



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA

Programa de Doctorado: Cirugía y Odontoestomatología

Tesis Doctoral

SEXUALIDAD Y EMBARAZO: ESTUDIO DE 2 MUESTRAS DE MUJERES GESTANTES, UNA DEL SIGLO XX Y OTRA DEL SIGLO XXI

Álvaro Morán Bayón

Salamanca, 2022

Directoras: Dra. Carmen López Sosa

Dra. Montserrat Alonso Sardón

PROF. Dr. D. FRANCISCO SANTIAGO LOZANO SÁNCHEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICA:

Que la presente Tesis Doctoral titulada “SEXUALIDAD Y EMBARAZO: ESTUDIO DE 2 MUESTRAS DE MUJERES GESTANTES, UNA DEL SIGLO XX Y OTRA DEL SIGLO XXI”, realizada por D. Álvaro Morán Bayón, para optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, reúne todas las condiciones necesarias para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador.

Para que conste y a petición del interesado, expido el presente certificado en Salamanca a 7 de junio de 2022.

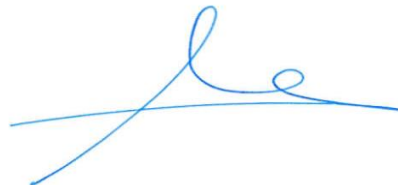
Fdo. Prof. Dr. D. Francisco Santiago Lozano Sánchez

Dña. CARMEN LÓPEZ SOSA, PROFESORA CONTRATADA DOCTORA DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y **Dña. MONTSERRAT ALONSO SARDÓN**, PROFESORA CONTRATADA DOCTORA DEL ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO.

CERTIFICAN:

Que **D. ÁLVARO MORÁN BAYÓN**, Licenciado en Medicina, ha realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Medicina la Tesis Doctoral titulada **“SEXUALIDAD Y EMBARAZO: ESTUDIO DE 2 MUESTRAS DE MUJERES GESTANTES, UNA DEL SIGLO XX Y OTRA DEL SIGLO XXI”**, y que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, originalidad, contenidos, evidencias científicas, calidad y méritos académicos suficientes para ser presentado en la modalidad de Tesis por compendio de publicaciones ante el Tribunal correspondiente para optar al GRADO DE DOCTOR por la UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

Y para que conste, firman el presente certificado en Salamanca, a 7 de junio de 2022.



Fdo.: C. López Sosa

Fdo.: M. Alonso Sardó

A mis padres

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han colaborado en la realización de este trabajo y, en especial, a todas las mujeres embarazadas voluntarias, sin ellas este trabajo no existiría.

A la Dra. Montserrat Alonso Sardón, gracias por aceptar codirigir esta tesis y por tanta ayuda y tiempo que has dedicado a que saliera adelante.

A la Dra. Carmen López Sosa, difícil resumir en pocas líneas tanto que agradecer. Desde que fui un joven alumno, que hizo un trabajo sobre lesionados medulares y sexualidad, hasta hoy, que presento este trabajo, has sabido transmitirme la pasión por la sexualidad, por la ciencia y por la Universidad. La docencia que has impartido todos estos años ha marcado a generaciones de alumnos, que siempre te estaremos agradecidos.

A mis compañeros y amigos de Medicina Familiar y Comunitaria, por apoyarme siempre sin pedir nada a cambio. Tengo que agradecer de manera especial, a tres médicos y amigos excepcionales, Carmen Montero, Nacho Delgado y a Antón Trigo que sin su ayuda y apoyo hubiera sido imposible que este trabajo hubiera salido adelante.

A mi tutor Eloy Borrego Martín, por transmitirme su amor por la Medicina de Familia, por enseñarme y desvivirse para formarme y animarme a seguir siempre adelante. Si soy el médico que soy es gracias a ti.

A mis tíos por haber confiado en mí. A mi tía Lourdes que, cuando había dificultades, siguió creyendo y ayudándome.

A María por sus correcciones y ayuda en la redacción, y acompañarme en los momentos más difíciles del trabajo.

A mi hermano Héctor, que ha sido y será mi referente en todo.

A Clara, gracias siempre y por todo, apoyarme en la aventura de este trabajo, ayudarme, escucharme y tranquilizarme en los momentos más duros, y animarme cuando las fuerzas han fallado. Espero algún día poder devolverte todo el tiempo que mi trabajo te ha robado.

A mis padres, Jesús y Bernar. Si soy quien soy, es gracias a vosotros. Por inculcarme el valor del esfuerzo y la constancia. Por vuestras enseñanzas aprendí que a través del estudio se puede, no sólo aprender, sino disfrutar. Todo lo que he logrado en esta vida es porque siempre me habéis apoyado y animado.

Muchas gracias

ÍNDICE

Acrónimos	13
Índice de ilustraciones	15
Índice de tablas	17
1. Introducción	19
1.1 BREVE RESEÑA SOBRE LA HISTORIA DE LA SEXOLOGÍA	21
1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO	41
1.3 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	45
1.4 JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DE LA INVESTIGACIÓN	56
2. Objetivos	57
2.1 OBJETIVOS GENERALES	59
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
3. Material y método	61
3.1 DISEÑO Y ÁMBITO DE ESTUDIO	63
3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	64
3.3 FUENTES DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDIDA	66
3.4 TRABAJO DE CAMPO	67
3.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS	68
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	69
4. Resultados	71
4.1 DATOS SOCIOECONÓMICOS DE LA GESTANTE	73
4.2 DATOS SOCIOECONÓMICOS DE LA PAREJA	76
4.3 DATOS SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE AMBAS MUESTRAS	79
4.4 ANTECEDENTES SEXUALES DE LA MUESTRA	80
4.5 HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER ANTES DEL EMBARAZO	83
4.6 HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO	88

4.7 ZONAS ERÓGENAS	97
4.8 ASESORAMIENTO SEXUAL	99
4.9 MITOS	100
4.10 POSTURAS SEXUALES	102
5.	
Discusión	105
5.1 PERFIL SOCIOCULTURAL DE LAS GESTANTES	107
5.2 HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER EMBARAZADA	108
5.3 CONDUCTAS SEXUALES EN LAS GESTANTES	110
5.4 MITOS	117
5.5 ASESORAMIENTO SEXUAL	119
5.6 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	120
5.7 APLICACIÓN CLÍNICA	121
6. Conclusiones	123
7. Bibliografía	129
8. Anexos	141

ACRÓNIMOS

Por orden alfabético

CAUSA: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
DHEA: Dehidroepiandrosterona
DSM: Diagnóstico de los Trastornos Mentales
EGB: Educación General Básica
ESO: Educación Secundaria Obligatoria
FSFI: Índice de Función Sexual Femenina
IIEF: Índice Internacional de Función Eréctil
INE: Instituto Nacional de Estadística
IPPF: Planned Parenthood Federation (Federación Internacional para la Planificación Familiar).
IVE: Interrupción Voluntaria de Embarazo
LARCs: Long Active Reversible Contraception (Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración)
SACYL: Sanidad Castilla y León
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
ONU: Organización de las Naciones Unidas
REM: Movimientos Oculares Rápidos
TFG: Trabajo Fin de Grado
TFM: Trabajo Fin de Máster
WAS: World Association for Sexology (Asociación Mundial de Sexología)

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

- Figura 1:** Situación geográfica de Salamanca
- Figura 2:** Distribución de participantes en educación maternal por centro de salud
- Figura 3:** Distribución porcentual según estado civil de las gestantes
- Figura 4:** Distribución porcentual según nivel de estudios de las gestantes
- Figura 5:** Distribución porcentual según situación laboral de las gestantes
- Figura 6:** Distribución porcentual según nivel de estudios de las parejas
- Figura 7:** Distribución porcentual según situación laboral de las parejas
- Figura 8:** Distribución porcentual mujeres que habían recibido educación sexual
- Figura 9:** Distribución porcentual a la pregunta “¿Te interesa la sexualidad?”
- Figura 10:** Distribución porcentual a la pregunta “¿Hablas con tu pareja sobre sexualidad?”
- Figura 11:** Distribución porcentual según relaciones sexuales con otros hombres
- Figura 12:** Distribución porcentual según métodos anticonceptivos utilizados
- Figura 13:** Distribución porcentual uso de juguetes sexuales antes del embarazo
- Figura 14:** Distribución porcentual del tipo de juguete sexual utilizado antes del embarazo
- Figura 15:** Distribución porcentual automasturbación antes del embarazo
- Figura 16:** Distribución porcentual heteromasturbación antes del embarazo
- Figura 17:** Distribución porcentual deseos sexuales de las embarazadas diferenciado por trimestres
- Figura 18:** Distribución porcentual automasturbación durante el embarazo
- Figura 19:** Distribución porcentual heteromasturbación durante el embarazo
- Figura 20:** Distribución porcentual frecuencia de coito antes del embarazo y durante el embarazo diferenciado por trimestres
- Figura 21:** Representación gráfica zonas erógenas más frecuentes durante el embarazo
- Figura 22:** Distribución porcentual mitos sobre sexualidad en la mujer embarazada
- Figura 23:** Representación gráfica posturas más utilizadas antes del embarazo

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Principales cambios durante el embarazo
Tabla 2: Resumen metaanálisis y revisión bibliográfica
Tabla 3: Resumen estudios que utilizan cuestionario FSFI
Tabla 4: Resumen estudios con entrevista o cuestionario no validado
Tabla 5: Resultados globales del cuestionario sobre datos sociodemográficos de las gestantes
Tabla 6: Resultados globales del cuestionario sobre datos sociodemográficos de las parejas
Tabla 7: Resultados globales sobre datos socioeconómicos y culturales de las parejas
Tabla 8: Datos globales edad media primeros contactos sexuales
Tabla 9: Datos globales historia sexual de la mujer embarazada
Tabla 10: Datos globales historia sexual de la mujer antes del embarazo
Tabla 11: Datos globales uso de juguetes sexuales antes del embarazo
Tabla 12: Datos globales automasturbación y heteromasturbación antes del embarazo
Tabla 13: Datos globales de las conductas sexuales de las embarazadas
Tabla 14: Datos globales automasturbación durante el embarazo
Tabla 15: Datos globales heteromasturbación durante el embarazo
Tabla 16: Datos globales de deseos de coito durante el embarazo
Tabla 17: Datos globales frecuencia de coito durante el embarazo
Tabla 18: Datos globales orgasmo y satisfacción durante el embarazo
Tabla 19: Datos globales uso de juguetes sexuales durante el embarazo
Tabla 20: Datos globales zonas erógenas antes y durante el embarazo
Tabla 21: Datos globales sobre el asesoramiento sexual de las mujeres embarazadas
Tabla 22: Datos globales mitos sobre sexualidad en la mujer embarazada

1. INTRODUCCIÓN

1.1 BREVE RESEÑA SOBRE LA HISTORIA DE LA SEXOLOGÍA:

La sexología, debido a la extensión de sus contenidos y la diversidad de sus conocimientos obtenidos desde muy diferentes conceptualizaciones teóricas y metodológicas, ha dificultado el establecimiento exacto de sus límites y la especificidad de sus investigaciones. Estas circunstancias, unidas a otras, como es el desinterés de las universidades y estados, han ocasionado que para algunos autores constituya una aplicación procedente de otras materias, por ello observamos que se puede encontrar atomizada en diferentes disciplinas, de forma que cada una de ellas enseña de una forma sesgada lo que conoce del tema. Esta fragmentación impide tener un concepto claro y preciso de lo que es sexualidad, y es por ello que se pierde en una barahúnda terminológica, que no lleva más que a la confusión y desinformación, no siendo esto lo peor sino que el propósito o finalidad de la misma no se concreta de forma clara y precisa y se subsumirá al fundamento que mejor conozca el profesional, ignorando el resto de asertos que suman un conocimiento más preciso. Es necesario, por ello, situar las variables que lo conforman en el correlato preciso. Para ello expondremos la evolución de los diferentes modelos operantes enraizados en el momento histórico que los genera: el paradigma del Locus genitalis/paradigma reproductor, el paradigma hedónico y el paradigma sexual/de los sexos, el paradigma de la sexuación o hacerse sexuado y por último el de sistema sexual.

1.1.1 Edad Antigua:

En esta etapa la sexualidad responde al paradigma Locus genitalis/reproductor, C. Lévi-Strauss en su obra *“Las estructuras elementales del parentesco”*¹, considera la sexualidad como un universal, presente en casi todas las civilizaciones, cuya finalidad ha sido utilizada para generar alianzas entre los pueblos a través del intercambio de las mujeres, la procreación generaría lazos de parentesco, que incrementan el número de personas para defensa, para conocer técnicas de caza, utensilios, siembra, etc. La sexualidad gregaria, mágica, creadora de vínculos, subsumida a una de sus funciones la reproducción, sin que se supiera la relación, si el resultado. Este uso, aún, es utilizado entre algunas organizaciones familiares para continuar líneas dinásticas y acrecentar los

patrimonios. Con otra finalidad deleznable, en las guerras tribales se utiliza para exterminar al enemigo, introduciendo un vástago de la etnia vencedora, la mujer es tratada como un botín de guerra., Ejemplo: Crimen de Lesa Humanidad Bosnia-Herzegovina Guerra de los Balcanes. Las esclavas sexuales de la guerra Japón-China.

La fertilidad abandona lo mágico y es objeto de estudio de las escuelas médicas. Hipócrates en el Corpus Hipocraticum ² aparece la teoría de los humores vigente hasta pasado el Renacimiento. Probablemente el libro más importante al respecto de la procreación sea “Sobre la generación” (siglo V a.C):

“En las mujeres el frotamiento del miembro viril, excitan el placer y el calor por todo el cuerpo, terminan con la fusión del semen en el útero. La voluptuosidad de la mujer durante el coito es menor que en el hombre. Las mujeres que usan el coito gozan de mejor salud que las que se abstienen, su útero se humedece por el coito. Cuando se deseca se cierra, y si cierra con fuerza atormenta a todo el cuerpo. Su represión es origen de una porción de males. El semen del hombre hay gérmenes del sexo masculino y femenino; de modo parecido en la mujer. Si de cada uno salen gérmenes fuertes nacerá un niño; sí débiles una niña”

Aristóteles considera que el esperma se produce en los canales deferentes y es una mezcla de agua y pneuma (espíritu), patrimonio del hombre y no de la mujer. Censorio recoge la teoría del esperma femenino en su obra “El día del nacimiento” ³, y considera que la mujer es sólo el receptáculo necesario para el desarrollo de nuevo ser. Según este último todos los seres se componían de materia y de forma; propia de la materia es la recepción de la forma y característico de la forma es transmitir la configuración de quién la emite.

Discórides (siglo I d.C) en su obra “Materia Médica” ⁴ estudia algunos aspectos de las relaciones sexuales y recomendaba que las embarazadas debían adoptar la postura de decúbito lado y la penetración por detrás en el coito.

Galeno (siglo II d. C) descubre los ovarios que llamo testículos. Mantenía la teoría de Platón y Aristóteles acerca de que el placer de la relación sexual tenía una finalidad

biológica consistente en la repetición del acto (hoy denominada refuerzo positivo por las escuelas conductistas) que hace posible el mantenimiento de la especie, por ello consideraban que “el ejercicio sexual era una necesidad del organismo, hasta el punto que ningún organismo abstinentes puede gozar de una buena salud”, aunque también mantuvo “que el coito muy frecuente resulta perjudicial, pues le priva de lo que tiene más puro”.

