdomen, durante la fase tardía de excitación, extendiéndose luego hacia el pecho, el cuello, la cara y la frente.

En los órganos vecinos a los genitales surgen reacciones musculares, así, por ejemplo, en la uretra se producen durante el orgasmo, pero no siempre, una dilatación del orificio externo y asimismo se dan contracciones involuntarias, irregulares, en el esfínter del ano, acompañando a las contracciones de la plataforma orgásmica. En el resto del cuerpo tiene lugar una miotonía generalizada y se han descrito espasmos carpodales (Donat, 2001).

Respecto a la función respiratoria se produce un aumento de la frecuencia que alcanza en la fase de orgasmo una tasa de 40 respiraciones por minuto. En cuanto a la frecuencia cardíaca también se produce una aceleración y se han registrado frecuencias de entre 110 y 180 pulsaciones por minuto. Durante el orgasmo, la presión arterial sistólica aumenta de 30 a 80 mmHg y la diastólica de 20 a 40 mmHg (Donat, 2001).

En aproximadamente una tercera parte de todas las mujeres aparece tras el orgasmo, y como primer signo de regresión, una sudación en todo el cuerpo. La intensidad de la transpiración es directamente proporcional a la intensidad del orgasmo (Donat, 2001).

Entre algunos de los aspectos desfavorables, podemos citar la aparición de signos simpáticos del embarazo tales como el rechazo a ciertos alimentos u olores, náuseas, vómitos, sialorrea, cefaleas, astenia, somnolencia e hipersomnía.

Muchas mujeres también mencionan una falta de confort debido al volumen del útero gravídico, que impide los adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Este aspecto es también mencionado como causa de modificaciones en la respuesta sexual, así como la presencia del feto que adopta la figura de intruso o de tercera persona. Tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño al hijo pudiendo ser esto un impedimento para la manifestación y liberación de las sensaciones sexuales (Castelo-Branco et al., 2005).



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Con respecto a la actividad sexual en el periodo puerperal, la literatura científica presenta mayor consenso en afirmar que la calidad de la vida sexual durante el primer año postnatal se ve claramente afectada. Durante el período puerperal, la frecuencia y el goce sexual disminuyen dramáticamente y esta disfunción es mayor en aquellas puérperas con trauma perineal (desgarros de 2º, 3º y 4º grado) o aquellas sometidas a episiotomía. El dolor durante la relación sexual sentido en el cuerpo, interfiere de forma negativa en la sexualidad de la mujer, comprometiendo la salud sexual y la práctica de la relación causando insatisfacción (Rejane, Matos y Rosa, 2010).

Por otra parte, el impacto del nacimiento en la relación de parejas es mayor y evidente en todas las puérperas. Entre las causas identificadas en la declinación de la actividad sexual se podrían mencionar el dolor perineal, cansancio materno, método anticonceptivo, lactancia materna, depresión postparto, sequedad vaginal y sensación subjetiva deteriorada del atractivo sexual de la puérpera (Valdéz, 2003).

Estas percepciones que las mujeres poseen sobre sus cuerpos en el postparto están ligados a ideologías del cuerpo biológico, ya que las mujeres se sienten incómodas con sus cuerpos, lo que les afecta a la autoestima, autoimagen, sexualidad y relación con su pareja. La percepción sobre el cuerpo en el puerperio está relacionada con la forma en que cada mujer acepta los cambios físicos, frente a la subjetividad, relaciones y cultura de la misma (Carrobles y Sanz, 1991).

Podemos concluir que la sexualidad está integrada en todo este nuevo proceso que la mujer experimenta, en relación a sí misma, con su propio cuerpo y feminidad o con el contacto y comunicación con la pareja. Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La dirección e intensidad de los cambios están sujetas a grandes variaciones individuales más que a una regularidad determinada. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores tales como el desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el tipo de relación con su pareja y el impacto del embarazo en su salud, pero también puede sentir modificaciones en el interés de su actividad sexual debido a los cambios producidos en su apariencia física, sobre todo en una sociedad que estimula los cuidados físicos y exalta la belleza del cuerpo (Carrobles y Sanz, 1991).



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

El embarazo y el puerperio son frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no solo para la mujer, sino también para su pareja. Además, no puede considerarse solo como un período breve y estático, sino todo lo contrario. Tanto el embarazo como el puerperio se producen profundos cambios en la función sexual que deben ser reconocidos para efectuar un adecuado asesoramiento. La ausencia de satisfacción sexual en la embarazada puede dar lugar a problemas que se manifiestan en forma de queja a nivel de deseo, frecuencia de relaciones sexuales, respuesta y comportamiento sexual (Carrobles y Sanz, 1991).

Aunque para algunas mujeres no es un momento especialmente bueno, para la mayoría, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten libres del temor al embarazo y, potenciadas por el efecto de las hormonas, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes (Castelo-Branco et al., 2005).

Las reacciones de los diferentes miembros del grupo familiar ante el embarazo de la mujer, son obviamente distintas según sea el rol que ostente en la relación familiar, sea como pareja, compañero afectivo, padre, hijo o hermano. Según este rango legal/social, la experiencia del embarazo afecta y define el tipo de reacciones que se producen. Con ello los efectos pueden repercutir también en la vivencia del tipo de embarazo “sufrido” por la futura madre e incluso, el grado de estrés del mismo. Afectando todos ellos de manera global a la mujer (Donat, 2001).

La familia, según reproduzca un tipo de relaciones de armonía o de conflicto, puede ser una de las mayores fuentes de apoyo social en el embarazo, o por el contrario, ser generadora de estrés. Así, un apoyo instrumental positivo puede expresarse a través del intercambio emocional de los sentimientos de ser amada, cuidada y asistida materialmente, lo que contribuye a aumentar la autoestima de la futura madre. Estas manifestaciones de “soporte social”, pueden anular los efectos negativos del estrés, al tiempo que producen implicaciones directas sobre el bienestar maternal y por consiguiente sobre el feto (Donat, 2001).



7. ESTADO DE LA CUESTION

No existen muchos trabajos que hayan investigado sobre la sexualidad en este periodo de la mujer, ni son muchos los esfuerzos mundiales abocados al estudio y conocimiento de la sexualidad de la gestante. Los trabajos publicados son muy escasos y la mayoría consideran ésta exclusivamente desde un enfoque genital, cuyo principal objeto de estudio será el reinicio de las relaciones coitales tras el parto. Años atrás las relaciones sexuales durante el embarazo fueron señaladas como prácticas de riesgo y capaces de producir múltiples riesgos para el feto, por lo que incluso se desaconsejaban (Souza, 2005).

Algunos estudios sobre la sexualidad femenina en los que se incluye la etapa del embarazo son:

- ❖ Robertson (1946), por su parte, relacionó los síntomas propios de la gestación, como las náuseas y los vómitos, con modificaciones en la esfera sexual. Para este autor, estos síntomas que padecen una de cada dos embarazadas se relacionan con el área sexual de las mujeres porque el 90% de las que lo presentaban manifestaban tener una vida sexual insatisfactoria y la cantidad de vómitos se correlacionaba con una creciente actitud hostil hacia las relaciones coitales. Este autor concluye que las mujeres que presentaban estos síntomas tenían una personalidad inmadura, eran frías y poseían un fuerte apego a la madre.
- ❖ Seemans (1971), en cambio, estudió tres grupos de mujeres embarazadas a través de una encuesta psicosexual. El primer grupo estaba constituido por mujeres que presentaban náuseas y vómitos, el segundo tenía una excesiva ganancia de peso durante los primeros trimestres del embarazo y el último, el grupo control no presentaba ninguna de estas características. Este autor no encontró ninguna diferencia significativa en el grado de satisfacción sexual de los tres grupos, por lo que concluyó que no existían relación entre los síntomas dispépticos y la esfera sexual.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- ❖ Masters y Johnson (1972), entre sus investigaciones, estudiaron un grupo de 101 mujeres embarazadas voluntarias a través de entrevistas personales durante cada trimestre y el postparto. Durante el primer trimestre las nulíparas notaron disminución en el interés sexual, mientras que 57 de las 68 multíparas estudiadas no notaron cambios. Durante el segundo trimestre el 80% de las encuestadas, independientemente de la paridad, manifestaron una mejora significativa en la sexualidad. El descenso del interés sexual fue observado por la mayoría de las mujeres en el tercer trimestre. Es importante destacar que entre las causas señaladas que influyeron en esta disminución de la actividad sexual figuró la prohibición médica de mantener relaciones sexuales. Uno de los aspectos iniciales mencionados por Masters y Johnson es que la paridad afecta la sexualidad en una relación un tanto curiosa, pues mientras en la primípara la sexualidad disminuye, en la multípara se incrementa, después del tercer mes de gestación. La condición física de la mujer tiene una importante influencia en su conducta sexual, especialmente en su frecuencia.

- ❖ Falicov (1973), psicóloga estadounidense, en un estudio sobre la adaptación sexual de 19 primíparas, encontró que el embarazo tuvo un efecto adverso generalizado. La frecuencia coital, el deseo sexual y el erotismo declinaron durante el primer trimestre, se incrementaron ligeramente en el segundo trimestre y la parte inicial del tercero y decrecieron en la última parte del tercer trimestre. Temor a dañar el feto, disminución de la libido, factores somáticos y dificultad en las posiciones fueron los factores que contribuyeron a esta reducción.

- ❖ Solberg (1973) estudió a 260 mujeres a través de encuestas (personales) en el puerperio inmediato y encontró una disminución lineal en el interés sexual, en la actividad coital y no coital (masturbación, estimulación no genital, etc.) y en la proporción de orgasmos. Las razones más frecuentemente esgrimidas que justificaban la declinación sexual eran la falta de confort físico (incomodidad física) en la mitad de las encuestadas, el miedo a dañar al feto en el 25%.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Asimismo este autor encontró un cambio en las posiciones adoptadas durante el coito, con una disminución de la posición superior del hombre y un aumento en las otras posiciones, especialmente de lado.