En otro orden, pero con la finalidad de reforzar el acto reproductor el poeta romano Ovidio, con sus "Ars Amatoria" y “Remedia amoris”⁵ (siglo II a.C ó II d. C), ofrece un tratado en el arte de las relaciones sexuales, de la seducción, de cómo escapar de las relaciones perniciosas. El erudito hindú Mallanga Vatsayana escribe su "Kama Sutra"⁶, un manual "clásico" de relaciones sexuales que se data 240 d.C.

1.1.2 Edad Media (Siglos V-XV):

En la época medieval existió un saber sexológico de inspiración fundamentalmente médica pero vinculado fuertemente a los planteamientos filosóficos. Las aportaciones más significativas en cuanto a la genitalidad provienen de la obra “Pantegni”⁷ de Constantino el Africano que tradujo 37 obras de autores árabes entre otros la obra de Avicena, Maimónides, etc. Conservan la idea de la complementariedad que ha perdurado hasta los inicios del siglo XXI según esta concepción el pene sería la reunión de nervios que nacen de la médula espinal y pasan a través de la espina dorsal hasta el perineo, por ello el pene era tan sensible, en la mujer el cuello de la matriz y la vagina tenían el mismo origen, así como que la matriz tenía 2 orificios uno que era muy sensible al pene y recibía gran placer y otro más interior que se cerraba 7 horas después de la concepción. El clítoris como no obedece al criterio de complementariedad Avicena y Albucasis lo consideran patológico y es necesario extirparlo.

La homosexualidad es considerada como una alteración del gusto, una corrupción del alma. Algunos médicos creen que existe una alteración de origen meditativo. La masturbación del varón no se estudia, la masturbación femenina es objeto de estudio en cuanto a su función y formas, es deseable para liberar a la mujer de la ponzoña que tiene dentro. Existe un centenar de obras entre el siglo IX –XIII acerca de este tema, favorecido por la gran extensión de las enfermedades venéreas que se atribuían a las mujeres.

Otros escritos como los de Juan de Meung, clérigo en el 1270-1280, en su obra “Rosa de Inglaterra”⁸ presenta un resumen de los saberes médicos y árabes en el arte de amar, introduce remedios a la impotencia masculina, como adoptar posturas que faciliten la concepción, la excitación de la mujer para así excitar más el varón, explicar zonas erógenas de las mujeres y formas de acariciarlas, se dan remedios y se exponen diferentes métodos anticonceptivos. En el libro “Tesoro de los pobres”⁹ atribuido a Pedro Hispano, médico filósofo elegido Papa Juan XXI, tuvo gran notoriedad y fue traducido a diversas lenguas. Presenta 116 recetas de ellas 34 son afrodisíacos para hombre y mujer, 26 anticonceptivos, 56 medios de procurar la fecundidad, existen otras recetas abortivas. El aborto no era pecado a no ser que se realizará después de los 40 días de la falta, y los anticonceptivos estaban permitidos.

Diremos que desde el siglo XIII existe un arte erótica, de influencia árabe, en el que el objeto de estudio es el placer vinculado al acto de procreación. La obra catalana “Speculum al joder”¹⁰ atribuido a Arnaldo Villanova, presenta un estudio de 24 posturas para obtener mayor placer y reconoce la nocividad de las posturas no naturales.

La teología domeña los conocimientos médicos, incluso se atreve en sus escritos a prohibir a los médicos que comuniquen sus conocimientos a los pacientes. La medicina hurtará al mundo determinados comportamientos sanos en materia sexual para evitar enfrentamientos con la teología. Es una sexualidad cuya finalidad sigue siendo la reproducción.

1.1.3 Edad Moderna (Siglos XVI- XVIII):

No hay grandes cambios, sigue el paradigma reproductivo, se incorporan conocimientos más exactos acerca de los genitales con Vesalio y Leonardo da Vinci que describen con más exactitud la anatomía femenina, aparecen algunos tratados de Obstetricia y Ginecología, vigentes hasta el siglo XIX.

Petty en “Aritmética Política”¹¹ entrevé la importancia del equilibrio nacimiento-muerte y relaciona el sexo reproductivo con la cultura y la sociedad.

Samuel Tissot, médico higienista consejero del Papa para asuntos de salud pública, en su libro "Onanism" ¹², advierte de los peligros ligados a la masturbación, vigente durante 150 años. Frente a esta represión surgen díscolos como el Marqués de Sade, con su obra "Los 120 Días de Sodoma" ¹³.

En 1798 Thomas Malthus publica "Essay on the Principles of Population" ¹⁴ advierte que la sobrepoblación (ya anunciada por Petty un siglo antes) impedirá la felicidad duradera de la humanidad, debido a que el crecimiento indiscriminado de la población hace peligrar los recursos del planeta, la población crecía de forma geométrica y los recursos de forma aritmética. En la segunda edición, 1808, aconseja limitar la procreación y para ello propone, que los pobres e indigentes se abstengan de relaciones sexuales o se casen tarde, ya que no pueden controlar su instinto sexual. Apartir de estas ideas se acuñan asertos como "los pobres son promiscuos y lascivos"; creencias aún arraigadas en la sociedad, en pleno siglo XXI.

1.1.4 El Siglo XIX:

Las contribuciones de la demografía, y de los avances anatómicos, fisiológicos e industriales y filosóficos (teoría de la ilustración) permitirán la aparición del Locus sexuales y el paradigma de los sexos.

Las "ideas Maltusianas" calan en Austria y Alemania que plantearon políticas para limitar la reproducción, entre otras, obstaculizar los matrimonios que no demostrasen solvencia económica, como consecuencia aumento el número de hijos naturales. Los obreros en condiciones precarias seguían reproduciéndose y las tasas de incremento de la población se resistían al control del estado. Aparece una nueva corriente el neomaltusianismo, Francis Place, Charles Bradlaugh, Annie Besant, Charles Knowlton, Charles Drysdale y Alice Vickery Drysdale, proponen su obra capital "Ilustraciones y pruebas del principio de la población" ¹⁵: "si el instinto sexual es natural, natural es también su expresión y la forma de controlarlo también había de serlo" dejan expedita la vía de la contracepción, Annie Besant publica "Leyes de la población" ¹⁵ alcanzando una tirada de medio millón, destinada a la población femenina obrera ilustrando métodos

anticonceptivos. Para la sexología estas ideas supondrán una piedra angular ya que comienza a separarse la reproducción de la sexualidad.

Para evitar el enfrentamiento con la iglesia, ostenta poder económico y fáctico, se recomendaba el método de la abstinencia periódica. El preservativo extiende su uso en 1843-44 con la vulcanización del caucho.

Este ambiente permite, que aparemcan diferentes contribuciones acerca de otros comportamientos sexuales, el filósofo y bibliotecario alemán Friedrich Karl Forberg publica "De Figuris Veneris" ¹⁶ con una gran variedad de comportamientos sexuales. En Berlín, Wilhelm von Humboldt en "Historia de la dependencia en el género humano" ¹⁷ plantea una clasificación neutral del comportamiento sexual humano según sus cuatro objetos posibles: 1. uno mismo, 2. el otro sexo, 3. el mismo sexo y 4. Animal. Por el contrario, médicos como Heinrich Kaan publica "Psychopathia sexualis" ¹⁸, en el cual los pecados de la carne son reinterpretados como enfermedades de la mente. Siguiendo esta iniciativa, otros médicos y psiquiatras utilizan términos teológicos medievales de desaprobación como "desviación", "aberración" y "perversión", J. Moodie "A Medical Treatise; with Principles and Observations, to Preserve Chastity and Morality" ¹⁹, publicado para la observancia de la castidad y la moralidad como elemento indispensable para la buena salud, William Acton en "Funciones y trastornos de los órganos de la reproducción en la juventud, en la edad adulta y la edad avanzada" ²⁰, célebre, por considerar que las mujeres normales no experimentan deseos sexuales y tiene la inocencia sexual de los niños, que la masturbación degenera al hombre y a la mujer, produce esterilidad y que les salgan "bubas y otras ulceraciones etc," Baker Brown en 1858 como presidente de la Medical Society of London introdujo la operación de clitoridectomía para bloquear la excitación periférica origen de la histeria, epilepsia y otros trastornos convulsivos. Henry Maudsley publicó la obra "Insania del autoerotismo", comentada por Gilbert AN ²¹, en la que augura todo tipo de males, entre otros el suicidio y el homicidio, a quién se masturbe. El psiquiatra berlinés Carl Westphal publica la primera historia clínica médica de la atracción erótica entre miembros del mismo sexo en su revista "Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" ²², se refiere a una mujer que se siente

atraída por las estudiantes del internado de su hermana, Westphal concluye que ella sufre una condición psicopatológica para la cual acuña un nuevo término: "sentimiento sexual contrario" ,Von Krafft-Ebing en "Las Psicopatías Sexuales" ²³, presentan historias clínicas similares de sus propios casos. Así, en un tiempo muy corto, la condición de amar a personas del mismo sexo llega a ser considerada como una enfermedad psiquiátrica.

El abogado alemán Karl-Heinrich Ulrichs publica una serie de folletos en los cuales declara que "el amor hombre-varón" es innato, natural, lo atribuye a un "alma femenina en un cuerpo masculino", lo llama "Uranismo" desea impedir la extensión, de la ley prusiana de vicio innatural, a todos los estados alemanes (Citado por Amezúa ²⁴).

El escritor austríaco-húngaro Karoly Maria Kertbeny, en un panfleto anónimo enviado al ministro prusiano de justicia, acuña la expresión "homosexualidad", significa lo mismo que el término de Ulrich "uranismo", quien también exige la reforma de la ley. El ministro prusiano comisiona a la "Delegación Médica Prusiana Real" (miembros entre otros: Virchow, Houselle, Bardeleben) para publicar un juicio de expertos sobre la justificación de castigar el comportamiento entre miembros del mismo sexo. Los científicos rehúsan reconocer esto como un problema médico y se declaran incompetentes en cuestiones de moral.

Magnus Hirschfeld, funda el "Comité Científico Humanitario", destinado a estudiar el comportamiento homosexual, su órgano de expresión es "Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen" ("Anuario de las formas sexuales intermedias") ²⁵, su meta es la abolición del párrafo 175 de la ley anti-homosexual alemana, pero en 1903 es obligado a dejar el estudio por inmoral.

Como hemos podido observar la sexualidad en un principio obedeció al concepto de supervivencia, siendo esta una mercadería ²⁶ (Levi Straus) posteriormente, la observación lleva al paradigma reproductor y se transforma en una sexología organicista. Con el tiempo aparece el espíritu y su máxima preocupación el origen sobrenatural del ser humano, el discurso cae en manos de las instituciones eclesiásticas, quienes consideran que el sexo aparta al hombre de su finalidad más sublime "generar espíritus puros" surge una sexología patológica y perversa, hasta que, en las postrimerías del siglo

XVIII por mediación de la pedagogía, la medicina y la economía, nace un sexo laico, asunto de estado y que se desarrolla según tres ejes:

- El de la pedagogía, cuyo objetivo era la sexualidad específica del niño.
- El de la medicina cuyo objetivo era la fisiología sexual de las mujeres
- El de la demografía cuyo objetivo era regulación espontánea de los nacimientos

Esta transformación capital produce una etapa de adelantos que lamentablemente dura poco. La iglesia que estaba sufriendo un decaimiento de su poder (Etapa industrial, aburguesamiento social, hacinamiento, pobreza, el pueblo harto de miseria, deja de escuchar sus consignas), retoma el discurso y destierra la sexología al campo de la psiquiatrización valiéndose de presupuestos pseudocientífico, de forma que la palabra sexo sufre una asfixia y los médicos lo tratan con desdén y rechazo. Este proceso es conocido en la historia sexual como la “medicalización del pecado”.

1.1.5 El Siglo XX (periodos entre guerras):

Tal como considera J. Hoening es en la Europa Teutónica de Albert Moll, Iwan Bloch, Hirschfeld, Albert Eulenburg, Steinach Eugen, Freud incluso autores francosuizos como Forel o ingleses como Ellis, ligados a la escuela alemana, siguen avanzando en su idea de la sexología laica.

En Viena, el endocrinólogo Eugen Steinach estudia los efectos de las hormonas sexuales en el desarrollo del cuerpo animal y humano. Por medio del trasplante gonadal, logra feminizar ratas macho y masculinizar ratas hembra ²⁷. Introduce variables biológicas.

En Viena, el etnólogo Friedrich Salomon Krauss comienza la publicación de su anuario "Anthropophyteia" ²⁸ (10 volúmenes principales más un número de volúmenes complementarios) contiene abundante material sobre actividades sexuales recogido personalmente en los Balcanes hoy conocido como la "Etnosexología". Introduce como otros venían insistiendo las variables sociales.

Havelock Ellis publica "Studies in the Psychology of Sex" ²⁹. Censurado en Inglaterra, publica en los Estados Unidos y en Alemania. Aporta sus posicionamientos acerca de la homosexualidad, variedades sexológicas, impulso sexual femenino etc.

El psiquiatra suizo Auguste Forel publica con "Die sexuelle Frage" ³⁰ ("La Cuestión Sexual") plantea reivindicaciones que son revolucionarias para su tiempo (matrimonio de parejas del mismo sexo, etc.) y combina deliberadamente puntos de vista médicos y sociopolíticos. Su propuesta bien intencionada de practicar "Eugenesia" (es decir la mejora genética voluntaria del género humano evitando la transmisión de enfermedades hereditarias) fue utilizada posteriormente por los nazis como "higiene racial", para generar la supremacía racial alemana.

El dermatólogo Max Marcuse, editor de la "Zeitschrift für Sexualwissenschaft" ("Revista de Sexología"), aporta un sentido práctico a la finalidad de la sexualidad como una función generatriz del placer en sí misma esencial en el constructo del paradigma de la sexualidad hedónica.

El médico vienés Sigmund Freud publica sus "Tres Ensayos para una Teoría Sexual" ³¹. En esta obra él describe el desarrollo "normal" de la sexualidad humana, así como las "perversiones", o comportamientos que no corresponden a la norma.

Iwan Bloch sus primeros escritos los firma con el seudónimo de Eugen Dühren edita "Vida sexual de Inglaterra" ³². Estudia la obra del Marqués de Sade y de Restif de Breton, y llega a la conclusión de que la conducta sexual esta preñada de valores culturales. Su aportación esencial fue analizar las perversiones desde la antropología, constata que las perversiones se repetían en todos los pueblos, aunque las interpretaciones de las mismas, dependían de la historia, del enclave geográfico y la economía del lugar, producto de sus reflexiones es "The Sexual Life of Our Time" ³³. Introduce el concepto de equivalentes sexuales normales para referirse a las múltiples formas de expresión de conductas sexuales. Sienta las bases de la nueva ciencia sexual que llamo "seuxología" ("Sexualwissenschaft") exige su establecimiento como una disciplina científica en su propio derecho, combinando los métodos e ideas tanto de las ciencias naturales como de las culturales, siendo por ello considerado el fundador de la misma, líder del grupo de

Berlín junto con otros, introduce en las revistas científicas el campo especializado de la sexología como “sexualwissennnschaft,” fundan la Sociedad Médica de Sexología y Eugenesia y Albert Moll la Sociedad Internacional para la Investigación Sexual. En el 1919 aparece el Instituto de Sexologia de Berlin cuyo director es Hirschfeld. donde acuden numerosos estudiosos entre otros el Prof. Marañón, el Prof. Pecirka que desde la dermatología crea la cátedra de Patología sexológica en 1921 en Praga. Max Marcuse publica su "Handwörterbuch der Sexualwissenschaft" ³⁴ ("Diccionario manual de Sexología"), Albert Moll organiza, 1926 en Berlín, el Primer Congreso Internacional de la Investigación Sexual. La sesión de apertura se celebra en el Reichstag (Parlamento Nacional Alemán), Magnus Hirschfeld, apoyado por el médico danés J. H. Leunbach, organiza un congreso en Copenhague y, en esa ocasión, funda la Liga Mundial para la Reforma Sexual ("Weltliga für Sexualreform"). Los presidentes son Hirschfeld, Havelock Ellis y Auguste Forel, fomentan los congresos adicionales de la Liga: en Londres 1929, Viena 1930 y Brno 1932. Entre otras cosas, la Liga exige la igualdad legal y social de los sexos, el derecho a la anticoncepción y a la educación sexual, reforma de la legislación sexual (despenalización de los delitos sexuales). 1930-32 Magnus Hirschfeld cuya aparición pública está sujeta al creciente hostigamiento nazi ya no se encuentra seguro en Alemania comienza un viaje alrededor del mundo, presentando su nueva ciencia en centenares de conferencias (Estados Unidos, Japón, China, Indonesia, India, Egipto, Palestina, Grecia). No regresa a Alemania.

Las aportaciones más señeras del grupo de Berlín son:

- La sexualidad como normalidad inherente al ser humano.
- Aportar una interpretación de la sexualidad multidisciplinar desde la perspectiva médica, antropológica e histórico-cultural.
- La necesidad de estimular al instinto sexual precisa de la variedad, además de tener una enorme plasticidad
- Concepto de equivalentes sexuales normales para referirse a las múltiples formas de expresión de conductas sexuales

- La interpretación de la conducta debe ser contextual (geografía, historia, economía)
- La influencia bioquímica de las hormonas en el instinto sexual. Posteriormente llamado deseo)

El Nazismo se apodera de Alemania y el 6/5/33, un grupo nazi saquea el Instituto de Sexología de Hirschfeld, la biblioteca se quema públicamente cuatro días más tarde junto con los libros de otros autores "no-alemanes" como Freud, Brecht, Feuchtwanger, Werfel y Stefan Zweig. La mayoría de los sexólogos pierden la oportunidad de trabajar por ser judíos y tienen que huir al exilio. Hirschfeld muere en 1935 en Francia, Max Marcuse, Ernst Klimowsky y Felix Theilhaber escapan a Palestina, Bernhard Schapiro via Suiza a los Estados Unidos y finalmente a Israel, Sigmund Freud y Charlotte Wolff a Inglaterra, Max Hodann a Suecia, Wilhelm Reich primero a Escandinavia, luego a Estados Unidos, Ludwig Levy-Lenz a Egipto, Hans Leffeldt y Ernst Gräfenberg a Estados Unidos, Arthur Kronfeld a la Unión Soviética, Eugen Steinach y Herbert Lewandowski a Suiza. Friedrich Salomon Krauss muere en Viena en 1938 antes del "Anschluss". Albert Moll permanece en Berlín hasta su muerte en 1939, Wilhelm Reich publica su famosa obra "La Revolución sexual"³⁵ y huye a USA dónde publica 1940 "La función del orgasmo"³⁶ generando el término orgon.

El médico y endocrinólogo español Gregorio Marañón, inicia sus aportaciones a la sexología desde la endocrinología, materia en la que había alcanzado un prestigio internacional, son célebres sus conferencias en el Ateneo de Madrid "La doctrina de las secreciones internas"³⁷, posteriormente "La edad crítica"³⁸, para desde 1923-1937 dedicarse a una intensa producción de artículos al respecto, de lo que andando el tiempo se llamaría ontogenia y diferenciación sexual, los que mayor difusión tuvieron fueron "Tres ensayos sobre la vida sexual"³⁹ del que hubo varias ediciones y "Los estados Intersexuales" rehecho posteriormente y editado con el título "La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales"⁴⁰. Para Marañón la homosexualidad sería una variedad de objeto sexual que se presenta como un fallo en el desarrollo del individuo que no habría concluido sus etapas evolutivas, y habría quedado en una especie de

intersexualidad. Hoy este concepto es descartado. Su aportación más interesante fue que la sexualidad es una función humana que evoluciona a lo largo del tiempo, desaparece el concepto de estaticidad y aparece el subsuelo del proceso de sexuación. Sus más de 100 trabajos (repartidos en ensayos, artículos, prólogos, conferencias, libros, discursos) son referentes para los médicos que contribuyeron al campo de la sexología.

1.1.6 El Siglo XX (Segunda mitad):

Para comprender lo acontecido en la sexología, después de la 2ª guerra mundial que supone un estancamiento en el desarrollo europeo para trasladar el foco de investigación a Estados Unidos donde recalán los investigadores más notables del Instituto Berlin. nos permitimos clasificar en estudios que significaron una revolución en la sexualidad:

Investigaciones

Clellan S. Ford y Frank A. Beach siguen los planteamientos de I.Bloch y Bastian, y publican su estudio "Patterns of Sexual Behavior" ⁴¹. Los autores comparan el comportamiento sexual en 200 sociedades humanas que lleva a conclusiones, hoy totalmente asentadas, de que la cultura es un elemento obvio en el desarrollo del proceso sexual.

Alfred C. Kinsey, zoólogo de la Universidad de Indiana en Bloomington, IN, lidera un grupo de investigadores para sus estudios del comportamiento sexual humano, fundamentalmente desde el punto de vista sociológico publican 2 libros 1948 "Sexual Behavior in the Human Male" ⁴², y 1953 "Sexual Behavior in the Human Female" ⁴³ habían llevado a cabo más de 12000 encuestas. Kinsey presenta un modelo basado en una especie de economía de la sexualidad, propio de sus predecesores, prevalece la idea de una energía en la que baraja dos conceptos la descarga, cualquier actividad que acabe en orgasmo, y el factor, las variables que afectan a esta actividad. Tendríamos una energía sexual que se moviliza por unas actividades y se resuelven en un orgasmo que podemos cuantificar y observar y que está en continua renovación y formación, únicamente condicionada por la edad, los factores ambientales y los factores psicológicos que según

él no influyen en las mujeres. Plantea la escala de 6 gradientes que van desde la heterosexualidad a la homosexualidad, y como la sexualidad desde el soma es capaz de responder a todos los estímulos. En 1947 funda el "Instituto para la Investigación Sexual" con fondos privados hasta que 2016 pasa a depender de la Universidad de Indiana.

La American Psychiatric Association suprime el diagnóstico "homosexualidad" de su "Diagnostic and Statistical Manual" ⁴⁴. Desde ese momento, los 'homosexuales' están "sanos" otra vez, la curación masiva más grande y rápida de la historia médica.

El ginecólogo estadounidense William H. Masters y su esposa Virginia Johnson (M&J) publican su estudio de los procesos fisiológicos durante la actividad sexual: "Human Sexual Response" ⁴⁵. Este matrimonio de científicos introduce a la pareja en el laboratorio y con la ayuda de polígrafos y sensores describen los cambios anatomofisiológicos de la respuesta sexual humana en 3 fases (excitación, plataforma-orgasmo y resolución). Describen detalladamente todos los cambios anatómicos de los órganos genitales, Su Instituto cerró en 1994. Pero su influencia ha sido vital para el desarrollo de la ciencia sexológica, hoy son los inspiradores la serie Masters of Sex ⁴⁶ con notable éxito dedicados a la educación sexual.

Singer Kaplan publica sobre las disfunciones sexuales ⁴⁷ en las que considera que la respuesta sexual humana tiene 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. A partir de existir como elemento nosológico, DSM III-R ⁴⁴ introduce la inhibición del deseo como patología.

El médico Harry Benjamín introduce el término "transexuales" distinguiéndolos por primera vez de los travestis. Trece años más tarde, publica el primer libro sobre el tema: "The Transsexual Phenomenon" ⁴⁸. John Money publica "Transsexualism and sex reassignment" ⁴⁹ que introduce la distinción entre el "sexo" y el "género". Esto da lugar a que en la DSM IV-R ⁵⁰ se introducen cambios en la sistematización de la patología sexual se denominara Trastornos de la Sexualidad y de la Identidad Sexual, se reconoce que puede haber patologías relacionadas con una distorsión entre el aspecto somatoforme y la identidad psíquica, es decir la transexualidad, reconoce que puede ser considerada como una patología, abre la puerta a su tratamiento. En la última versión DSM V-R ⁵¹ y la CIE-

11 ⁵² las elimina como patologías y sólo considera la disforia de género como una incongruencia entre el género y el sexo.

Rosemay Basson publica “The female sexual response a different model” ⁵³. Acaba con la hegemonía del modelo de S. Kaplan de la fase de deseo de las mujeres como paso indispensable para la excitación. La mujer presenta una respuesta circular.

Se desarrollaron las sociedades sexológicas a nivel internacional y nacional con la finalidad de establecer el decálogo que implementaría los estudios sexológicos.

Fruto de este trabajo la Organización Mundial de la Salud, reconoce explícitamente la Sexología, prueba de ello es el estudio propuesto por dicha organización a varios expertos internacionales acerca de la sexualidad y que alumbró el Informe Técnico nº 572 “Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana y Formación de profesionales de la Salud en materia sexual” ⁵⁴ exhorta a la comunidad científica y a los estados a que instruyan a los sanitarios en cuestiones de salud sexual, propone modelos de prevención primaria que desarrollen habilidades sexuales y sociales al respecto.

1.1.7 Hitos de la investigación que marcan el desarrollo de la Sexología:

En 1960 se comercializa la píldora anticonceptiva, gracias a los esfuerzos de Margaret H. Sanger, enfermera pionera del movimiento estadounidense para el control de la fertilidad, y la filántropa Katherine D. McCormick que incansablemente financiaron investigaciones para encontrar un remedio que diera fin a tanto niño huérfano, madres sumidas en la pobreza o muertas en despachos que practicaban el aborto en condiciones insanas.

En 1981 en Los Ángeles, San Francisco y Nueva York son declarados los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante SIDA), infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH). Debido a que la enfermedad es transmisible sexualmente, tiene enormes implicaciones tanto en el comportamiento como en el estudio sexual.

1998. El advenimiento de *viagra*® (y otros fármacos) que con un buen diagnóstico solucionan patologías que anteriormente se atribuían a factores sociales o psicológicos, contribuye a corroborar que la sexualidad es una función fisiológica del ser humano, construida o conformada en múltiples variables que tienen que ver con el dominio de varias ciencias.

Con los descubrimientos en cuanto al genoma humano, biología molecular, bioquímica, fármacos etc. se ha ido dotando a la ciencia sexual de todo un constructo que nos permite hablar de procesos de sexuación, que parten del cromosoma, embriogénesis, sexuación fetal cerebral, etapas hormonales, asignación de sexo de crianza identificación sexual, orientación del deseo como un continuum que conforma al ser humano de un modo particular dotándole de capacidad sexual plural y diversa.

La fecundación *in vitro*, y los últimos descubrimientos acerca de la clonación humana terminan por liberar a la sexualidad de cualquier connotación reproductiva, separando de forma incuestionable ambas funciones del ser humano, una puede ser consecuencia de la otra, pero para nada necesaria. Es decir que la finalidad de la sexualidad sería la construcción de la identidad de uno mismo como ser sexuado, la reproducción hoy (en los países occidentales) es una decisión vinculada o no a la práctica sexual.

1.1.8 En España:

A lo largo de esta exposición se observa una notable ausencia, España, excepto la mención al doctor Gregorio Marañón.

Se cultivó principalmente el género del ensayo científico divulgativo al igual que en el resto de los países. Este medio permite la opinión, lo subjetivo, lo objetivo, lo moral, científico, social, político, educativo., que es lo que ha hecho que la sexología se enriquezca a través de su diserto, también los tratados de corte académico o técnico menos divulgativos, artículos o referencias que aparecen en torno a áreas médicas ginecología, obstetricia, psiquiatría, endocrinología, medicina legal, hubo también una producción de pastorales nada desdeñable que aumenta en la posguerra civil española.

Las obras se distribuyen por temáticas unas eran médicas, otras se centran en la educación, otras en la antropología o etnología sexual, otras eran de carácter psicosocial, predicativa moral referidas al sexto mandamiento, o decretos y leyes que regulaban acontecimientos sexuales.

El volumen producido fue notable, de 1851-1900, 209 obras de estas 145 son originarias y el resto traducidas. Pedro Felipe Monlau publicó “Higiene del matrimonio”⁵⁵ una obra de gran éxito, 7 ediciones, la última se reeditó en 1928 alguna de ellas se tradujo al francés, bajo el epígrafe de higienismo trata temas de sexualidad y procreación con el fin de educar a las capas desfavorecidas, su estilo práctico y claro permite lo que se propone. Se considera que Monlau es el prelude del médico de cabecera. Otro género de manuales de alcoba instruye en materia sexual “El consejero de las casadas”⁵⁶. Fernando Mateos Koch, en su afán de arreglar los problemas derivados de la relación sexual, publica “Antes en el lecho conyugal y después”⁵⁷ 1891, “Fisiología del amor, venus sensual”⁵⁸. Como vemos esta producción es principalmente práctica y se percibe una ausencia teórica hacia la búsqueda del concepto que si se encuentra en los extranjeros.

En la primera mitad del siglo XX se publican artículos de sexualidad en un volumen de 2.777 de estas 1.765 son de producción propia y 1.015 traducidas. El año de mayor auge fue 1934 con 144 obras. Influyó notablemente, entre otros acontecimientos, el neomaltusianismo, las primeras jornadas de eugenesia, y que los círculos científicos españoles estaban compuestos por filósofos, médicos, juristas formados en las principales universidades de Europa (en especial a Alemania) y el impulso de la Institución Libre de Enseñanza, que adquiere puestos de poder institucional y crea la Junta de Ampliación de Estudios de 1907 con Joaquín Costa, Giner de los Ríos, Menéndez Pelayo, Ramón y Cajal, Echeagaray, continúa con la generación de 1912 Ramón Jiménez, Pérez de Ayala, Azaña, Madariaga, Eugenio d’Ors. Marañón y continúa con la generación del 27 que se extiende hasta las postrimerías de la Guerra Civil Española, que da lugar a la diáspora y la desaparición de todo atisbo sexual para quedar replegado en el silencio y en manos de la iglesia. Estas generaciones aportaron un flujo de ideas y producción encomiable. No sólo trajeron ideas, difundieron sus obras, prepararon congresos,

jornadas, debates invitando a científicos extranjeros, este intercambio fructifica en divulgar también la cultura española y que nuestros científicos se conocieran fuera, del grupo español desde luego el que más interés despertó fue G. Marañón, aunque Hildergard fue así mismo tenida en cuenta y traducida. Tuvimos otras mujeres, una treintena, que también publicaron en nuestro país y se preocuparon de las cuestiones del sexo principalmente en temas de divulgación y educación, presentan todas ellas, excepto Hildergard, una exposición muy mediatizada por la moral social- las extranjeras excepto M Stopes- presentan el mismo sesgo.