- ❖ Perkins (1979) estudió a 155 púérperas mediante entrevistas hospitalarias y encontró que sus embarazos se caracterizaron por una progresiva declinación en el interés y en la actividad sexual y en el orgasmo.
- ❖ Alder, Cook, Davidson, West y Bancroft (1986) relacionaron los niveles hormonales durante este periodo con los cambios en la sexualidad. Las mujeres lactantes de su estudio con disminución del deseo sexual tenían menores niveles de testosterona. La producción de estrógenos está suprimida durante el periodo de lactancia materna. Los estrógenos mantienen las condiciones de lubricación de la vagina, y su disminución hace las relaciones sexuales coitales molestas. Además, los niveles de prolactina están elevados, y éstos se relacionan con una disminución de los niveles de testosterona, lo que se asocia con una disminución del deseo sexual.

En resumen, la mayoría de los autores detectaron disminución en el deseo sexual, en la frecuencia coital, en el placer y en la incidencia del orgasmo. Esta declinación se hace más evidente con el progreso del embarazo debido a las modificaciones corporales y el aumento del tamaño del útero.

Con respecto a la satisfacción sexual, se ve afectada en gran medida por los cambios corporales que estas mujeres sufren durante el embarazo y puerperio. Podemos encontrar que existen algunas investigaciones como por ejemplo:

- ❖ McEwan (1976) investigó la opinión de las mujeres embarazadas con respecto a las modificaciones de su figura y encontró que el 70% de las encuestadas se mostraban insatisfechas con su apariencia física, incluso un 40% mencionaban una total insatisfacción. Hasta tal punto que definían y percibían su cuerpo como algo grotesco. Indudablemente, una inadecuada percepción de la imagen física enrarece la sexualidad de la mujer y puede inducir temores y fantasías de



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

rechazo por parte de la pareja al no sentirse atractiva y deseable en el estado gravídico (Castelo-Branco et al., 2005).

Posteriores estudios se basan en la revisión y recopilación de información de éstos anteriormente citados, iniciando investigaciones a partir de ellos.

- ❖ González y Miyar (2001) añaden el componente cultural. Destacan la importancia de los mitos, tabúes, prejuicios, etc. existentes sobre la sexualidad en el embarazo y la repercusión que tienen en las relaciones de pareja.

En cuanto a Educación sexual. El cuidado del embarazo es un programa fundamental de prevención y de promoción de la salud en nuestro sistema sanitario. Todas las acciones sanitarias van encaminadas a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida con mucha frecuencia la información sobre la sexualidad o se trata el tema desde el punto de vista del coito y genitalidad.

“Relaciones sexuales: en este trimestre puede haber un cambio en las relaciones sexuales por la adaptación del cuerpo de la mujer a los cambios hormonales y psicológicos del embarazo. Está demostrado que no existe relación entre el coito y el aborto, por lo que debe tranquilizarse a la pareja si puede ser motivo de preocupación” (Rufo, 1994).

Como podemos comprobar el abordaje es escaso y orientado en exclusiva a las relaciones coitales.

Posteriormente se han editado nuevos programas en los que la decisión del abordaje de la sexualidad queda totalmente en manos del profesional sin ni siquiera nombrar puntos clave del abordaje, omitiendo este tema.

“Educación maternal: oferta universal y próxima al lugar de residencia y horario flexible. Homogeneidad en la información y unidad de criterios. Temas propuestos: informar sobre dudas en lactancia, cambios fisiológicos, reconocimientos de situaciones de riesgo” (Dueñas, Bailón, Dotor, Granados, Rodríguez y Rufo, 2002).



8. OBJETIVOS

Tras la revisión teórica realizada, planteamos los objetivos que se enumeran a continuación:

- ❖ Conocer el porcentaje de mujeres embarazadas que manifiesta cambios en sus relaciones sexuales.
- ❖ Conocer el porcentaje de mujeres que recibieron información sobre sexualidad en el embarazo.
- ❖ Analizar si existen cambios en la actividad sexual de la mujer embarazada con respecto a su situación habitual.
- ❖ Identificar áreas de la sexualidad más afectadas en la mujer durante el embarazo.
- ❖ Analizar si existen cambios en la actividad sexual de la mujer tras el parto con respecto a su situación habitual.
- ❖ Identificar áreas de la sexualidad más afectadas en la mujer tras el parto.
- ❖ Comparar la actividad sexual de la mujer en embarazo y tras el parto.

9. MÉTODO

9.1. Diseño

Tras plantear nuestro estudio, consideramos conveniente el uso del estudio cuantitativo debido a su naturaleza y enfoque. Cuantificamos y ordenamos el tipo de respuesta a las preguntas de la escala, de forma que pudieran compararse los datos mediante análisis paramétricos en medidas repetidas de la misma muestra. Se aplicó un diseño observacional de corte transversal.

Según Hurtado y Toro (1998) la investigación cuantitativa tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema. También le es importante saber qué tipo de incidencia existe entre sus elementos.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

9.2. Sujetos:

La muestra estaba compuesta por un total de 80 mujeres de las cuales 24 eran gestantes y 56 ya habían parido (puérperas). Utilizamos el término puérperas en el estudio para indicar la diferencia con las embarazadas aunque ampliamos el tiempo de puerperio ya que para la realización del cuestionario necesitábamos que se encontraran en condiciones físicas óptimas como para iniciar las relaciones sexuales.

Localizamos a las mujeres a través de consultas ginecológicas privadas. Contactamos con ellas durante las revisiones del embarazo o tras el parto entre los meses de septiembre de 2011 y marzo de 2012. Realizamos un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Como criterios de inclusión del estudio fueron la situación de la mujer durante el embarazo o haber parido. En este último caso además haber pasado el puerperio inmediato y encontrarse en situación de poder iniciar las relaciones sexuales pero no sobrepasar los 9 meses tras el parto.

Los criterios de exclusión se aplicaron cuando los sujetos no habían cumplimentado correctamente la escala perteneciente a la situación habitual (4 de los sujetos) y la de situación de embarazo o puerperio según correspondiera (1 de los sujetos). También se excluyó un sujeto por no cumplimentar ninguno de los datos demográficos y otros como: edad, estudios, edad de inicio en las relaciones sexuales, sangrado, infecciones durante el parto, ¿han cambiado sus relaciones sexuales?, ¿ha asistido a clases de educación maternal?, ¿ha recibido información sexual?, ¿ha tenido alguna duda sobre sexualidad? y ¿le gustaría haber recibido más información? Pusimos estos criterios ya que fueron los datos con los que pretendíamos trabajar. Debido a esto la muestra final fue de 74 mujeres, 19 eran gestantes y 55 ya habían parido.

9.3. Instrumento de recogida de datos:

Entre los materiales empleados se encuentra el consentimiento informado, firmado por todas participantes del estudio. En éste se explica brevemente la finalidad de la información que recogemos, la confidencialidad y el anonimato del estudio y la



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

cumplimentación del mismo con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos. (Véase Anexo 1)

Recogimos una serie de datos demográficos y personales. (Véase Anexo 2).

Además, utilizamos la escala validada EVAS-M para la valoración de la actividad sexual en la mujer (La Calle, García, Fernández, de la Fuente y García 2009). Usamos esta misma escala para la situación habitual (para todas las mujeres), embarazo (tanto para las embarazadas como para las mujeres que habían parido) y puerperio (solo para las mujeres que ya habían parido). Se trata de una escala corta cuya función consiste en discriminar las áreas problemáticas de la actividad sexual proporcionando una herramienta para el cribado de la disfunción. Consta de 8 preguntas donde se valora la satisfacción, el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, el dolor y la cercanía emocional y confianza con la pareja. (Véase Anexo 3)

9.4. Procedimiento:

Tras plantear el tipo de estudio que queríamos realizar y hacia donde queríamos enfocarlo, contactamos con Pedro Lacalle en una de las sesiones del Máster en Sexología, quien tras mostrarnos la escala EVAS-M, nos la facilitó para la realización de nuestro estudio.

A continuación, desarrollamos el resto de documentación que conformaría la encuesta completa, es decir, el consentimiento informado y los datos demográficos y personales.

Para la localización de la muestra contactamos con médicos especialistas en toxicología y ginecología con consulta privada, pedimos los permisos necesarios a dichos profesionales.

Tras el visto bueno del responsable de la consulta, nos dispusimos a la obtención de los datos.

La recogida de datos (entre septiembre de 2011 y marzo de 2012) la realizábamos cuando la mujer asistía a la consulta para realizar el seguimiento del embarazo o alguna revisión tras el parto. Primero pedíamos consentimiento oral a la mujer donde



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

explicábamos el objetivo y finalidad del estudio, el anonimato de mismo, los documentos que debía cumplimentar si aceptaba, etc. Informábamos a la mujer de que en cualquier momento durante la cumplimentación de la encuesta, por la razón que considerase podía abandonarlo. Una vez aceptaba pertenecer como muestra del estudio firmaba el consentimiento informado y cumplimentaba la encuesta completa.

Tras finalizar, se introducía la encuesta en sobres para garantizar el anonimato.

Una vez terminado el plazo para la recogida de datos nos dispusimos al recuento final y comprobación de las encuestas.

9.5. Análisis estadístico:

En primer lugar, se realiza el análisis descriptivo de la muestra en todas las variables. Se obtienen medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación típica) en las siguientes variables muestrales: edad, nivel educativo y edad de inicio en las relaciones sexuales.

Realizamos un análisis paramétrico de medidas repetidas tomando como variable independiente la variable de grupo distinguiendo entre habitual, embarazo y puerperio. Como variables dependientes las variables relacionadas con la conducta sexual clasificándolas en satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y cercanía emocional y confianza con la pareja. Como covariables:

- a) La variable nivel educativo, donde puntuamos con 0 en mujeres sin estudios, 8 para estudios básicos (EGB, ESO o equivalente), 12 para Grado medio (bachiller, FP o equivalente), 17 para estudios universitarios.
- b) La asistencia a clases de educación maternal, mediante la medida de la variable ¿ha asistido a clases de educación maternal?, puntuando 0 si no asisten o ni asistieron y 1 si asisten o asistieron.
- c) Por último la variable ¿ha recibido información sexual?, puntuando con 0 si no han recibido y 1 si han recibido.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Se realiza un contraste de medias entre la variable relacionada con la conducta sexual (satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y cercanía emocional y confianza con la pareja) y un análisis post hoc entre los 3 niveles de la variable grupo (habitual, embarazo y puerperio) en relación con las variables anteriormente señaladas (nivel educativo, asistencia a clases de educación maternal y si recibe información sexual)

Por último se realiza un MANCOVA con las covariables señaladas anteriormente (nivel educativo, asistencia a clases de educación maternal y recibir información sexual.).

Todas las decisiones se toman con una probabilidad de error del 0,05%. Se utiliza el programa IBM SPSS.

10. RESULTADOS

En primer lugar se obtienen los resultados del análisis descriptivo sobre la muestra de mujeres. Se registran las medias y desviaciones típicas de la muestra como se puede observar en la *Tabla 1*, en las variables edad, edad de inicio de las relaciones sexuales y nivel educativo.

Tabla 1. Medidas y medias de dispersión de la muestra.

N=74	EDAD	INICIO RELACIONES SEXUALES	NIVEL EDUCATIVO
MEDIA	31,9189	18,4595	13,7027
DESVIACION TIPICA	5,14118	3,11949	3,68533

Se extraen los resultados de la muestra relacionada con la opinión de la mujer sobre su actividad sexual durante la gestación en la variable ¿han cambiado sus relaciones sexuales durante el embarazo?



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

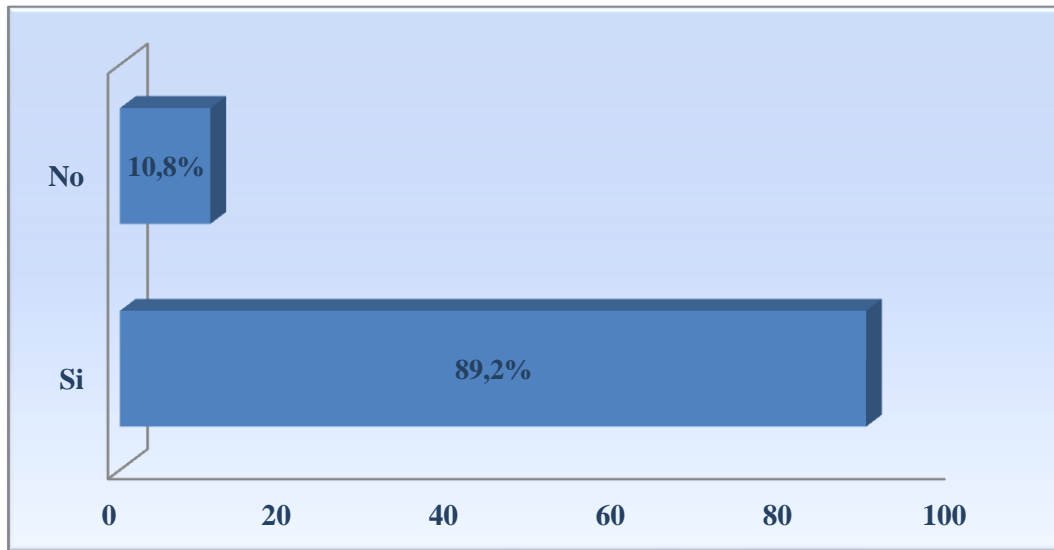


Figura 1: ¿Han cambiados sus relaciones sexuales durante el embarazo?

En caso afirmativo, la mujer debía concretar el área en la que se había provocado el cambio en las relaciones sexuales, por lo que obtenemos el siguiente diagrama.

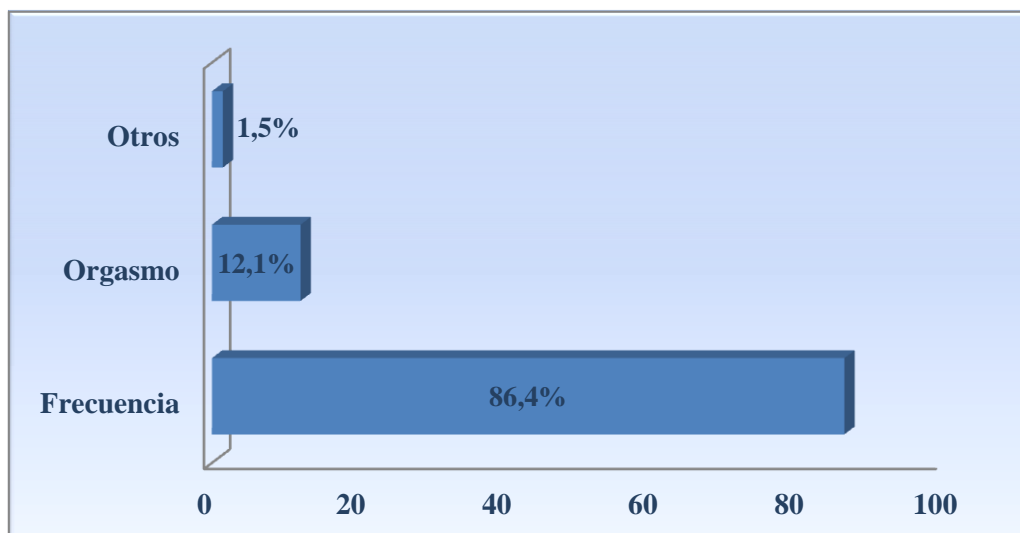


Figura 2: Cambio en las relaciones sexuales durante el embarazo relacionado con:



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Además se obtienen los resultados en las variables relacionadas con educación durante el embarazo: asistencia a clases de educación maternal, haber recibido información sobre sexualidad durante el embarazo, y si le hubiera gustado recibir más información sobre sexualidad relacionada con el embarazo.

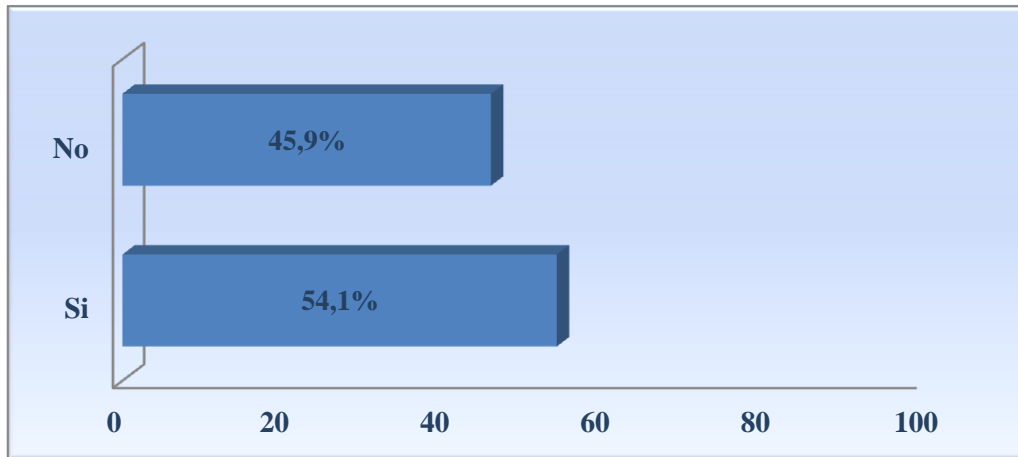


Figura 3: ¿Ha asistido a clases de educación maternal?

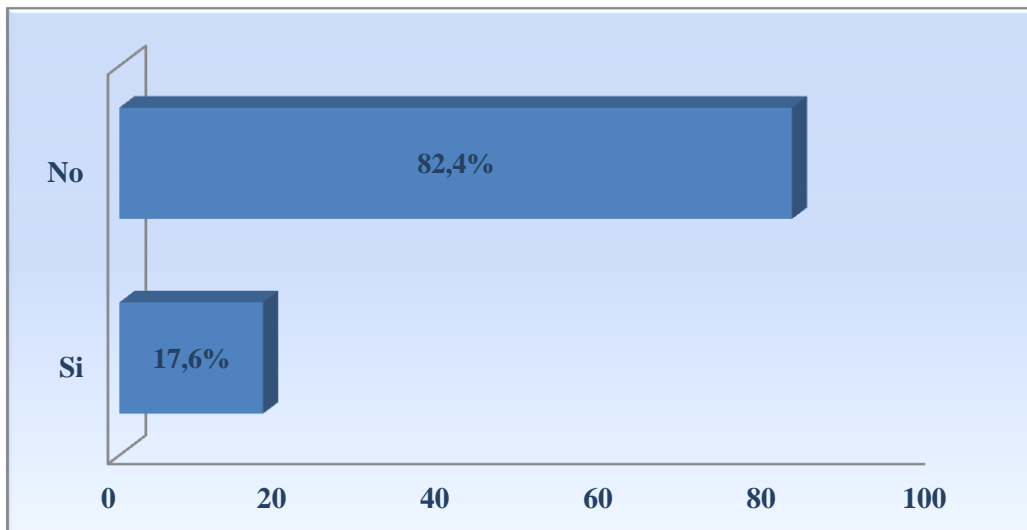


Figura 4: ¿Ha recibido información sobre sexualidad en el embarazo?