De las 1.015 obras traducidas, muchas del alemán, incorporaron a España a Freud, Bloch, Krafft Ebing, otros como Ellis, etc, sin embargo, se nota la ausencia de Hirschfeld y Reich. Además de ser traducidos algunos estuvieron en nuestro país en el Ateneo y en la Institución Libre de Enseñanza, así como, en la Residencia de Estudiantes y en la universidad, algunos como Ellis, invitado en 1928, a las Primeras Jornadas sobre Eugenesia celebradas en Madrid y suspendidas al tercer día por Primo de Rivera. De estas jornadas que inauguró Azaña, se publicaron las Actas con el título Genética, Eugenesia y Pedagogía Sexual, a partir de este fermento surge la Liga Española para la Reforma Sexual sobre bases científicas socia de la Liga Mundial y el primer número de la Revista Sexus.

Otra Revista que se ocupó notablemente de publicar artículos, entre otros temas, sexología y anticoncepción, (bajo el epígrafe de eugenesia) fue la Revista Estudios de corte anarquista y naturalista. Con anterioridad, en concreto 1925 se comenzó a editar la Revista Sexualidad, dirigida por el Dr. Antonio Navarro Fernández. Entre los más notables colaboradores, por destacar algunos tenemos a Marañón (citado anteriormente por contribuir a esclarecer el marco teórico de la sexología), y Hildergart esta mujer, público de forma periódica desde el 1925-28 en esta revista, fue tal el impacto que causo a Ellis que publicó un artículo *The Red Virgen* por su notable y curiosa personalidad, así como por el respeto que le causaron sus artículos alrededor de la teoría sexual.

Otros colaboradores de las revistas y productores de libros fueron Cesar Juarros, psiquiatra, aporta a la sexualidad una visión desculpabilizadora incorporando las teorías

psicoanalistas, es una lástima que este aún poco estudiado. Gonzalo Rodríguez Lafora, psiquiatra, público en España y en el extranjero artículos concienzudos y técnicos su tratado *“La educación sexual y la reforma de la moral sexual”*⁵⁹, 1933 puso las bases de lo que sería la educación sexual española antes de la guerra, Luis Huerta, pedagogo, realizó en nuestro país, lo que otros en Europa, público gran cantidad de artículos y se preocupó de que la instrucción de todo tipo y entre otras la sexualidad, llegará a los analfabetos españoles (77%) mediante la creación de la Liga Española de la Juventud Eugénica, y fue uno de los promotores de las Jornadas Eugénicas de 1934, Jaime Torrubiano, teólogo laico, y consultor matrimonial trato de desamortizar a la sexología del discurso moralizante de la iglesia, declarando sin ambages, que esta utilizaba asertos pseudocientíficos para confundir a las masas cito:

*“...yo tengo ya no corta historia dedicada a someter a revisión y análisis, razonados y documentados, las tesis teológicas y jurídicas de las escuelas católicas, la disciplina de la iglesia, las costumbres y prácticas de las jerarquías eclesiásticas, el oficialismo religioso del Estado y los prejuicios y conducta del catolicismo español, y, como consecuencia de estos estudios, he fiscalizado y condenado severamente las numerosas corruptelas que a la sombra de la Religión católica se han introducido”*⁶⁰.

Félix Martí Ibáñez, médico psiquiatra, Director general de Asistencia Social de la Generalitat, publica varios artículos⁶¹ en la Revista Estudios acerca de Eugenesia centrados en la sexualidad y anticoncepción, separa ampliamente ambos conceptos, exiliado 1939 llegó a dirigir la Revista MD en Estados Unidos, Martín Lucenay, publica más de 60 obras de divulgación sexual con un perfil médico y humanista, como casi todos los mencionados, hay otros como Isaac Puente que contribuyen con diversos artículos a difundir métodos y formas más sanas de sexualidad, en uno de ellos explica el método Ogino con gran lucidez y claridad, aludiendo al método de la abstinencia periódica como la “Ruleta Vaticana” término utilizado en los medios obreros. Posteriores a los años 50-70, poco hay, excepto López Ibor con su “El libro de la vida sexual”⁶², que “educó” a una generación. Me permito citar a un compañero médico encomiable Manuel Serrano

Vicens que investigo desde su consulta a 1417 mujeres, su recopilación, circulo en cicloestil por las universidades españolas, finalmente, el libro pudo publicarse en 1971 ⁶³.

Concluyendo, todos estos autores aportan un nuevo constructo teórico y teorético desde el cual entender e investigar el hecho sexual humano desde un ámbito global, desamortizándolo de la reproducción que es sólo una de sus finalidades y del simple hecho del placer que sería considerado como una finalidad más entre otras, pero no explicativo del hecho sexual que es más trascendente.

Sus investigaciones se despojan de criterios morales o políticos para guiarse de elaboraciones intelectuales a luz de la ciencia dice Marañón “la moral esta siempre al lado de la luz la otra es la inventada por los fariseos” (citado por Pellegrini) ⁶⁴.

Las publicaciones constituyen un discurso referencial central, sustantivo y quicial del estudio del hecho sexual humano como núcleo explicativo de muy diversas manifestaciones que dan corpus teórico a la Sexología como ciencia, que tiene como finalidad tratar de estudiar el hecho sexual humano ²⁴.

Luego la Sexología sería la ciencia que estudia los fenómenos sexuales que conforman o articulan al ser sexual.

Es obligado aquí, referirnos a Merleau Ponty y su teoría de la percepción ⁶⁵ que dice:

“El cuerpo no es solo un objeto cualquiera, la percepción objetiva está habitada por una percepción más secreta: el cuerpo visible está subtendido por un esquema sexual, estrictamente individual, que acentúa las zonas erógenas, dibuja su fisonomía sexual y convoca los gestos del cuerpo, él mismo integrado en esta totalidad afectiva, de cuerpo sexuado” más adelante. *“Si la historia sexual de un hombre da la clave de su vida, es porque la sexualidad del hombre proyecta su manera de ser respecto del mundo, es decir, respecto del tiempo y respecto a los demás hombres”*.

Luego el sexo tendría una significación existencial, no sólo genital o erótico, la sexualidad no se a ser una actividad imprevisible, regida por el instinto, sino que asegura

una continuidad de la identidad sexual individual a través de la función específica que a ella se relaciona, de forma que el fin de un acto sexual prepara el comienzo del otro. Gothe afirmaba “del deseo caigo en el goce y en el goce muero de deseo del deseo”, luego la sexualidad es un acto volitivo del hombre que lo trasciende del instinto. Todos estos autores responden al modelo/paradigma de la sexualidad desde la idea del Sistema Sexual Humano ⁶⁶.

Sobre la base de este hecho complejo, se han formulado distintos modelos terapéuticos como el de Master y Johnson, que basándose en sus conocimientos fisiológicos utiliza la desensibilización sistemática de Wolpe (1958), el entrenamiento en asertividad de Lazarus (1965), la terapia Racional y Emotiva de Ellis (1962), el modelo psicosexual de tareas de H. Kaplan (1974) que tiene una mixtura de aportaciones conductuales aplicadas de forma específica a la sexualidad. En la década de los 80 aparecen las corrientes cognitivas (Ellis,1980; Lazarus, 1980; Walen,1980), las fundamentadas en las habilidades personales (Levine,1980), las corrientes humanistas, gestálticas etc. Cada uno desde su campo encaran el tratamiento de las disfunciones sexuales desde diferentes enfoques y desde sus aportaciones se construye un modelo terapéutico sexual cuyo objetivo es la disfunción sexual y su herramienta de diagnosis la historia clínica sexual.

1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER EN EL EMBARAZO:

El embarazo produce una serie de adaptaciones a nivel anatómico, fisiológico y de metabolismo para poder llevar un embarazo a término ⁶⁷. Estos cambios son importantes y persisten tanto en el embarazo como el puerperio.

Como es sabido, en las ciencias médicas, el estudio del individuo se estructura a través de sistemas, cuyos elementos están interrelacionados entre sí. Sin embargo, es notable la ausencia de un sistema sexual, compuesto e interrelacionado con elementos de otros sistemas anatómicos, cerebrales, sociales, etc. La interrelación obliga, por las leyes del sistema, a que si modificamos cualquiera de ellos se verán afectados todos los demás, variando hasta lograr un nuevo equilibrio. Aplicando la teoría de los sistemas al embarazo, que produce una alteración en el sistema endocrino, reproductor, circulatorio, locomotor, neurológico psíquico etc., la morfología de la mujer cambia y, a ese cambio no es ajeno el sistema sexual produciendo una serie de variaciones que repercuten en sus conductas sexuales.

El embarazo se caracteriza por un aumento del peso corporal entre 10 y 17 kilogramos. El patrón de cambios en el peso corporal más marcado ocurre en el segundo trimestre de embarazo, no obstante, estos cambios son muy variables entre las mujeres y su peso corporal antes del embarazo. La mujer se tendrá que adaptar a esa alteración de la morfología corporal que le conlleva este aumento de peso. Con lo cual cambia el eje corporal durante la bipedestación. Este cambio físico también produce alteraciones en el sueño con mayor incomodidad y un deterioro en la calidad del sueño, una disminución etapa del sueño de movimientos oculares rápidos (en adelante REM) y de las etapas 3 y 4 del sueño no REM. Este hecho ocasionará una mayor somnolencia diurna.

Para garantizar la oxigenación de la mujer y el feto se producen cambios profundos en el sistema cardiovascular y hematológico de la embarazada. Por un lado, el corazón se desplaza por compresión del diafragma pudiendo producirse una hipertrofia excéntrica, para adaptarse al aumento de volumen sanguíneo, que puede tardar hasta 6 meses en volver a la normalidad tras el parto. Se produce un aumento de la frecuencia cardíaca basal y hay un aumento del gasto cardíaco que suele dirigirse a la placenta, mamas y útero

principalmente. La presión arterial, por el contrario, suele estar reducida por disminución de las resistencias vasculares periféricas. Con el embarazo aumenta entre 5-6 veces el riesgo de enfermedad tromboembólica. Esta hipercoagulabilidad está producida por aumento de varios factores procoagulantes, una disminución de inhibidores de la coagulación y reducción de la actividad fibrinolítica.

En el sistema respiratorio superior se produce un aumento de la producción de moco con congestión nasal y puede producir síntomas similares a un resfriado común de forma persistente durante todo el embarazo. Esto puede ocasionar la aparición o un aumento de los ronquidos durante el sueño. También son más frecuentes las epistaxis autolimitadas. La caja torácica se expande pudiendo aumentar el perímetro torácico.

La vejiga asciende durante el embarazo y aumenta la vascularización lo que puede conllevar episodios de hematuria macroscópica. Así mismo al aumentar el tamaño del útero se reduce la capacidad de la vejiga aumentando la frecuencia miccional, tenesmo vesical e incontinencia urinaria. Estas alteraciones también repercuten en la calidad del sueño, al producir despertares más frecuentes.

En el sistema digestivo se ve afectado a varios niveles. Hay un aumento del apetito y el gusto puede atenuarse, lo que provoca que la mujer tienda a comer alimentos más condimentados. Las náuseas y vómitos son frecuentes en la evolución del embarazo que puede conllevar una disminución de la ingesta. Aumenta la enfermedad por reflujo por causas multifactoriales (hormonal, anatómico, etc.). El aumento de la presión a nivel abdominal provoca un aumento de la presión venosa portal conlleva un aumento de las venas hemorroidales. También se produce una alteración en la motilidad intestinal lo que provoca tanto estreñimiento como en otras mujeres episodios diarreicos.

A nivel óseo hay una pérdida de masa ósea que se corregirá una vez pase la gestación y lactancia. Una hipótesis es que el esqueleto se prepare para permitir la carga de un feto. Hay un aumento de la lordosis lumbar a medida que progresa el embarazo para mantener el centro de gravedad en las piernas y en muchas ocasiones esto originará dolor lumbar.

En la piel hay una hiperpigmentación de la areola del pezón, la zona genial y la línea alba. En la vagina hay un aumento de vascularización con hiperemia en la vulva y mucosa vaginal.

El servicio de salud de Castilla y León (en adelante SACYL) establece un protocolo de actuación en atención primaria de los embarazos de bajo riesgo (Anexo 1). Como se puede ver en el protocolo del SACYL no hay referencias a la sexualidad.

La sexualidad sigue siendo un tabú a nivel asistencial y más silenciado si cabe en el periodo del embarazo. Por todo ello hemos visto necesario conocer la sexualidad, sus miedos y problemas durante la gestación y poder dar a conocer a los profesionales los resultados de los mismos para mejorar la calidad asistencial.

Tabla 1: Principales cambios durante el embarazo

Sistemas y aparatos	Cambios
<i>Sistema respiratorio</i>	↓ Capacidad pulmonar total ↑ Capacidad respiratoria ↓ Volumen y capacidad funcional residual
<i>Sistema cardiovascular</i>	↑ Volumen sanguíneo en 30-50% ↑ Gasto cardíaco en 30-50% ↓ Presión sanguínea
<i>Sistema reproductor</i>	↑ Tamaño de las mamas ↑ Tamaño del útero
<i>Sistema urinario</i>	↓ Capacidad de la vejiga ↓ Control urinario ↑ Índice de filtración glomerular
<i>Aparato digestivo</i>	Dificultad de deglución ↓ Motilidad gastrointestinal ↑ Aumento de reflujo gastroesofágico Alteración de enzimas hepáticas
<i>Piel y faneras</i>	Distensión de la piel (estrías) Aparición de acné Aparición de hiperpigmentación Pérdida postparto de cabello Aparición de edema en las extremidades

<i>Sistema nervioso central</i>	Trastorno del sueño ↑ Labilidad emocional
<i>Aparato ocular</i>	↓ Presión intraocular Edema del cristalino
<i>Sistema músculo-esquelético</i>	Hiperlordosis lumbar Ensachamiento de la sínfisis púbica.
<i>Aparato circulatorio</i>	↑ N° de hematíes ↑ N° de leucocitos ↑ Factores de coagulación ↓ concentración de albúmina
<i>Sistema endocrino</i>	↑ Estrógenos ↑ Progesterona ↑ Hormona estimulante de melanocitos ↑ Relaxina ↑ Gonadotropina coriónica humana (en adelante hCG)

1.3 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

1.3.1 Revisión bibliográfica:

Tabla 2: Resumen metaanálisis y revisión bibliográfica

Autores (Año publicación)	Número artículos (años revisados)	Tipo de estudio	Deseo			Coito			Orgasmo		
			Trimestre			Trimestre			Trimestre		
			1 ^{er}	2 ^o	3 ^{er}	1 ^{er}	2 ^o	3 ^{er}	1 ^{er}	2 ^o	3 ^{er}
Von Sydow et al ⁶⁸ (1999)	59 (1950- 1996)	Metaanálisis	↓	=	↓	↓		↓	=	=	=
Serati et al ⁶⁹ (2010)	48 (1960- 2010)	Metaanálisis	↓	↓	↓	↓	↓	↓			
Pierrepont et al ^{70, 71} (2016)	123 (2001- 2015)	Metaanálisis	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Grussu et al ⁷² (2021)	11 (1978- 2019)	Revisión bibliográfica	↓	↓	↓	↓	↓	↓			

Leyenda: ↓ descenso leve ↓ descenso moderado, ↓ descenso severo, = sin cambios

Von Sydow et al⁶⁸ extrajeron los siguientes resultados: El interés sexual femenino y la actividad coital disminuyeron levemente en el primer trimestre del embarazo, mostraron patrones variables en el segundo trimestre y disminuyeron drásticamente en el tercer trimestre. Un 20% se masturbó durante el embarazo. La mayoría de las parejas no practicaron el coito durante aproximadamente 2 meses, tanto antes como después del parto. La variabilidad de posiciones coitales respecto a antes del embarazo disminuyó, siendo las más usadas la superior femenina, lado a lado y la posición a tergo. En la revisión de los 59 artículos se observó la variabilidad interindividual en cuanto a la capacidad de respuesta sexual, el orgasmo, la actividad y el disfrute. También concluyeron que el coito no dañaba al feto y que las variables sociodemográficas no se relacionaban con la actividad sexual. La principal limitación que observaron fue el reduccionismo de la sexualidad al coito. De estos resultados se derivaron implicaciones médicas, de asesoramiento y psicoterapéuticas.