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

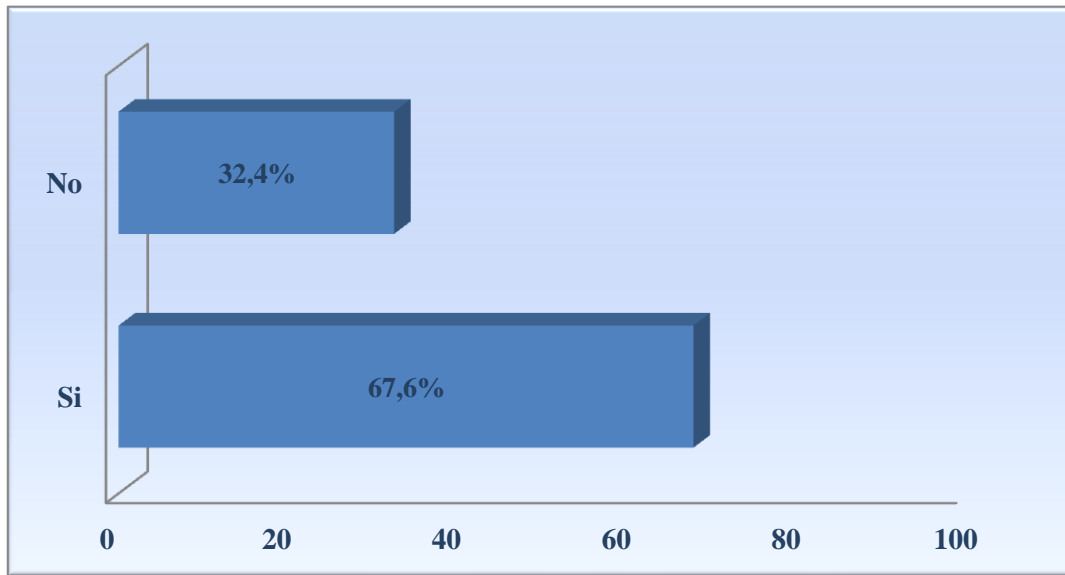


Figura 5: ¿Le hubiera gustado recibir más información sobre sexualidad relacionada con el embarazo?

Observamos, además, los resultados de la variable ¿ha tenido alguna duda sobre sexualidad en el embarazo?:

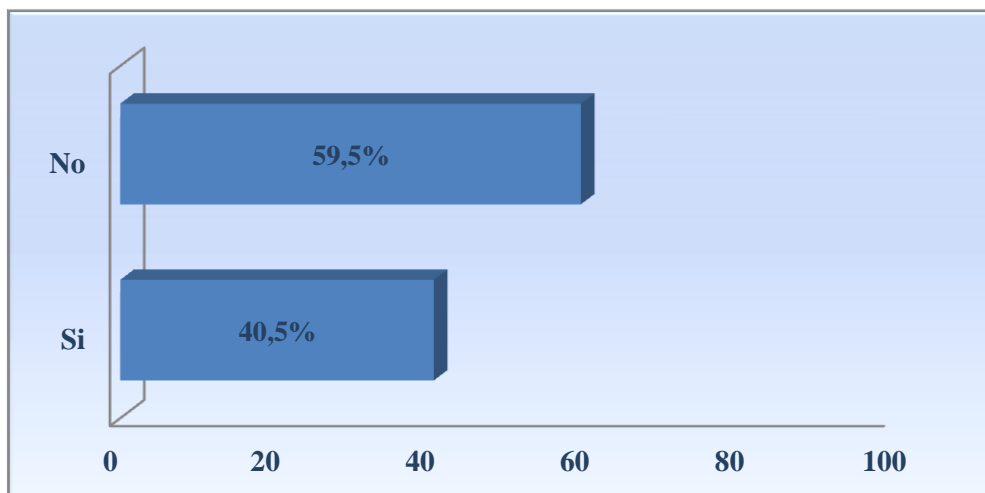


Figura 6: ¿Ha tenido alguna duda sobre sexualidad en el embarazo?



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

El análisis de las medias utilizando como covariables nivel educativo, grupos, asistencia a clases de educación maternal, haber recibido información sobre sexualidad durante el embarazo y la interacción entre estas dos últimas revelan, que existen diferencias significativas en todas las variables dependientes medidas respecto al grupo, pero no respecto a las covariables, como se puede observar en la *Tabla 2*, encontrándose el nivel educativo y haber recibido información sexual durante el embarazo en los límites de la significación.

Tabla 2: Contraste multivariados para la medida de los efectos de las covariables.

EFECTO	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	153,719 ^a	0,06
GRUPOS	. ^a	0,00
ASISTENCIA A CLASE	0,046 ^a	0,990
INFORMACION SEXUAL	182,503 ^a	0,055
ASISTENCIA A CLASE INFORMACION SEXUAL	0,427 ^a	0,799

^a. Estadístico exacto

Un análisis detallado para cada variable se puede observar en el Anexo 4, dónde se recogen para cada medida del cuestionario, una gráfica de evolución junto a los valores de significación de las variables: grupo y nivel educativo.

Por último, como se puede observar en la *Tabla 3*, el análisis *post hoc*, utilizando el estadístico de la Diferencia Mínima Significativa (DMS), se producen diferencias significativas en todas las variables dependientes en función del estado de la mujer: habitual, embarazo y puerperio. Detenidamente, se puede observar como existen diferencias en el estado embarazo respecto al habitual, en casi todas las variables medidas: satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo y dolor (todas las



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

probabilidades son < 0.05). Sin embargo en la medida de cercanía emocional con la pareja, no se observan estas diferencias ($p= 0.44$).

Al comparar el estado puerperio (tras el parto) respecto al habitual podemos observar que existen diferencias significativas en todas las variables: satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor (todas con una probabilidad < 0.005) y cercanía emocional con la pareja ($p= 0.009$).

Cuando se comparan, los estados embarazo y puerperio, se encuentran diferencias en deseo ($p= 0.047$), excitación ($p= 0.038$), lubricación ($p= 0.008$) y dolor ($p= 0.014$). Sin embargo, no se observan diferencias significativas en las variables satisfacción ($p=0.158$), orgasmo ($p= 0.252$) y cercanía emocional ($p= 0.055$), ésta última encontrándose en el límite de la significación.

Tabla 3: Resultados del análisis *post hoc*.

	RELACIÓN ENTRE GRUPOS		
	HABITUAL-EMBARAZO	EMBARAZO-PUERPERIO	HABITUAL-PUERPERIO
SATISFACCIÓN	0,000	0,158	0,000
DESEO	0,010	0,047	0,000
EXCITACIÓN	0,000	0,038	0,000
LUBRICACIÓN	0,006	0,008	0,000
ORGASMO	0,000	0,252	0,000
DOLOR	0,001	0,014	0,000
CERCANÍA EMOCIONAL	0,444	0,055	0,009

La diferencia de medias significativa $< 0,05$



11. DISCUSIÓN

Tras los resultados obtenidos en nuestro estudio podríamos afirmar que las relaciones sexuales de la mujer durante el embarazo experimentan una alteración. Al igual que nosotros, ésta es la conclusión a la que llegan autores destacados como Robertson (1946), Masters y Johnson (1972), Falicov (1973), Solberg (1973), McEwan (1976), Perkins (1979) y Alder et al. (1986) en sus investigaciones. Nosotros encontramos que un 89,2% de la muestra afirmó haber notado cambios en sus relaciones sexuales durante el embarazo. De éstas un 86,4% lo relaciona de manera directa con la frecuencia con la que mantienen relaciones sexuales, dato destacado también por Falicov (1973) quien afirmó que el embarazo tiene efectos adversos sobre la frecuencia de las relaciones sexuales. Además, un 12,1% de nuestra muestra relacionó el cambio en sus relaciones sexuales con cambios en el orgasmo. Perkins (1979) nos decía que durante el embarazo se produce una progresiva declinación del orgasmo.

Tras el análisis *post hoc* se apoyan estos resultados. Nos muestran que la mujer experimenta una modificación de su actividad sexual durante el embarazo respecto a su situación habitual. Las áreas afectadas de forma significativa como son satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo y dolor repercuten de forma directa en la frecuencia de las relaciones sexuales, encontrándolas disminuidas.

Respecto a la actividad sexual tras el parto, observamos que se encuentran modificadas de manera parecida a la actividad sexual durante el embarazo en relación a su actividad habitual. Áreas como la satisfacción, el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y el dolor están modificadas de forma significativa, añadiendo además un cambio en la cercanía emocional y confianza con la pareja. Esto último podría estar relacionado con el “*síndrome de melancolía*” relacionado de forma directa con la situación de la mujer tras el parto, la baja autoestima, la alteración de los niveles hormonales, el aspecto físico, el cambio de rol, el aumento de las responsabilidades, etc., factores que hemos revisado a lo largo de este trabajo. Con respecto a esto, investigaciones como las de McEwan (1976) y Alder et al. (1986) apoyarían este hallazgo. El primero estudió la relación que existe entre aspecto físico de la mujer durante el embarazo y la opinión que



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

ésta tiene de sí misma y su sexualidad y cómo ésta opinión induce a temores al no sentirse atractiva. El segundo nos habla de la influencia de los niveles hormonales en el comportamiento sexual.

Este es uno de los motivos por los que deberemos tener en cuenta que el abordaje debe ir orientado a la pareja, pues ambos están implicados.

Observamos que los cambios, anteriormente descritos en las distintas áreas de la actividad sexual, se producen en nuestra muestra de forma independiente al nivel educativo de la mujer, la asistencia a clase de educación maternal y la información sexual recibida (esta última encontrándose al límite de la significación). Respecto a esto podríamos decir que:

La asistencia a clase de educación maternal no influye en los cambios de la actividad sexual debido a que los contenidos de dichas sesiones están relacionados, casi en exclusiva, con temas sobre la preparación al parto y la lactancia materna. Como hemos destacado a lo largo del trabajo, estas clases de educación maternal no incluyen sesiones sobre sexualidad que pudieran mejorar o influir en las relaciones sexuales.

Solo un 17,6% de nuestra muestra manifiesta haber recibido información sobre sexualidad durante el embarazo. La información, además es tan escasa que no resulta extraño observar que los cambios en la actividad sexual se produjeron de forma independiente a recibir información sobre sexualidad. Con respecto a la significación de estos puntos en nuestro estudio, sobre todo en la cuestión de recibir información sobre sexualidad, deberemos tener en cuenta el tamaño de nuestra muestra, ya que probablemente se encuentre en el límite de la significación por este motivo, por lo que podríamos encontrar resultados distintos con una población muestral mayor.