Los resultados de Serati et al ⁶⁹ fueron que la función sexual tuvo una disminución global significativa durante el embarazo, particularmente en el tercer trimestre y esto persistió hasta 6 meses después del parto. Consideraron que esa disminución de la actividad sexual fue debido a la falta de información sobre sexualidad durante el embarazo, la disminución de la atracción y el miedo a los efectos adversos que podría producir si se practicaba. Se concluyó el deber de informar a las parejas sobre la disminución de la libido, el deseo y el orgasmo, que se encuentra comúnmente durante el embarazo, particularmente en el último trimestre y el puerperio, lo que puede conducir a una reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales.

Pierrepoint et al ^{70,71} realizaron un metaanálisis cuyo propósito fue identificar la literatura que se ha publicado sobre la sexualidad perinatal desde 2000-2015. Se obtuvieron 333 artículos y se seleccionaron un total de 123 artículos empíricos. Se analizaron 23 variables sexuales prenatales. La relación de variables, como Von Sydow ⁶⁸, presentó un retrato diversificado de la sexualidad perinatal durante el embarazo. A pesar de algunas excepciones, se observó una cierta tendencia hacia una disminución gradual y progresiva de la mayoría de los comportamientos sexuales y de la expresión sexual general durante el embarazo, con una marcada disminución al inicio del embarazo y durante el tercer trimestre. Las mujeres se vieron particularmente afectadas por un mayor número de cambios sexuales, aunque los hombres también. Muchos factores fisiológicos y psicológicos simultáneos afectaron la expresión sexual de las parejas. Concluyeron que las intervenciones sexo perinatales debían ser parte de la atención médica perinatal holística para ayudar a las parejas a mantener una relación íntima y una vida sexual sana y positiva.

Grussu et al ⁷² en su revisión bibliográfica reveló una disminución gradual en la frecuencia del comportamiento sexual durante el embarazo, más pronunciada en el tercer trimestre. La actividad sexual comenzó a reanudarse alrededor de las 6 a 8 semanas después del parto, para recuperarse por completo solo después de los 6 meses. También se encontró un cambio simultáneo en la función sexual, como menos orgasmo, deseo y satisfacción sexual, y más dispareunia. Estas variables estaban relacionadas con cambios

en factores biopsicosociales, los temores por las consecuencias negativas de las relaciones sexuales, un consejo inadecuado o ausente de los profesionales, el método de parto y la lactancia. Concluyeron, al igual que los autores anteriores ⁶⁸⁻⁷¹, que los profesionales de la salud deberían informar adecuadamente a las parejas sobre las fluctuaciones comunes en la actividad sexual, el interés, el deseo y la capacidad de respuesta durante el transcurso del embarazo y después del parto.

1.3.2 Estudios con cuestionario Índice de Función Sexual Femenina:

Estudios que utilizaron el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (en adelante FSFI) de Rosen et al ⁷³ que cumple la clasificación del Consenso Internacional acordado en la Conferencia sobre disfunciones sexuales de la mujer. Es autoadministrada, con 19 items sujeto a escala de Likert y evalúa la función sexual femenina. La disfunción sexual es una alteración en el proceso del ciclo de la respuesta sexual que puede ser producido por diferentes causas psíquicas o físicas y una de las que más prevalece es el dolor. Consideran el límite en el cual se puede hablar de disfunción sexual con puntuaciones por debajo de 26,55.

Tabla 3: Resumen estudios que utilizan cuestionario FSFI

Autor (año publicación, país)	Tipo de estudio (participantes, rango edad)	Puntuación FSFI			Conclusiones
		1 T	2 T	3 T	
Aslan et al ⁷⁴ (2005, Turquía)	Cohortes retrospectivo (40 gestantes, 21-30 años)	28,4±5	26,3±4,4	20,6±6,2	- Existe una disfunción sexual a medida que avanza el embarazo. - Negativo para vínculo matrimonial. - Precisan información.
Erol et al ⁷⁵ (2007, Turquía)	Observacional transversal (589 gestantes, 17-39 años)	21,4±10,1	22,3±10	15,9±12,3	- Descenso marcado en el 3 ^{er} trimestre - Disminuye la excitación clitoriana - Disminución del deseo - Trastorno orgásmico en el 81%
Kerdarunsuksri et al ⁷⁶ (2010, Taiwán)	Observacional transversal	Global 15,49			- Disminución sexualidad progresiva

	(347 gestantes, 14-42 años)				<ul style="list-style-type: none"> - Un 11,4% no realizan conductas sexuales por miedo a dañar al feto - Disminución deseo sexual lo consideran normal
Chang et al ⁷⁷ (2011, Taiwán)	Observacional transversal (661 gestantes, 12-35 años)	18.10 ± 1	20.86 ± 1	10.92 ± 0.9	<ul style="list-style-type: none"> - La frecuencia coito y el deseo descienden significativamente en el 3^{er} trimestre - Causa: imagen corporal, dificultad para embarazo, posibilidad aborto, trabajo.
Naldoni et al ⁷⁸ (2011, Brasil)	Observacional transversal (137 gestantes, 14-39 años)	≤ 26,5 un 36,85%	≤ 26,5 un 55,17%	≤ 26,5 un 76,67%	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfechas con la relación emocional y sexual con su pareja a pesar de disfunción - Se relacionó la edad, aumento peso e incontinencia urinaria con disfunción
Esmer et al ⁷⁹ (2013, Turquía)	Observacional transversal (363 gestantes, 26.9 ± 4.8 años)	21.84±8	21.47±7.27	15.35±10.4	<ul style="list-style-type: none"> - El asesoramiento sexual no es frecuente en la actividad clínica. - La disfunción provoca problemas de pareja y la adaptación de la mujer al embarazo - La satisfacción es independiente a la disfunción
Tosun et al ⁸⁰ (2014, Turquía)	Descriptivo (306 gestantes, 25,6 ± 5,4 años)	88,9% Disfunción deseo 42,8% lubricación 86,9% excitación 69,6 % orgasmo 48% satisfacción			<ul style="list-style-type: none"> - Influye en la disfunción edad, nivel educativo, duración matrimonio, embarazo no deseado, evolución del embarazo y problemas de salud
Ahmed et al ⁸¹ (2014, Egipto)	Cohortes prospectivo (451 gestantes, 26,5 ± 4,9 años)	22.4 ± 4.1	26.6 ± 3.9	18.6 ± 3.8	<ul style="list-style-type: none"> - Más disfunción en 3^{er} trimestre. - Pico actividad sexual en 2^o trimestre
Aydin et al ⁸² (2015, Turquía)	Casos y controles (210 casos y 246 controles, casos 29,74 ± 11,6 y	Casos 18,9 (7,2-36) Controles 22,7 (7,2-36)			<ul style="list-style-type: none"> - Disfunción sexual en el 91% de las mujeres embarazadas

	controles 32,03 ± 13,6)				- Empeora la función sexual progresivamente a medida que avanza el embarazo
Wallwiener et al ⁸³ (2017, Alemania)	Cohortes prospectivo (315 gestantes, 32,8 ± 4,6 años)	21.1±10.9	17.7 ± 11.4	22.4 ± 10.2	- El deseo desciende durante el embarazo, pero hay variaciones interindividuales - Consulta prenatal con información y prevención de disfunciones - Encuentras relación entre datos socioculturales y disfunción
Kalhesi et al ⁸⁴ (2018, Irán)	Cohortes prospectivo (123 gestantes, 27,3 ± 2,2 años)	22.6 ± 0.4	23.8 ± 0.7	17.5 ± 0.2	- El deseo, excitación, y lubricación aumenta en el 2º trimestre. - Disfunción de sus parejas variable
Fuchs et al ⁸⁵ (2019, Polonia)	Observacional transversal (624 gestantes, 28.2 ± 5.5 años)	26.1 ± 6.1	25.9 ± 8.7	22,7 +- 8,7	- La disfunción va aumentando a medida que progresa el embarazo - Diferentes posturas según trimestres

Todos los autores ⁷⁴⁻⁸⁵ concluyeron que hubo un descenso de la actividad sexual en el tercer trimestre atribuido al miedo a dañar al feto. En estos estudios mostró que un 20% de las mujeres sí fueron informadas de sexualidad por sus médicos. La satisfacción sexual no se correlacionaba con las demás variables estudiadas.

Tossun et al ⁸⁰ encontró significación en las variables deseo, frecuencia de coito y orgasmo en relación con las molestias físicas propias de la gestación (dolor de piernas, insuficiencia venosa, estreñimiento, dolor de espalda y dificultad respiratoria).

Esmer et al ⁷⁹ valoró las posturas sexuales. Durante el embarazo cambiaron de postura “cara a cara” que cada vez fue más incómoda a posturas de lado o a tergo.

Ahmed et al ⁸¹ mostró que el 68% de la muestra presentaba una disminución de la puntuación FSFI durante todo el embarazo, pero donde más acusaban esta disminución era en el tercer trimestre. No disiente en las puntuaciones FSFI con los autores anteriores, únicamente en el segundo trimestre que mejoraba levemente la puntuación. La edad, el número de hijos anteriores y los años de matrimonio correlacionaban negativamente, algo bastante habitual en las mujeres egipcias.

Kalhesi et al ⁸⁴ creyó que la mejoría en el segundo trimestre se debe a que el embarazo se consolida y no hay miedo a la pérdida fetal y una reafirmación de la feminidad porque une el concepto de mujer y maternidad. Los cambios vasculares de la pelvis en la embarazada aumentaron la lubricación y el erotismo, ya advertido por Master y Johson ⁴⁵.

Fuchs et al ⁸⁵ se reafirmó en los resultados encontrados por los demás autores anteriores. Es interesante comentar el estudio que llevó a cabo en las posturas coitales, al igual que nuestro estudio. En el primer trimestre posturas cara a cara. En el segundo y tercer trimestre las más usadas fueron la a tergo, cabalgante y de lado.

Erol et al ⁷⁵, además de utilizar el cuestionario FSFI, llevaron a cabo un estudio sobre la dehidroepiandrosterona (en adelante DHEA) y la testosterona libre en cada trimestre. Ambas hormonas están relacionadas en el varón con el incremento en la actividad sexual si bien es cierto que esta conclusión es controvertida en la sexualidad femenina. Las puntuaciones del FSFI fueron similares para el primer trimestre (21,4 +- 10,1) y el segundo trimestre (22,3 +- 10,1). Sin embargo, el descenso fue significativo en el tercer trimestre (15,9 +- 12,3). La disfunción sexual se atribuía a la disminución de la sensación del clítoris en el 94,2% seguido de la falta de libido en el 92,6% y del trastorno orgásmico en el 81%. No se detectó correlación con los niveles de andrógenos séricos.

Chang et al ⁷⁷ además de utilizar el FSFI utilizó la versión corta de incontinencia urinaria (Incontinencia Urinaria Short Form) y la escala de imagen corporal para mujeres embarazadas. Corroboraron un descenso de actividad sexual en el tercer trimestre. Las variables que influyeron en el descenso del primer trimestre fue el deseo por el miedo al aborto y que eran mujeres infértiles. En el descenso del segundo trimestre influyó la

imagen corporal y el trabajo de jornada completa. En el tercer trimestre lo que provocó el descenso fue la incontinencia urinaria y la incomodidad.

1.3.3 Estudios con entrevista o cuestionario no validado:

Grupo de estudios que utilizaron la técnica de la entrevista o un cuestionario no validado sobre hábitos sexuales en el embarazo.

Tabla 4: Resumen estudios con entrevista o cuestionario no validado

Autor (año publicación, país)	Técnica recogida de datos (participantes, rango edad)	Conclusiones
Adinma et al ⁸⁶ (1994, Nigeria)	Entrevista retrospectiva (440 gestantes, primerizas > 21 años)	- Frecuencia de relaciones menor - Iniciativa de relaciones por la pareja - Algunas creen que provoca abortos y otras que beneficioso al embarazo
Awapusitanon et al ⁸⁷ (2004, Tailandia)	Cuestionario estructurado (149 gestantes, 14 - 41 años)	- Disminuye la actividad durante el embarazo sobre todo en primer y tercer trimestre - Postura más usadas durante el embarazo: a tergo y de lado.
Gökyildiz et al ⁸⁸ (2005, Turquía)	Entrevista por trimestre (150 gestantes, 19 - 40 años)	- La frecuencia, el deseo, la masturbación y la satisfacción sexual disminuye a medida que avanza el embarazo - Aumentan posturas de mujer encima y lado a lado
Fok et al ⁸⁹ (2005, China)	Estudio prospectivo transversal (298 gestantes, 29,1 ± 4,9)	- Disminución actividad sexual, el deseo y el orgasmo durante el embarazo. - Miedos a sangrado, infección, rotura de membranas, etc.
Senkumwong et al ⁹⁰ (2006, Taiwán)	Cuestionario estructurado (120 gestantes por trimestre, 26.6 ± 5.3 años)	- Disminución del deseo, frecuencia coito disminución significativa durante el embarazo y el orgasmo disminuye no significativa.
Lee et al ⁹¹ (2010, Taiwán)	Autoinforme (215 gestantes, 20-40 años)	- Sin variaciones en las posturas antes y durante el embarazo - Disminución satisfacción y la actividad durante el embarazo
Sacomori et al ⁹² (2010, Brasil)	Cuestionarios antes y durante el embarazo (156 gestantes, 25,8 ± 6,2 años)	- La actividad sexual disminuye durante el embarazo. - Relaciona iniciativa sexual femenina con satisfacción - Los hombres más iniciativa durante el embarazo que ellas

Pauleta et al ⁹³ (2010, Portugal)	Cuestionario autoadministrado (188 gestantes, 28.9 ± 5.68 años)	- Descenso en la actividad sexual pero la satisfacción permanece igual en un 48,4% - Un 20,4% se masturbó durante el embarazo
Torkesatani et al ⁹⁴ (2012, Irán)	Estudio transversal (155 gestantes, 26.4 ± 4.2 años)	- Disminuyó las relaciones sexuales - Se demuestra que las relaciones sexuales no afectan negativamente al feto.
Sagiv et al ⁹⁵ (2012, Israel)	Cuestionario (243 gestantes)	- Estudio 1: las mujeres embarazadas niveles más bajos de intimidad y deseo sexual pero mayores niveles de compromiso y amor por pareja. - Estudio 2: Calidad de relación y funcionamiento no variaban, pero el disfrute sexual y el ser amado por la pareja disminuyeron. - Las mujeres embarazadas menor deseo sexual que no embarazadas y sus parejas.
Liu et al ⁹⁶ (2013, Taiwán)	Cuestionario (62 gestantes, 20 - 40 años)	- Disminución de coito durante el embarazo.
Escudero et al ⁹⁷ (2013, España)	Cuestionario (111 gestantes, 30,3 ± 4,92 años)	- Reducción de frecuencia de coito y satisfacción - Disminución del orgasmo en la semana 38 - Aumento de dolor a las 38 semanas
Galazka et al ⁹⁸ (2015, Polonia)	Estudio prospectivo (168 gestantes, 27.8 ± 4.7 años)	- Disminución de la actividad sexual a medida que progresa el embarazo. - Deseo, lubricación y orgasmo muy descendido en el tercer trimestre..
Yildiz et al ⁹⁹ (2015, Brasil)	Cuestionario (59 gestantes)	- Relaciona niveles de disfunción sexual antes del embarazo con durante y postparto
Panea et al ¹⁰⁰ (2019, España)	Estudio fenomenológico cualitativo descriptivo (15 gestantes, 29 - 39 años)	- Disminución función sexual durante el embarazo - Distorsión imagen corporal de las embarazadas - Cambios en posturas sexuales durante el embarazo
Lund et al ¹⁰¹ (2019, Canadá)	Cuestionario (55 gestantes, 21 – 43 años)	- Estudió autopercepción y satisfacción sexuales - Mejor autoimagen igual mejor sexualidad durante embarazo
Fernández et al ¹⁰² (2020, España)	Cuestionario (108 gestantes, 24 - 43 años)	- Disminución deseo sexual más marcado en primer trimestre
Kulhawik et al ¹⁰³ (2022, Polonia)	Cuestionario (100 gestantes, 31.76 ± 4.60 años)	- Disminución masturbación - Miedo a dañar al feto - Analiza gestante y la pareja - Satisfacción y frecuencia disminuyen

Adinma et al ⁸⁶ concluyó que la mayoría de las embarazadas dijeron que no debe interrumpirse el coito durante el embarazo y un 19,3% consideraron que se debería aumentar la frecuencia coital para mantener la armonía en la relación de pareja.