Tras este descubrimiento podríamos afirmar que si la educación maternal incluyera educación sexual la actividad sexual durante el embarazo y tras el parto no se vería modificada de manera tan significativa o incluso podría mantenerse estable, dentro de lo posible, respecto a su situación habitual.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Actualmente no se plantea la necesidad de impartir sesiones sobre sexualidad. Sin embargo, como hemos podido observar en nuestro estudio, un 67,6% de las mujeres afirmaron que les hubiera gustado recibir más información sobre sexualidad. Poco a poco la sexualidad puede considerarse una necesidad sentida. La desinformación sumada a la presencia de múltiples prejuicios culturales se han ido transmitiendo a lo largo de todos los tiempos como verdades absolutas, pero empiezan a surgir dudas que plantean la veracidad de estas.

Esto fue estudiado también por González y Miyar (2001), en su investigación nos hablan de la influencia que tiene el componente cultural sobre la sexualidad. Como la influencia de los mitos y los tabúes afectan en ésta y repercuten de manera directa sobre la pareja.

Además, nos encontramos que un 40,5% de las mujeres de nuestra muestra afirmó haber tenido dudas sobre sexualidad durante el embarazo y el puerperio. El temor a las relaciones sexuales, al dolor, al daño provocado en el feto, y consejos sobre posturas que mejoren la relación sexuales fueron las dudas más repetidas entre nuestra muestra, temores destacados también por Falicov (1973) en su estudio.

12. CONCLUSIONES

Como hemos podido observar a lo largo de nuestro trabajo, no existen estudios recientes que analicen la respuesta y la satisfacción de las relaciones sexuales y en general de la sexualidad de la embarazada, obviando que sea de importancia para la mujer. Hoy día han aparecido nuevas escalas e instrumentos que pueden estudiar esta condición, esperando que con ellos lleguen nuevas investigaciones que incorporen a la bibliografía mundial la importancia de una buena salud sexual en todas las etapas de la vida y en concreto durante un momento tan importante para la mujer y su pareja como es el embarazo y su etapa posterior, el puerperio.

Para la mujer embarazada será importante conservar su capacidad erótica y orgásmica. La primera, contribuye a mejorar su autoestima (más allá de los cambios) y la armonía conyugal y la segunda, ayuda a mantener la elasticidad y la flexibilidad de los músculos pélvicos, tan necesarias para el parto. Es importante tener en cuenta que la conducta



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

sexual de la embarazada se verá alterada por multitud de factores, los cuales hemos descrito a lo largo de este trabajo, pero también estará influenciada por las condiciones y las estrategias personales de las que disponga cada una a la hora de afrontar esos cambios.

Indiscutible, también, es el impacto de la maternidad en el entorno psicosocial de la mujer. La experiencia vivida del embarazo y nacimiento del recién nacido viene circunscrita a un cuadro social íntimo, la familia, y a un contexto más amplio, la sociedad en su conjunto. Las interacciones que provocan este evento en el marco familiar, y las repercusiones en los diferentes integrantes del medio familiar desborda este círculo para convertir el nacimiento en un suceso también social. Según viva este proceso se generarán repercusiones positivas (ayuda) o negativas (carga).

Hemos observado como parte muy importante en la relación de pareja la satisfacción sexual. Una vida sexual sana forma parte de una salud plena. La falta de comunicación, de tiempo para el sexo, la baja autoestima por los cambios físicos y emocionales afectan de manera directa en la relación de pareja. La existencia de estos problemas impide que la pareja logre una relación íntima y mutuamente satisfactoria.

Está demostrado que, en general y sobre todo en el caso de las mujeres primíparas, el embarazo y nacimiento de un bebé generan miedos, dudas e inseguridades que se deben abordar para procurar el bienestar de la madre, su pareja y el recién nacido.

Es necesario que tanto la mujer como su pareja consideren el embarazo como un proceso natural que hay que vivir con placer, satisfacción y expectativas positivas. Aún así existen situaciones que no están exentas de riesgo, pero ello no quiere decir que las necesidades sexuales no deban ser satisfechas. Además podrán mantenerse relaciones coitales siempre y cuando no haya contraindicación específica que las desaconseje.

El conocimiento de la sexualidad así como vivir y madurar como personas sexuadas son objetivos fundamentales de cada uno de nosotros y de la sociedad en general. La sexualidad es una parte fundamental de la vida que afecta de forma considerable al bienestar. Sin embargo, tanto sexo como sexualidad han sido tratados en nuestra cultura



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

occidental como tabú. Lo que ha supuesto un lastre en el desarrollo de esta dimensión de la personalidad.

En la resolución de estos problemas, juega un papel importante una buena educación sexual. En la mayoría de los estudios revisados existe un desencadenante común a la modificación del patrón habitual sexual de la mujer, el temor. Temor a consecuencias negativas tras la práctica de cualquier tipo de acto o relación sexual.

En este campo, los profesionales de la salud (médicos/as, matrón/as, enfermeros/as) en contacto con la mujer en estas etapas, somos los encargados de aportar toda la información y educación sexual necesaria y requerida por la mujer, resolución de problemas y dudas, etc. El abordaje de la sexualidad en cada visita a las consultas es crucial.

Sin embargo, la realidad es muy distinta. Como hemos podido observar los manuales de atención al embarazo, parto y puerperio aportados al personal de Atención Primaria y Hospitalaria nombran de forma escueta la sexualidad, dejando a decisión del profesional implicarse o no en el abordaje del tema.

Consideramos de igual importancia el abordaje de la sexualidad así como de los temas sobre la fisiología, psicología, etc. pues todos ellos provocan cambios de relevancia y desconocidos para la mujer. Aquí es donde la educación sanitaria puede evitar la falta de información en este campo.

Debemos dejar claro que sexualidad no es sólo genitalidad. En una relación sexual interviene todo el cuerpo y cuando una pareja desea compartir sentimientos de intimidad, amor y sexo, lo puede hacer sin la obligatoriedad del coito. Podemos aconsejar la inclusión de nuevas prácticas que mejoren las relaciones sexuales, por ejemplo:

- ❖ El uso de los masajes, las caricias, el petting o la masturbación pueden ser una importante fuente de placer sensual y comunicación íntima, tanto durante el embarazo como fuera de él. Los preliminares mejoran el deseo, la excitación, la lubricación, por lo que intervenir a tiempo en ellos reportará no solo placer, sino que prepara y ayuda para la posterior penetración, en caso de realizarla.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- ❖ Es importante conocer las posturas sexuales que favorecen las relaciones coitales durante el embarazo, ya que las molestias y el dolor aparecen con frecuencia. Las posturas que no presionen el abdomen de la mujer embarazada serán las más indicadas: la mujer encima es una de las más cómodas ya que la mujer controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual. La penetración de lado también es cómoda ya que se logra una distribución del peso y una penetración no muy profunda.
- ❖ La prohibición de coito no implica prohibición para los encuentros sexuales. A través de los preliminares podemos experimentar no solo placer sino alcanzar el orgasmo.
- ❖ Es fundamental dar ideas simples y concisas que despejen cualquier duda. En un embarazo normal sin patología intercurrente el coito no entraña riesgos ni efectos perjudiciales y esto la pareja debe tenerlo muy claro.
- ❖ En caso de duda, sangrado, dolor, molestias, etc. comunicarle a la mujer que tiene un gran número de profesionales a quien acudir. Buscamos la tranquilidad de la pareja.

Considerando estos consejos como parte fundamental de una educación sexual en las parejas, no debemos olvidar que en ocasiones solo con información no basta y debemos ir más allá. El uso de la terapia sexual en ciertos casos será el instrumento adecuado.

Las **terapias sexuales** tienen como principal objetivo el alivio sintomático y la mejora de la función sexual de la persona, por lo tanto sus objetivos se encuentran recortados, focalizando en los obstáculos que impiden una sexualidad satisfactoria. Su técnica reside también en el suministro de información y la utilización de sugerencias específicas (tareas sexuales y mejora de la comunicación) a realizar fuera de las sesiones. No vamos a caer en el simplismo de afirmar que con dar una tarea la pareja la realizará sin sortear ningún obstáculo, muchas veces lo que se busca es introducir un cambio y a partir de ahí seguir trabajando.



13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como en todo estudio, durante la realización del nuestro nos hemos encontrado con algunas limitaciones.

La principal debilidad que encontramos fue la localización de la muestra. Realizamos y entregamos los permisos pertinentes para conseguir pasar nuestra encuesta en centros públicos del Servicio Andaluz de Salud, sin embargo, por motivos ajenos a nosotros y tras una larga espera no lo conseguimos. Por dicho motivo, finalmente terminamos localizando la muestra en consultas privadas.

Esto influyó de manera directa en otra de las principales limitaciones de nuestro estudio. El número reducido de la muestra. Somos conscientes de que la muestra utilizada puede considerarse demasiado pequeña como para generalizar sus resultados. Precisamente por ello, opinamos que este factor debemos tenerlo en cuenta para futuros estudios, en los que podríamos aplicar la misma metodología con la salvedad de ampliar la muestra.

Otra limitación que encontramos se producía al explicar a la mujer el objetivo del estudio e indicar que se trataba de un trabajo final para el Máster en Sexología. Al escuchar las palabras sexo, sexualidad, sexual o sexología algunas mujeres mostraban directamente una negativa a participar en el estudio. Por suerte, el anonimato de las encuestas animaba a muchas de las mujeres a participar.

14. PROPUESTAS DE MEJORA (para Atención Primaria)

Como profesionales de la salud, una de nuestras funciones será tranquilizar, y para ello, el mejor instrumento será la información. El momento idóneo de abordaje de este tema serán las sesiones dedicadas a la educación maternal.

El primer problema que encontramos es que éstas se inician en el tercer trimestre de embarazo. La detección precoz de problemas, la resolución temprana de dudas o el aporte de información al inicio de la gestación será primordial para prevenir o detectar posibles alteraciones o frustraciones. Además, el trato de temas que preocupan a la



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

mujer de forma objetiva le ayudará a llevar el embarazo con seguridad. Los beneficios son tanto para los profesionales como para la mujer y su pareja.

Por ejemplo, uno de los temas más demandado son las contraindicaciones de relaciones coitales durante el embarazo. Aportar información objetiva reportará tranquilidad. Podemos enumerarle dichas situaciones: historia clínica con antecedentes de abortos espontáneos repetidos, sangrado activo a través de la vagina en el embarazo actual, diagnósticos precisos de actividad uterina precoz (contracciones antes de lo normal), amenaza de aborto o aborto en evolución, inserción baja de placenta, amenaza de parto prematuro, presencia de alguna enfermedad grave no controlada (diabetes, preeclampsia, etc.).

También planteamos la posibilidad de un inicio de la educación maternal lo antes posible, final del primer trimestre o inicio del segundo, así como la implantación de actividades dedicadas a la mujer y su pareja relacionadas con la sexualidad.

La realización de dichas sesiones deberá ser multidisciplinar. La colaboración entre médico/a, enfermero/a, matrón/a y por supuesto, y a poder ser, por un sexólogo/a será lo más idóneo.

Ejemplos:

Actividad 1: Conciencia corporal.

Objetivo:

- ❖ Toma de conciencia del propio cuerpo y sus cambios durante la gestación.
- ❖ Control de la respiración.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Contenidos:

- ❖ Cambios generales que produce el embarazo en la mujer.
- ❖ Ejercicios de Kegel. Importancia sobre la musculatura pélvica.
- ❖ El masaje sensitivo y el contacto.
- ❖ Respiración: Uso de la respiración como elemento básico de la relajación.
Respiración y trabajo de parto.
- ❖ Dudas al respecto.

Actividad 2: Relaciones sexuales.

Objetivos:

- ❖ La sexualidad y embarazo.
- ❖ Desmitificación de mitos y miedos relacionados con la sexualidad durante el embarazo.

Contenidos:

- ❖ La sexualidad durante la gestación: Los cambios físicos y emocionales que conlleva el embarazo y que afectan directamente a la sexualidad de la pareja.
- ❖ Las posibilidades que ofrece la sexualidad durante el embarazo. Alternativas al coito. La importancia de las caricias y juegos. El reconocimiento y la utilización de todos los sentidos
- ❖ La utilización de las fantasías sexuales. Romper la monotonía y la falta de imaginación
- ❖ Desmitificación de falsas creencias, mitos y tabúes.
- ❖ Las situaciones reales en las que está contraindicada la práctica del coito.
- ❖ Dudas al respecto.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

Actividad 3: Emociones y embarazo:

Objetivo:

- ❖ Toma de conciencia de las emociones. Refuerzo en pareja

Contenidos:

- ❖ Cambios psicológicos, hormonales, sociales durante el embarazo que repercuten en las emociones.
- ❖ Trabajar la intimidad como un espacio necesario para una mayor calidad de vida.
- ❖ Lenguaje asertivo, refuerzo positivo implícito y explícito
- ❖ Expresión de sentimientos. Propiciar la escucha activa entre la pareja. Refuerzo de la relación a través de comunicación. Comunicación sexual positiva.
- ❖ Dudas al respecto.

Estos son ejemplos de actividades que pueden ser combinadas con el resto de la educación maternal orientada a la gestante en las consultas.



15. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Alder, M.E., Cook, A., Davidson, D., West, C. y Bancroft, J. (1986). Hormones and sexuality in lactating women. *The British Journal of Psychiatry*. 148, 75.
- ❖ Alonso, A. y Dueñas, C. (1996). *Sexualidad y embarazo*. Madrid: Cauce.
- ❖ Alonso Valera, J.M., Martínez Pascual, B., Díaz Palarea, M.D. y Calvo Francés, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 150-157.
- ❖ Arteaga Galobardes, D. y Serrano Monzó, I. (2003). Asistencia de la matrona a la mujer con problemas de salud durante el puerperio (II): Infecciones, alteraciones tromboembólicas y problemas de salud mental. *Matronas Profesión*, 4(12), 34-41.
- ❖ Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Grace Bianchi, P., Dumont, P., Lüdicke, F. y Campana, A. (2003). Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception*, 67, 107-113.
- ❖ Bridges, S.K., Lease, S.H. y Ellison, C.R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling y Development*, 82 (2), 158-166.
- ❖ Byrd, J. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Family Practice*, 47(4), 305-308.
- ❖ Cabero, L., Saldívar, D. y Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Panamericana
- ❖ Carrobles, J.A., Gámez-Guadix, M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-34.
- ❖ Carrobles, J A y Sanz, A. (1991). *Terapia Sexual*. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- ❖ Castelo-Branco Flores, C., de la Gándara Martín, J.J. y Puigvert Martínez, A. (2005). *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Madrid: Médica Panamericana.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- ❖ Donat Colomer, F. (2001). *Enfermería maternal y ginecológica*. Barcelona: Elsevier.
- ❖ Dueñas Díez, J.L. (coord.), Bailón Muñoz, E., Dotor García, M.I., Granados García, C., Rodríguez Gómez, R.M. y Rufo Romero, A. (2002). *Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- ❖ Espinaco, M.J., Ruíz, D., Román, J. y Santos, M. (1999). La sexualidad en la lactancia. *Boletín Informativo de la Asociación Andaluza de Matronas*, 2, 15.
- ❖ Falicov, C.J. (1973). Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *Obstetrics and Gynecology*, 117-991.
- ❖ Fundación Sexpol. (1998). *Manual teórico del curso de monitores en educación sexual*. Madrid.
- ❖ González Labrador, I y Miyar Pieiga, E. (2001). Sexualidad femenina durante el embarazo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5 (17), 497-501.
- ❖ Gómez Zapiain, J. (2010). *Psicología de la sexualidad*. País Vasco: Universidad del País Vasco.
- ❖ Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: WS Saunders.
- ❖ La Calle Marcos, P., García García, J., Fernández Agis, I., de la Fuente Sánchez, L. y García Cantero, M.I. (2009). Escala de valoración de la actividad sexual en la mujer. (EVAS-M). Validación a través de entrevista con experto. *Sexología integral*, 6 (4), 160-166.
- ❖ Levin, R.J. (2007). Sexual activity, health and well-being: the beneficial roles of coitus and masturbation. *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (1), 135-148.
- ❖ Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1972). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- ❖ Marín Morales, D., Bullones Rodríguez, M.A., Carmona Mongue, F.J., Carretero Abellan, M.I., Moreno Moure, M.A. y Peñacoba Puente C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nurse Investigación*, 37.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- ❖ Martín de María, S. (2002). Sexualidad en el puerperio. *Matronas Profesión*, 9-14.
- ❖ Molero Rodríguez, F. (2006). La sexualidad en el embarazo y puerperio. *El Farmacéutico*, 40-48.
- ❖ Ortiz González, M., García Mani, S. y Colldeforns Vidal, M. (2010). Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Profesión*, 11(2), 45-52.
- ❖ Padilla Góngora, D., Carmona Samper, E., Sarasúa, I., Pérez Morón M.T. y López Liria, R. (2007). Una propuesta de educación afectivo sexual desde una perspectiva multidisciplinar. *Revista INFAD*, 1(1), 205-220.
- ❖ Perkins, R.P. (1979). Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 134-498.
- ❖ Puig, G. y Sguassero, Y. (2007). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. En <http://www.who.int/es/> . Consultado en Noviembre de 2011.
- ❖ Rejane Salim, N., Matos Araújo, N. y Rosa Gualda D.M. (2010). Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Revista latino-americana. Enfermagem*, 18(4).
- ❖ Robertson, G.G. (1946). Nausea and vomiting in pregnancy. *The Lancet*. 251-336.
- ❖ Rufo Romero, A. (coord.). (1994). *Manual de atención al embarazo, parto y puerperio*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- ❖ Seemans, J.P. (1971). Female sexuality and life situations. An etiologic psycho-socio-sexual profile of weight gain and nausea and vomiting during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 28(4), 555.
- ❖ Solberg, D.A., Buttler, J. y Wagner, N.N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 288-1098.
- ❖ Souza y Machorro, M. (2005). *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. España: Trillas.



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- ❖ Valdéz, E. (2003). Conceptos de Sexualidad en Perinatología. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Santiago de Chile, 68, 333-336.
- ❖ Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9, 116-121.



16. ANEXO

16.1. Consentimiento informado:

Nº identificador de la paciente



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Solicitud de participación e información a proporcionar a las mujeres antes de la entrevista.

Solicitamos su colaboración en un estudio sobre nivel de satisfacción y educación sexual en embarazadas/puérperas para una investigación como parte de un trabajo fin de máster del Máster en Sexología de la Universidad de Almería.

Lo que usted nos diga no quedará reflejado, en ningún momento estará su nombre en ninguno de los documentos relacionados con el estudio, ni se hará público su nombre.

Le agradecemos de antemano su participación y quiero asegurarle **la total confidencialidad** de sus respuestas así como el **anonimato** de las mismas

No es obligatoria su participación y si lo desea puede dejar de contestar en cualquier momento. Si usted no desea participar lo entendemos.

Todos los datos obtenidos en este estudio serán tratados conforme estipula **la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de Datos** de carácter personal.

Firma de la mujer:

Firma del entrevistador/a:



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

16.2. Datos demográficos y personales:



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

- **Edad:** **Lugar de nacimiento:**

- **Creencias religiosas:** O Si O No En caso afirmativo indicar.....

- **¿Tiene pareja?**
O No O Si, menos de 1 año O Sí, entre 1 y 5 años O Sí, más de 5 años

- **En la actualidad convive:**
O Solo O Piso compartido O Pareja O Familia

- **Estudios:**
O Básicos (EGB, ESO o equivalente) O Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
O Universitarios O Sin estudios

- **Edad 1ª regla:**..... **FO:**.....
 - n° de embarazos:.....
 - n° de abortos:.....
 - n° de partos:.....
 - n° hijos nacidos vivos:.....
 - n° hijos vivos en la actualidad:.....

- **Patrón sexual habitual:**
 - **Edad de inicio:**.....
 - **Frecuencia:**.....