Awapusitano et al ⁸⁷ y Gökyldiz et al ⁸⁸ valoraron las posturas sexuales. La posición de misionero fue la que más se usó antes del embarazo, pero después del embarazo esta posición disminuyó. Las parejas aumentaron ligeramente en el uso de la cabalgante y aumentaron notablemente en el uso de las posiciones de lado o a tergo. Sin embargo, Senkumwong et al ⁹⁰ refirieron que la postura más usada era misionero y también incrementaba a lo largo del embarazo además de la posición a tergo. Sacamori et al ⁹² indicaron como más usadas las posturas de lado y a tergo. Lee et al ⁹¹ consideraron que era irrelevante el trimestre en las posturas sexuales utilizadas, pero relacionó las posturas en que la mujer cabalga como las más placenteras. Panea et al ¹⁰⁰ en su estudio en una muestra española comentó que ocurrieron cambios posturales durante el embarazo.

Gökyldiz et al ⁸⁸ concluyeron que las embarazadas tiene las mismas creencias sobre daño al feto. La mayoría de las gestantes eran informadas sobre sexualidad y embarazo de sus parejas o amigos. Menos de 25% recibían información de sanitarios. Liu et al ⁹⁶, sin embargo, en su estudio refirieron que todas las mujeres habían recibido información de sexo y embarazo a través de mujeres que ya habían estado embarazadas y utilizaron el vehículo de internet.

Fok et al ⁸⁹ encontraron asociación en la disminución de la actividad sexual con la edad de la embarazada, la multiparidad y el tercer trimestre. Solo un 9% comentó la sexualidad durante el embarazo con sus médicos.

Senkumwong et al ⁹⁰ mostraron que el 59% de las mujeres de su estudio pensaban que podían mantener relaciones sexuales sin embargo el 79,7% estaban preocupadas. El daño potencial al feto fue considerado por el 70,8% de la muestra. En este estudio cabe destacar que un 62,2% de las mujeres habían recibido información sobre sexualidad y embarazo de sus médicos, dato mucho mayor al del resto de estudios.

En el estudio de Torkestani et al ⁹⁴ de las 155 participantes, 69 (44,5%) creía que las relaciones sexuales eran peligrosas al final del embarazo, 44 (28,4%) lo consideraron peligroso durante todos los trimestres, 18 (11,6%) dijeron que sus maridos pensaban que las relaciones coitales eran perjudiciales y 16 (10,3%) creían que era seguro. Concluyeron que no existía relación significativa entre la actividad sexual durante el embarazo y el trabajo de parto prematuro, la ruptura de membranas y el resultado fetal.

Algunos estudios con población española ^{97,100,102} encontraron datos similares al resto de estudios con disminución del deseo, frecuencia y satisfacción durante el embarazo.

1.3.4 Otros estudios:

Hemos seleccionado el artículo de Afshar et al ¹⁰⁴ porque realizaron un ensayo controlado aleatorio de 88 mujeres entre la 8 y la 14 semana de embarazo que se las asignó de forma aleatoria a dos grupos (intervención y control). Un grupo recibía educación sexual y otro no. Se les dio folletos educativos al finalizar la primera sesión y respondían a las preguntas vía telefónica. La función sexual se evaluó en ambos grupos mediante el FSFI tanto antes como 4 semanas después de la intervención educativa. Los resultados fueron que no hubo diferencias significativas entre grupos al comienzo. Después de la intervención educativa fue significativamente mayor en el grupo de intervención en relación con el grupo control. También existió una diferencia significativa en 6 dominios de función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. La conclusión fue que se debería de proporcionar educación sexual durante la consulta prenatal para mejorar la salud sexual en las parejas.

Ribeiro et al ¹⁰⁵ publicaron un estudio en el que sistematizaron las creencias positivas y negativas relacionadas con la actividad sexual en las gestantes. Las creencias positivas fueron que facilita el trabajo de parto, promueve la armonía marital, previene la infidelidad y mejora el bienestar fetal. Las creencias negativas fueron más frecuentes y estuvieron relacionadas con los estudios anteriormente comentados, dañar al feto (causar lesiones, aborto espontáneo o infección fetal) y poner en peligro el embarazo o la salud

materna (causar ruptura de membranas, sangrado, parto prematuro e infección materna). Estos hallazgos fueron útiles para los médicos y los trabajadores de programas educativos de salud.

Heidari et al ¹⁰⁶ realiza un estudio en 2018 cuasiexperimental en 123 parejas que divide en 3 grupos: parejas (grupo A), mujer embarazo (grupo B) , grupo control (grupo C). El grupo A recibieron educación sexual la mujer y su pareja, el grupo B recibió educación sexual sin su pareja y las mujeres del grupo C solo atención prenatal sin educación. Las funciones sexuales de las parejas se evaluaron mediante el cuestionario FSFI y el índice internacional de función eréctil (en adelante IIEF) antes de la educación sexual, 4 semanas después de la educación y al final del 2º y 3er trimestre. Las puntuaciones del FSFI y el IIEF no fueron diferentes al inicio del estudio en los 3 grupos. El análisis de medidas repetidas mostró diferencias significativas entre los 3 grupos en las puntuaciones en el tercer trimestre. Las puntuaciones medias de los grupos de intervención A y B no fueron significativas.

1.4 JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DE LA INVESTIGACIÓN

Se imbrica en siguientes premisas:

1. Partimos del conocimiento de la conducta sexual de la gestante de la misma provincia de 1984 (siglo XX) en la que se concluyó que vivía la sexualidad con angustia y miedo manteniendo unos mitos transferidos por sus madres y amigas acerca de lo que era peligroso para el feto y para ellas mismas.
2. La necesidad de contar con información fidedigna y actualizada acerca de la respuesta sexual de la gestante en la misma provincia desde la perspectiva de la mujer del siglo XXI.
3. Implementar desde la Atención Primaria estrategias, medidas o herramientas para cubrir las necesidades expresadas por las gestantes en esta faceta, para que vivan con sosiego y disfrutando con su pareja de una intimidad de calidad, sin dudas acerca de si practicar sexo dañará a su hijo o pondrá en riesgo su embarazo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer y valorar la situación real de la población gestante de Salamanca con relación a su comportamiento sexual durante el embarazo (conductas, dudas, mitos, miedos, etc.), para impulsar a posteriori, desde la Atención Primaria, la implementación de herramientas de promoción de la salud sexual durante la gestación que permitan vivir esta etapa con tranquilidad y sosiego.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características socioculturales y laborales de las mujeres gestantes y sus parejas de 2019 y comparar con la muestra de 1984.
2. Conocer qué impacto tiene la gestación en las conductas sexuales de las mujeres embarazadas del siglo XXI y comparar estas conductas sexuales con las mujeres gestantes del siglo XX.
3. Examinar las dudas, mitos y miedos que tienen las mujeres gestantes de 2019 y evaluar si persisten o han variado desde 1984.
4. Identificar y definir las necesidades de información de las mujeres acerca de la sexualidad durante la gestación.
5. Formular asociaciones entre la sexualidad de las gestantes y factores relacionados que permitan generar hipótesis futuras de trabajo mediante diseños de mayor rigor metodológico.
6. Proponer estrategias y herramientas para mejorar la salud sexual de las mujeres gestantes que se puedan implementar desde la Atención Primaria.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO Y ÁMBITO DE ESTUDIO:

En base a los objetivos planteados en este trabajo de investigación, se diseña un estudio observacional, descriptivo y transversal o de corte, mediante encuesta autocumplimentada, de base poblacional, a una muestra representativa de mujeres embarazadas pertenecientes al Área de Salud de Salamanca en dos puntos de tiempo separados más de tres décadas, 1984 versus 2019.

El ámbito de estudio lo constituye el Área de Salud de Salamanca, situada en el cuadrante noroeste de la Península Ibérica (Fig.1) y formada por el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (en adelante CAUSA) y su área de influencia que agrupa 36 Zonas Básicas de Salud de toda la provincia y atiende



Figura 1: Situación geográfica de Salamanca.

a una población de 339.982 habitantes ¹⁰⁷, 165.922 hombres y 174.060 mujeres. De los cuales entre 20 a 45 117.933 habitantes ¹⁰⁸, tasa global de fecundidad es de 33,43 ¹⁰⁹ y la tasa bruta de natalidad es de 6,89 por mil habitantes ¹¹⁰.

El Área de Salud de Salamanca incluye 11 Centros de Salud *Urbanos*: Alamedilla, Garrido Norte (Sisinio de Castro), Garrido Sur, Pizarrales-Vidal, San Bernardo Oeste (Miguel Armijo), San Juan, Sancti Spiritus-Canalejas (Centro F. Villalobos), Tejares, Universidad Centro (F. Villalobos), Castro Prieto (San José) y Centro de Salud Capuchinos; 2 *Semiurbanos*: Béjar y Ciudad Rodrigo; y 23 *Rurales* distribuidos por toda la provincia y zonas periurbanas.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

POBLACIÓN DIANA: Población a la cual quisiéramos generalizar los resultados, generalmente inaccesible para el investigador.

Mujeres españolas embarazadas, tercer trimestre

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Subconjunto de la población diana que queda acotada por los criterios de selección.

Mujeres embarazadas (3^{er} T) del Área de Salud de Salamanca

MUESTRA: Subconjunto de la población realmente estudiada.

Mujeres embarazadas (3^{er} T) de los Centros de Salud Urbanos, que acudieron a clases de educación maternal

La población de estudio fueron mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación, del Área de Salud de Salamanca, que acudían a las clases de educación maternal en el año 1984 y entre los años 2016 y 2019.

Criterios de inclusión:

- *Mujeres > 18 años.*
- *Tercer trimestre de gestación.*

Criterios de exclusión:

- *Mujeres < 18 años.*
- *Gestantes en primer y segundo trimestre de gestación.*
- *Mujeres en puerperio,*

3.2.1 Muestra generación baby boom / 1984 / siglo XX:

Se considera *generación baby boom* a la cohorte demográfica de personas nacidas entre 1946 y 1964, durante la explosión de natalidad que siguió a la Guerra Civil. Crecieron con la televisión y vivieron la lucha por los valores sociales.

La muestra se generó a partir de los cuestionarios recuperados del año 1984 (92 cuestionarios) pertenecientes a los Trabajo Fin de Grado ^{111,112}. La selección se hizo entre las mujeres que acudían a la clase de educación maternal que se impartía en el Hospital Clínico Universitario por la matrona del equipo de Ginecología. Los datos contenidos fueron tratados estadísticamente para poder responder a los objetivos que nos propusimos.

3.2.2 Muestra generación millennials / 2019 / siglo XXI:

La *generación millennials* incluye a las personas nacidas a partir de los años 80 hasta el año 1997. Son una generación digital, hiperconectada y con altos valores sociales y éticos

De los 11 Centros de Salud Urbanos, sólo 4 Centros de Salud (Alamedilla, Miguel Armijo, San Juan y Tejares) accedieron a participar en el estudio.

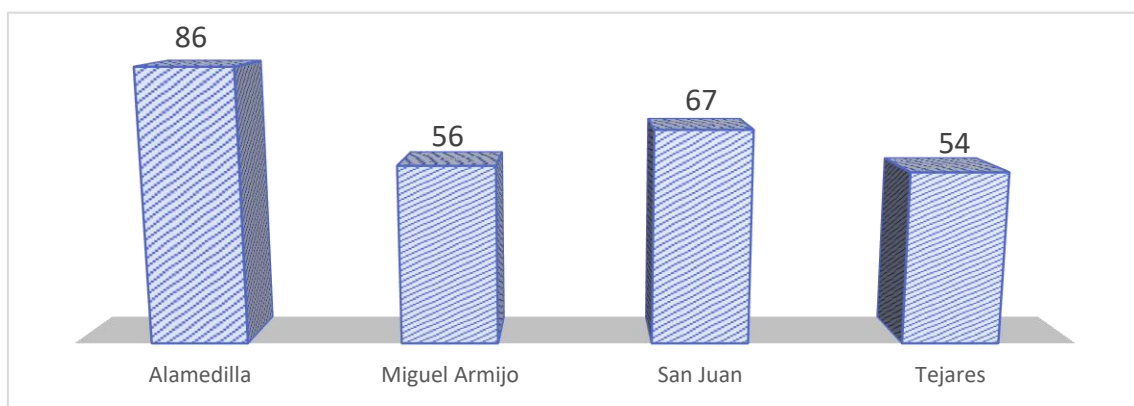


Figura 2: Distribución de participantes en educación maternal por centro de salud

La escasa colaboración pone de manifiesto, una vez más, la actitud aún reacia de los profesionales a estos temas, así como las dificultades que esto supone a la hora de poder realizar investigaciones sobre sexualidad.

Para evitar un *sesgo de selección*, decidimos recopilar la muestra entre las mujeres que acudieron a educación maternal y habían recibido los mismos conocimientos durante el periodo de tiempo 2016-2019 en los Centros de Salud participantes. Así, un total de 263 mujeres embarazadas acudieron a educación maternal durante el periodo de estudio. A partir de este dato, determinamos la muestra representativa mediante la fórmula de Sierra Bravo para poblaciones finitas ¹¹³ (número total de casos esperados N=263), bajo la hipótesis más desfavorable (p=50%, q=50%) y con un margen de error (e) del 5% (nivel de confianza o seguridad del 95%). El tamaño muestral representativo obtenido en este cálculo fue 159.

$$n = \frac{4 N (p x q)}{e^2 (N - 1) + 4 (p x q)}$$

Se recogieron un total de 104 consentimientos informados, a las cuáles se les entregó la encuesta, pero finalmente sólo 92 mujeres embarazadas devolvieron la encuesta cumplimentada. No sabemos a qué se debe esta pérdida de muestra. Se puede atribuir a que las mujeres no quisieron participar o que influyeran negativamente sus parejas.