- **Embarazo/parto actual:**
 - **Es un embarazo deseado:** O Si O No



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

● **Infecciones durante el embarazo:**

- No Tracto Urinario ITS EGB
 Otras. Especificar:.....

● **Sangrado:** Si No

● **¿Ha tomado alguna medicación?:** (No tener en cuenta: Fe, Yodo, Ac. Fólico)

- No Ansiolíticos Antidepresivos
 Tranquilizantes Analgésicos Antibióticos

● **Semanas de gestación:**.....

● **Inicio del parto:** Espontaneo Inducido/estimulado Cesárea

● **Finalización del parto:** Eutócico Cesárea Instrumental
(Fórceps, vacum,...)

● **Epidural:** Si No

● **Episiotomía:** Si No

● **Desgarro:** No Episiotomía Desgarro 1ºgrado
 Desgarro 2ºgrado Desgarro 3ºgrado

● **Lactancia Materna:** Si No (En caso afirmativo indicar duración)
 1semana 1mes Continúa. (Indicar tiempo.....)

■ **Patrón sexual durante embarazo:**

● **¿Han cambiado sus relaciones sexuales?:** Si No

En caso afirmativo indicar:

- Frecuencia. Orgasmo. Otros:.....



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- **¿Ha recibido información sexual?:** Si No

En caso afirmativo indicar quién y sobre qué tema:

.....
.....
.....
.....

- **¿Ha tenido alguna duda sobre sexualidad?** Si No

En caso afirmativo:

¿Cuál ha sido su duda?.....

¿Ha consultado con alguien?.....

¿Ha sido resuelta?.....

- **¿Le gustaría haber recibido más información?:** Si No



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

16.3. EVAS-M: (habitual, embarazo y puerperio)

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL HABITUAL EN LA MUJER

1.- ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecha Bastante insatisfecha Ni satisfecho-ni insatisfecha
- Bastante satisfecha Muy satisfecha

2.- En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecha** con su actividad sexual, ¿desde cuándo le ocurre esto?

- Semanas Meses Años Nunca he estado satisfecha

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

4.- En las relaciones sexuales, ¿ha sentido dificultad en sentirse excitada?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

5.- En las relaciones sexuales, ¿ha sentido sequedad vaginal?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

8.- ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?

- No tengo pareja Nunca Raramente
- A veces A menudo Casi siempre - Siempre



ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

1.- ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecha Bastante insatisfecha Ni satisfecho-ni insatisfecha
- Bastante satisfecha Muy satisfecha

2.- En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecha** con su actividad sexual, ¿desde cuándo le ocurre esto?

- Semanas Meses Años Nunca he estado satisfecha

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

4.- En las relaciones sexuales, ¿ha sentido dificultad en sentirse excitada?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

5.- En las relaciones sexuales, ¿ha sentido sequedad vaginal?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

8.- ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?

- No tengo pareja Nunca Raramente
- A veces A menudo Casi siempre - Siempre



ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

1.- ¿Está satisfecha en general con su actividad sexual?

- Muy insatisfecha Bastante insatisfecha Ni satisfecho-ni insatisfecha
- Bastante satisfecha Muy satisfecha

2.- En caso de estar “muy” o “bastante” **insatisfecha** con su actividad sexual, ¿desde cuándo le ocurre esto?

- Semanas Meses Años Nunca he estado satisfecha

3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

4.- En las relaciones sexuales, ¿ha sentido dificultad en sentirse excitada?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

5.- En las relaciones sexuales, ¿ha sentido sequedad vaginal?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?

- Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre - Siempre

8.- ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?

- No tengo pareja Nunca Raramente
- A veces A menudo Casi siempre - Siempre

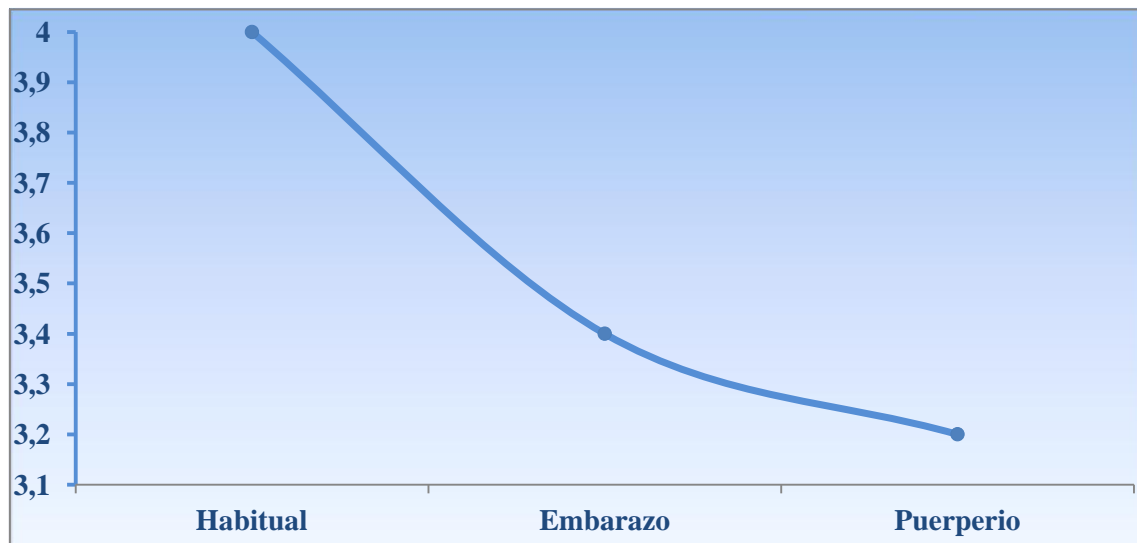


Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

16.4. Análisis detallado de cada una de las variables de la escala en función de las variables medidas:

a) Sobre la variable: SATISFACCIÓN.

Medidas marginales estimadas 1



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 3,858-4,256

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 3,223-3,621

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 2,961-3,423

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: satisfacción

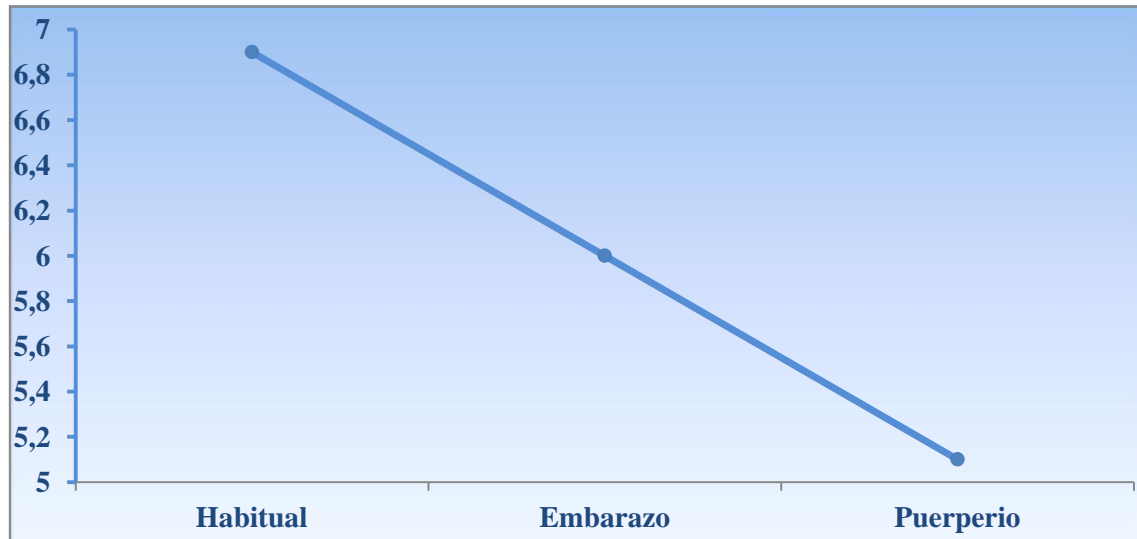
ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	1,193	0,276
GRUPOS	17,876	0,000



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

b) Sobre la variable: DESEO.

Medidas marginales estimadas 2



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 6,432-7,475

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 5,459-6,502

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 4,537-5,749

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: deseo

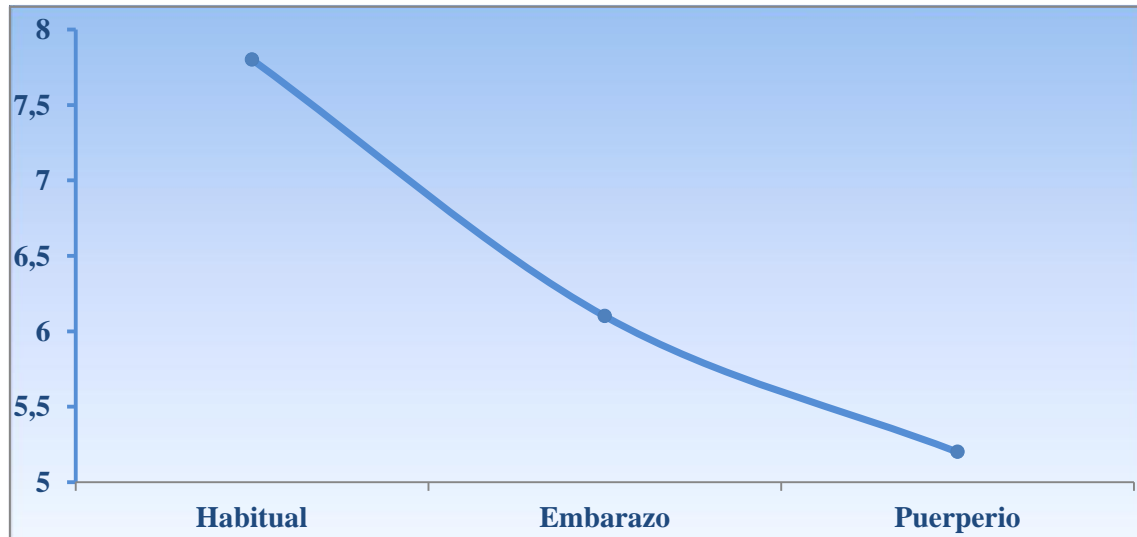
ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	1,031	0,311
GRUPOS	10,133	0,000



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

c) Sobre la variable: EXCITACIÓN.