3.3 FUENTES DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

El instrumento de medida ha sido un cuestionario estructurado, autocumplimentado, diseñado a partir de los Trabajos Fin de Grado de la Dra. Fuentes de Frutos ¹¹¹ y Dra. López Sosa ¹¹² del año 1984 (Anexo 2 y Anexo 3). No existe ningún instrumento de medida validado para la sexualidad de las mujeres embarazadas, por lo que adaptamos el cuestionario del año 1984 para poder comparar ambos grupos. Se incluyeron algunas preguntas más con respecto al año 1984, que se consideraron relevantes en base a los objetivos planteados.

Previamente, se realizó una *prueba piloto* con el fin de detectar problemas de redacción, comprensión o dudas sobre cómo rellenarlo.

El cuestionario presenta al inicio una página informativa sobre el objetivo del estudio y está estructurado en los siguientes apartados:

1. Datos personales de la embarazada.
2. Datos personales de la pareja.
3. Datos socioeconómicos y culturales de la pareja.
4. Historia sexual de la embarazada.
5. Comportamiento sexual de la mujer antes del embarazo.
6. Comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo.

La mayoría de las opciones eran de respuesta múltiple, aunque algunas eran de respuesta simple: Sí-No, o Verdadero-Falso.

3.4 TRABAJO DE CAMPO:

Con el fin de garantizar la calidad en la recogida de datos y para unificar procedimientos y criterios de aplicación de cuestionarios, aquellas personas que colaboraron en la recogida de la muestra del estudio tuvieron una reunión con el investigador principal que explicó el procedimiento y el objetivo.

La muestra se obtuvo al azar entre las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y que acudieron a consultas de Atención Primaria: Médico de Familia, Enfermeros/as o Matrones/as, cursos de preparación al parto del tercer trimestre de gestación que se imparten de forma rutinaria en todos los Centros de Salud de Salamanca.

Previo a la distribución del cuestionario a las gestantes, se explicó el objetivo de dicha investigación, se entregó el consentimiento informado y, una vez firmado, se les hizo entrega del cuestionario de estudio. Posteriormente tenían la opción de rellenarlo en el momento de la entrevista o bien realizarlo en su domicilio particular y posteriormente entregarlo, siempre garantizando el anonimato de dicho cuestionario.

El trabajo de campo se alargó unos años por varios motivos: Uno de ellos es la escasa población de embarazadas que hay en la zona de Salamanca, otro los prejuicios y tabús que persisten en la población para participar en temas de sexualidad. Así mismo, tuvimos algunos impedimentos en algunos Centros de Salud donde los profesionales sanitarios no estaban a favor de colaborar en la realización del estudio, a pesar de contar

con todas las aprobaciones, tanto del Comité Ético como de la Gerencia de Atención Primaria.

3.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS:

La recogida y análisis de datos se ha realizado en el programa estadístico SPSS 26.0. El tratamiento de los datos ha consistido en:

En primer lugar, se ha realizado un estudio descriptivo de distribución de frecuencias de todas las variables. Las variables cualitativas o categóricas se expresan en forma de frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados cuantitativos se presentan como media y mediana (medidas de tendencia central), acompañadas de las correspondientes medidas de dispersión: desviación estándar (DS) y rango intercuartil (RIQ, Q3-Q1), respectivamente.

En segundo lugar, se ha llevado a cabo un estudio de asociación entre variables. La fuerza de la asociación entre las variables cualitativas se midió con el estadístico de contraste χ^2 de Pearson. Para comparar medias entre dos grupos (variables cuantitativas) se aplicaron la prueba t de Student (distribución normal) y U de Mann-Whitney (ausencia de normalidad). Para comparar una variable categórica o cualitativa (factor o variable independiente) que define los grupos, con una variable cuantitativa (variable dependiente) se empleó el análisis de la varianza (ANOVA). Para ajustar modelos predictivos multivariantes aplicamos Modelos de Regresión Logística.

Por último, el nivel de significación estadística (error) asumido por los investigadores ha sido el 5% (Grado de Significación Estadístico $p < 0,05$).

Los datos se presentan en forma de tablas y gráficos (de barras, líneas o sectores para variables numéricas discretas; o histogramas, diagramas de cajas o dispersión para variables numéricas continuas) que permiten visualizar, de manera rápida y sencilla, tendencias y relaciones entre los datos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud de Salamanca (Anexo 4) y con la autorización de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca (Anexo 5)

4. RESULTADOS

4.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA GESTANTE:

Tabla 5: Resultados globales del cuestionario sobre datos sociodemográficos de las gestantes

	Gestantes 2019 N (%)	Gestantes 1984 N (%)	p valor
Estado civil			
Casada	70 (76,1)	86 (93,5)	0,001
Soltera	20 (21,7)	6 (6,5)	
Separada	1 (1,1)	0	
No contestan	1 (1,1)	0	
Estudios			
Primarios	5 (5,4)	28 (30,4)	< 0,001
Medios	20 (21,7)	31 (33,7)	
Superiores	62 (67,4)	33 (35,9)	
No contestan	5 (5,4)	0	
Religión practicante			
Practicante	16 (17,4)	39 (42,4)	< 0,001
No practicante	58 (63)	39 (42,4)	
No contestan	18 (19,6)	14 (15,2)	
Zona residencial			
Rural	29 (31,5)	9 (9,8)	< 0,001
Urbana	62 (67,4)	83 (90,2)	
No contestan	1 (1,1)	0	
¿Tiene ascensor?			
Si	55 (59,8)	67 (72,8)	0,063
No	33 (35,9)	25 (27,2)	
No contestan	4 (4,3)	0	
¿Trabaja?			
Si	71 (76,3)	33 (35,9)	< 0,001
No	8 (8,6)	59 (64,1)	
No contestan	13 (14,1)	0	
Padece alguna enfermedad			
Si	12 (13)		
No	80 (87)		
No contestan	0		
Toma de forma habitual			
Medicamentos	11 (12)	1 (1,1)	
Tabaco	5 (5,4)		
Alcohol	1 (1,1)		
Drogas	1 (1,1)		

La edad media de las mujeres de la muestra del año 1984 se situó en 26 años, mientras que en el año 2019 fue de 33,5 años (Tabla 5).

La mayoría de las mujeres embarazadas tanto en el año 1984 como en el año 2019 estaban casadas (Figura 3).

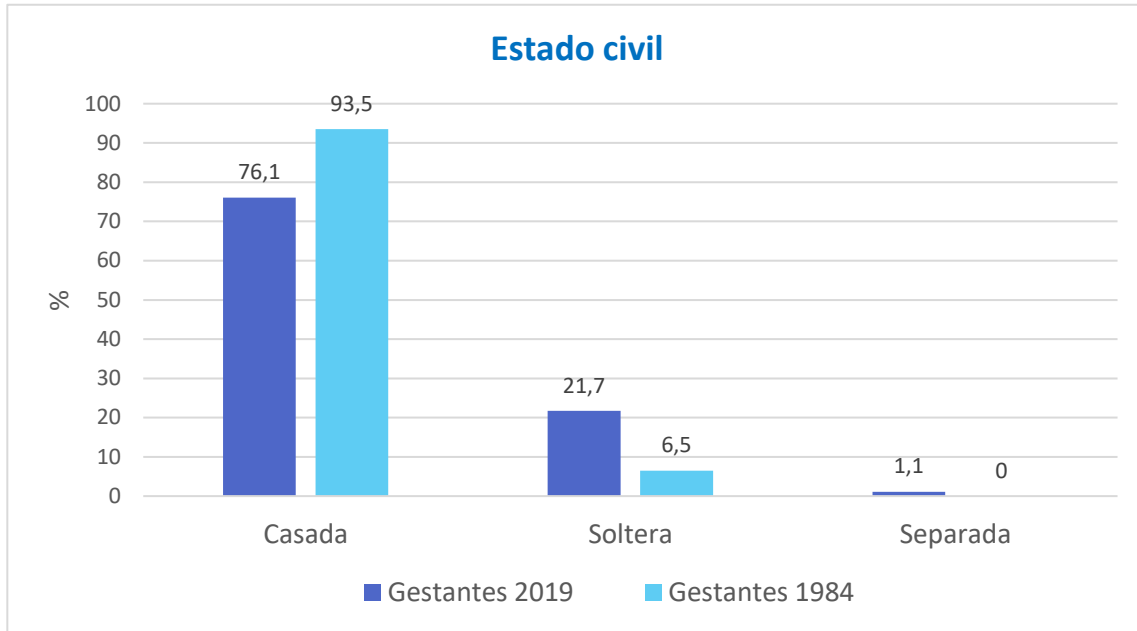


Figura 3: Distribución porcentual según estado civil de las gestantes

Las gestantes con estudios superiores en el año 1984 eran el 35,9% y en el año 2019 el 67,4%. En cuanto a estudios primarios, en 1984 eran un 30,4% de la muestra y, en el año 2019 un 5,4%. Las mujeres con estudios medios en el 2019 descendieron (21,7%) frente al año 1984 (33,7%) (Figura 4).

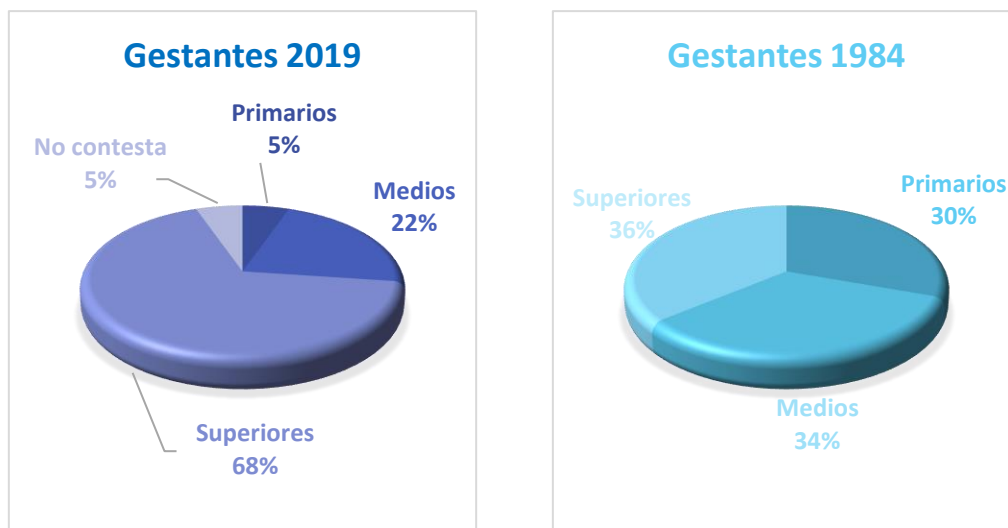


Figura 4: Distribución porcentual según nivel de estudios de las gestantes

En cuanto a la habitabilidad la muestra de embarazadas que vivían en zona rural en 2019 era mayor (31,5%) frente a las gestantes del año 1984 (9,8%) debido a su situación de habitabilidad en el alfoz. Las gestantes que contestaron que vivían en zona urbana en 1984 fue del 90,2% mientras que en el año 2019 fue de 67,4% (Tabla 1).

La pregunta ¿tiene ascensor?, en el año 1984, era un dato que valoraba de forma indirecta el estatus socioeconómico, ya que las personas con un mayor poder adquisitivo vivían en edificios con ascensor. Este dato en la encuesta del año 2019 no se puede valorar igual, ya que la mayoría de los edificios hoy en día tiene ascensor independientemente del nivel económico de la persona, si bien mucha gente que contesta que no tenía ascensor puede ser que viviera en zonas residenciales periurbanas (chalés, pareados, adosados...) que no tiene ascensor. Por lo tanto, este dato no es comparable (Tabla 5).

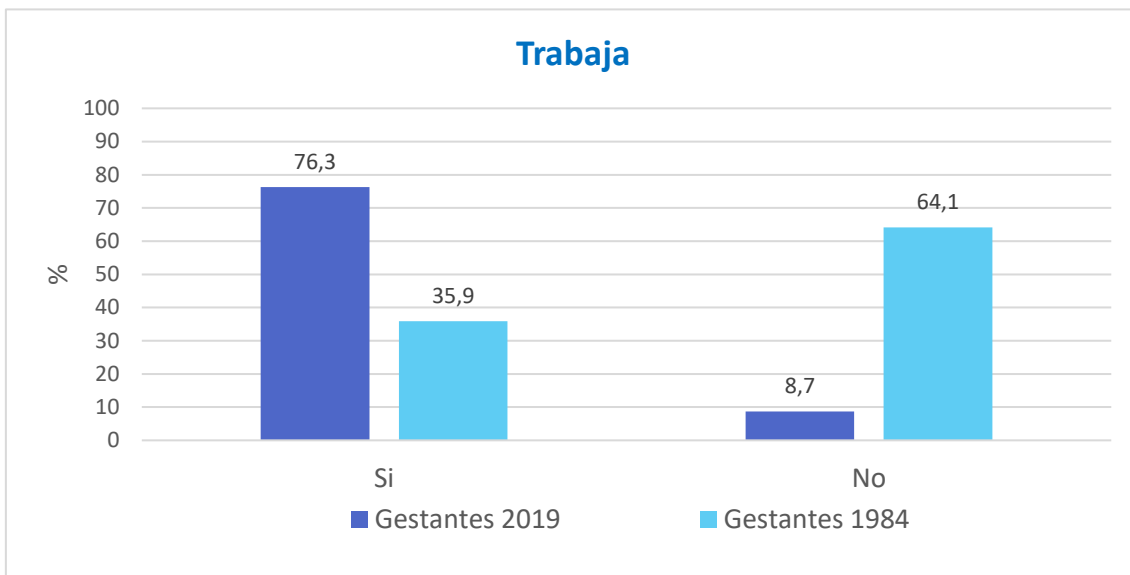


Figura 5: Distribución porcentual según situación laboral de las gestantes

En los resultados de la encuesta se observó que ha habido una gran incorporación de la mujer al mundo laboral. En 1984 un 35,9% de las mujeres trabajaba y en el año 2019 ese porcentaje ascendió al 76,3% (Figura 5).

4.2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PAREJA:

Tabla 6: Resultados globales del cuestionario sobre datos sociodemográficos de las parejas

	Parejas 2019 N (%)	Parejas 1984 N (%)	p valor
Estado civil			
Casado/a	65 (70,7)	87 (94,6)	<0,001
Soltero/a	23 (25)	3(3,3)	
Separado/a	3 (3,3)	0	
No contestan	1 (1,1)	2 (2,1)	
Estudios			
Primarios	20 (21,7)	25 (27,2)	1,000
Medios	33 (35,9)	29 (31,5)	
Superiores	36 (39,1)	36 (39,1)	
No contestan	3 (3,3)	2 (2,1)	
Practicante			
Practicante	13 (14,1)	31 (33,7)	0,011
No practicante	60 (65,2)	43 (46,7)	
No contestan	19 (20,7)	18 (19,6)	
¿Trabaja?			
Si	89 (96,7)	83 (90,2)	0,076
No	2 (2,2)	7 (7,6)	
No contestan	1 (1,1)	2 (2,2)	
Padece alguna enfermedad			
Si	7 (7,6)	3 (3,3)	0,200
No	85 (92,4)	86 (93,5)	
No contestan	0	3 (3,3)	
Toma de forma habitual			
Medicamentos	5 (5,4)	4 (4,3)	
Tabaco	15 (16,3)	0	
Alcohol	1 (1,1)	1 (1,1)	
Drogas	0	5 (5,4)	
¿Crees que ha mantenido relaciones extraconyugales?			
Si	3 (3,3)	7 (7,6)	0,200
No	89 (96,7)	79 (85,9)	
No contestan	0	0	

La media de edad de las parejas era de 28,61 años en el año 1984, mientras que en el año 2019 ascendió a 35,60 años. El envejecimiento medio fue de unos 7 años, un dato algo menor al de sus compañeras cuyo envejecimiento entre las dos muestras fue de 10 años (Tabla 6).