Medidas marginales estimadas 3



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 7,298-8,292

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 5,595-6,590

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 4,664-5,819

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: excitación

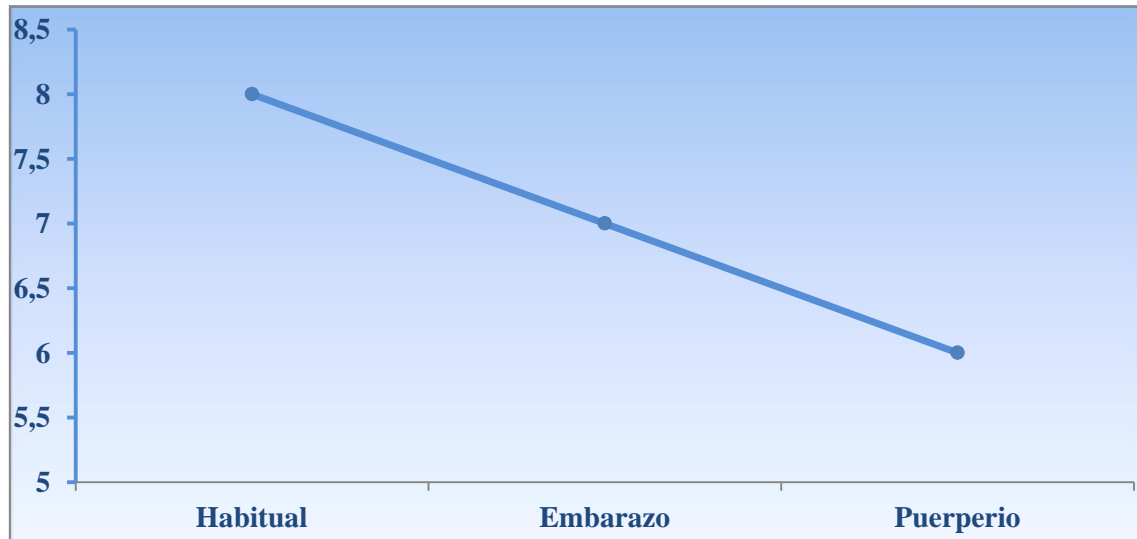
ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	2,596	0,109
GRUPOS	23,709	0,000



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

d) Sobre la variable: LUBRICACIÓN.

Medidas marginales estimadas 4



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 7,505-8,492

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 6,532-7,519

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 5,430-6,577

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: lubricación

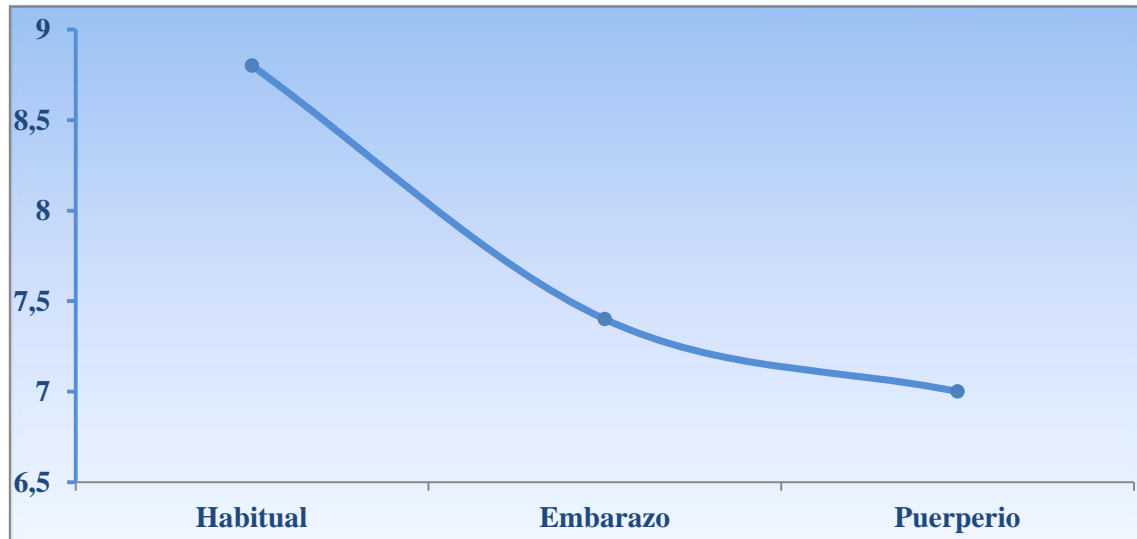
ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	0,027	0,869
GRUPOS	13,582	0,000



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

e) Sobre la variable: ORGASMO.

Medidas marginales estimadas 5



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 8,321-9,356

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 6,889-7,924

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 6,342-7,544

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: orgasmo

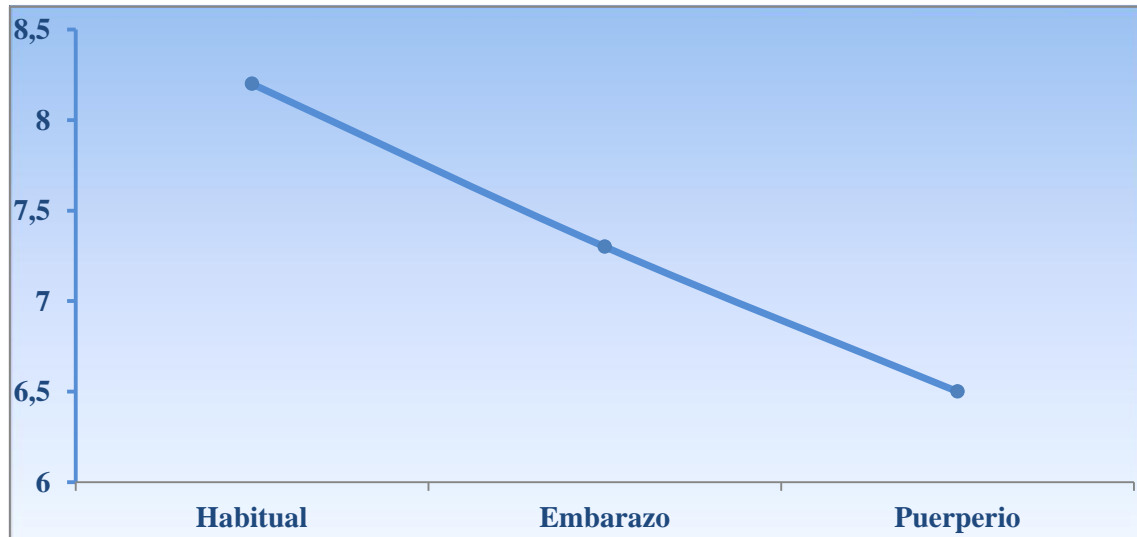
ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	0,015	0,902
GRUPOS	12,909	0,000



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

f) Sobre la variable: DOLOR.

Medidas marginales estimadas 6



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 7,883-8,692

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 6,910-7,719

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 6,101-7,041

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: dolor

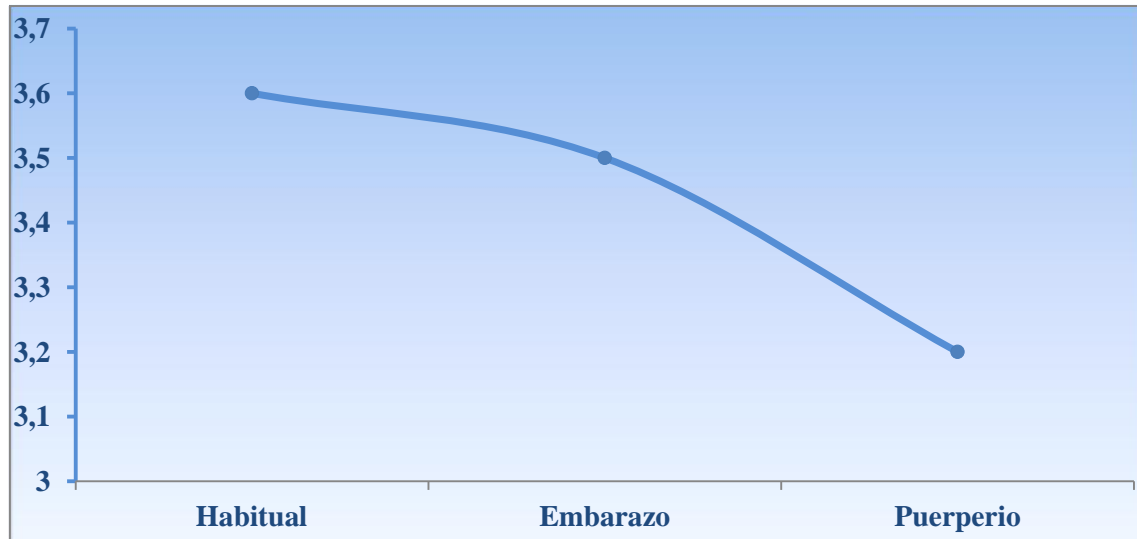
ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	2,715	0,101
GRUPOS	15,332	0,000



Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

- g) Sobre la variable: CERCANÍA EMOCIONAL Y CONFIANZA CON LA PAREJA.

Medidas marginales estimadas 7



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: nivel educativo= 13,5320

Intervalo de confianza del 95% en el estado habitual entre 3,418-3,860

Intervalo de confianza del 95% en el estado embarazo entre 3,297-3,738

Intervalo de confianza del 95% en el estado puerperio entre 2,915-3,427

PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS

Variable dependiente: cercanía emocional y confianza con la pareja

ORIGEN	F	SIGNIFICACION ESTADISTICA
NIVEL EDUCATIVO	1,650	0,200
GRUPOS	3,869	0,022