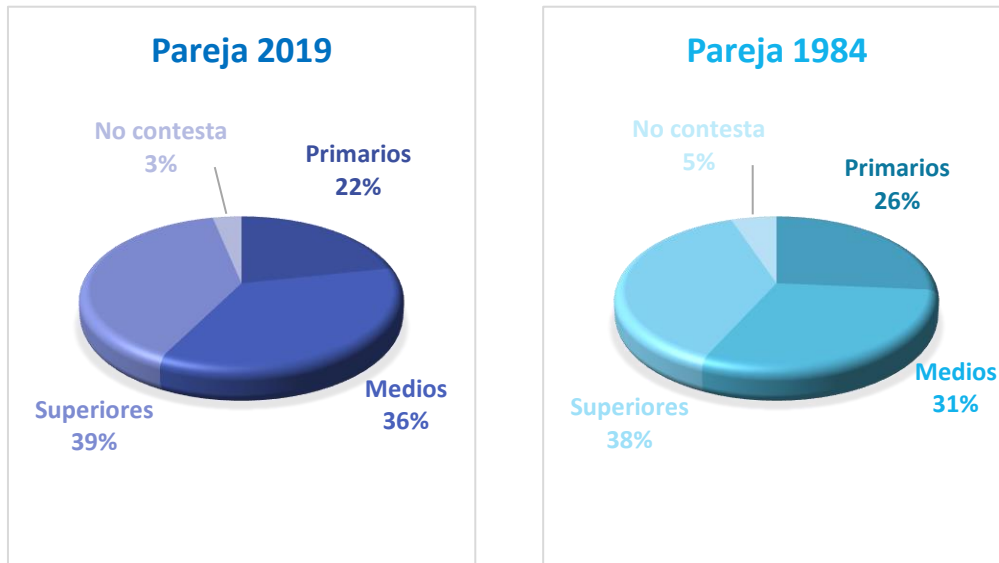


Figura 6: Distribución porcentual según nivel de estudios de las parejas

En cuanto al nivel de estudios los datos son muy similares entre ambas muestras. Con estudios primarios, secundarios y superiores en el año 1984 los datos se situaban en el 26%, el 31% y el 38% respectivamente. En el año 2019 se observaron pocas variaciones con cifras del 22% con estudios primarios, 36% estudios medios y 39% estudios superiores (Figura 6).

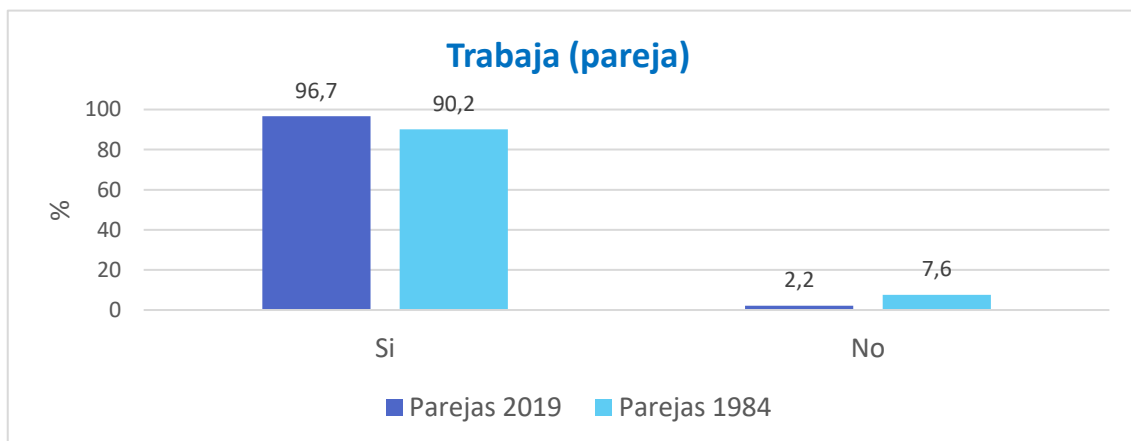


Figura 7: Distribución porcentual según situación laboral de las parejas

Las parejas con trabajo se situaban en cifras superiores al 90% en ambas muestras, con un 90,2% en el año 1984 y un 96,7% en el año 2019 (Figura 7).

En cuanto a las relaciones extraconyugales muy pocas de las parejas las ha tenido, o sus mujeres creen que las han tenido, con un 7,6% en 1984 y un 3,3% en 2019 (Tabla 6).

4.3 DATOS SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE AMBAS MUESTRAS:

Tabla 7: Resultados globales sobre datos socioeconómicos y culturales de las parejas.

	Muestra 2019 N (%)	Muestra 1984 N (%)	p valor
Casa propia			
Si	66 (71,7)	59 (64,1)	0,271
No	26 (28,3)	27 (29,3)	
No contestan	0	6 (6,5)	
Casa alquilada			
Si	26 (28,3)	24 (26,1)	0,738
No	47 (51,1)	29 (31,5)	
No contestan	19 (20,7)	39 (42,4)	
Vive con			
La pareja	41 (44,6)	70 (76,1)	< 0,001
Los padres	1 (1,1)	9 (9,8)	
Otros familiares	1 (1,1)	5 (5,4)	
Otra pareja	0	2 (2,2)	
No contestan	49 (53,3)	6 (6,5)	
¿Has recibido alguna educación sexual?			
Si	48 (52,2)	25 (27,2)	< 0,001
No	44 (47,8)	64 (69,6)	
No contestan	0	3 (3,3)	
¿Te interesa la sexualidad?			
Si	90 (97,8)	87 (94,6)	0,257
No	2 (2,2)	1 (1,1)	
No contestan	0	4 (4,3)	
¿Hablas con tu pareja sobre sexualidad?			
Si	88 (95,7)	86 (93,5)	0,510
No	4 (4,3)	5 (5,4)	
No contestan	0	1 (1,1)	
¿Tienes relaciones con la finalidad de tener hijos?			
Si	4 (4,3)	0	0,723
No	88 (95,7)	89 (96,7)	
No contestan	0	3 (3,3)	

Si comparamos los datos de las gestantes que tenían casa propia, se observaron pocas diferencias entre ambos grupos. Un 71,7% en 2019 y un 64,1% en 1984 tenían casa

propia frente a un 28,3% en 2019 y un 29,3% en 1984 que no disponían de casa propia (Tabla 7).

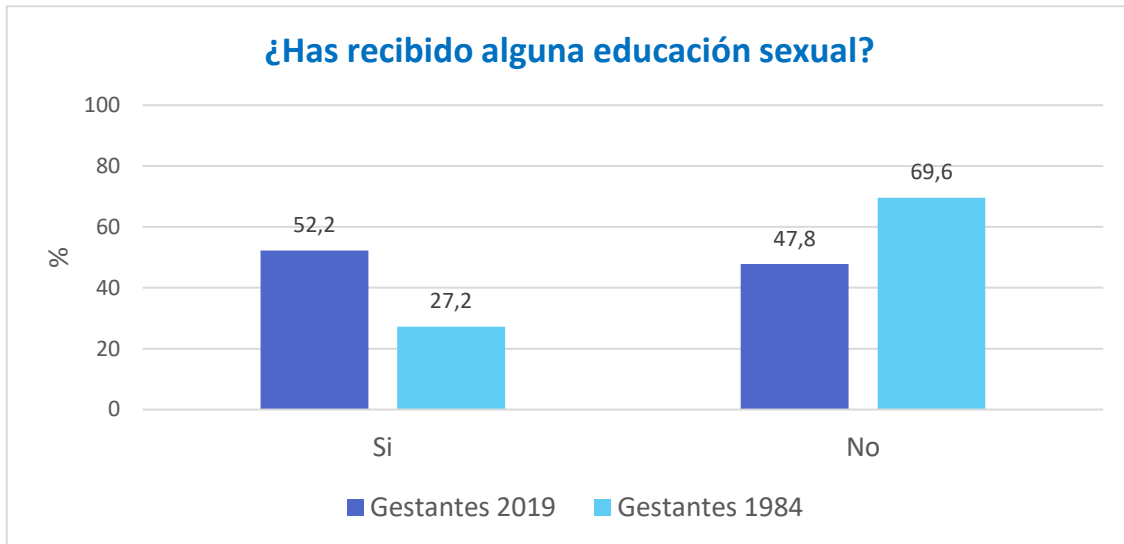


Figura 8: Distribución porcentual mujeres que habían recibido educación sexual

Las mujeres que habían recibido en algún momento educación sexual eran un 52,2% en 2019 y un 27,2% en 1984. Se observó un aumento significativo (p valor < 0,001) de la educación sexual en las mujeres del año 2019 (Figura 8).

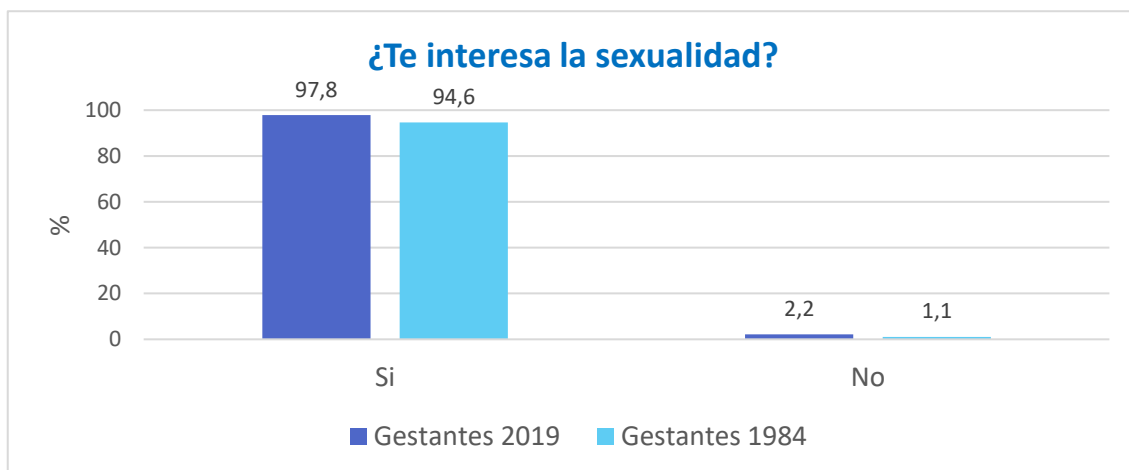


Figura 9: Distribución porcentual a la pregunta “¿Te interesa la sexualidad?”

Los datos de mujeres que les interesa la sexualidad son una mayoría, un 97,8% de embarazadas del 2019 y un 94,6% en el año 1984 (Figura 9).

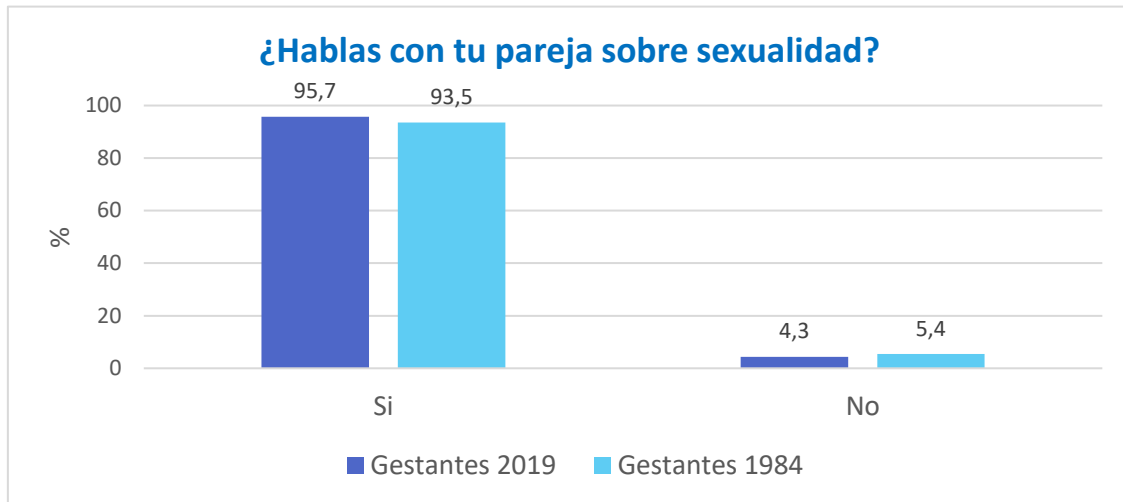


Figura 10: Distribución porcentual a la pregunta "¿Hablas con tu pareja sobre sexualidad?"

La mayoría de las parejas de ambas muestras hablan con sus parejas sobre sexualidad (un 95,7% en el año 2019 y un 93,5% en el año 1984) (Figura 10).

4.4 ANTECEDENTES SEXUALES DE LA MUESTRA:

Tabla 8: Datos globales edad media primeros contactos sexuales

	Pareja 2019 años	Pareja 1984 años	p valor
Edad juegos sexuales			
Edad media	17,61±4,05	18,11±3,27	0,358
Edad masturbación			
Edad media	17,01±3,21	17,76±3,65	0,141
Edad primer coito			
Edad media	18,92±3,42	20,50±3,01	0,001

La edad media del primer coito se situaba en el grupo del año 1984 en los 20,50 años y en los 18,92 años de la muestra del 2019 (Tabla 8).

Tabla 9: Datos globales historia sexual de la mujer embarazada

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
Relaciones sexuales con otros hombres			
Si	69 (75)	25 (27,2)	< 0,001
No	2 (25)	66 (71,7)	
No contestan	0	1 (1,1)	
Contactos sexuales no deseados			
Si	4 (4,3)	10 (10,9)	0,075
No	87 (94,6)	80 (87)	
No contestan	1 (1,1)	2 (2,2)	
¿Por qué te has casado?			
Amor	59 (64,1)	74 (80,4)	0,014
Costumbre	2 (2,2)	0	
Embarazo	1 (1,1)	13 (14,1)	
Económico	1 (1,1)	0	
Otras	5 (5,4)	1 (1,1)	
No contestan	24 (26,1)	4 (4,3)	
¿Sabes que es la planificación familiar?			
Si	90 (97,8)	85 (92,4)	0,091
No	2 (2,2)	5 (5,4)	
No contestan	0	2 (2,2)	
Métodos anticonceptivos utilizados			
Preservativo	51 (55,4)	16 (17,4)	< 0,001 0,216
Píldora	36 (39,1)	28 (30,4)	
Anillo	10 (10,9)	0	
Retirada	9 (9,8)	11 (12)	
DIU	3 (3,3)	6 (6,59)	
Ninguno	14 (15,2)	29 (31,5)	
Otros	1 (1,1)	2 (2,2)	

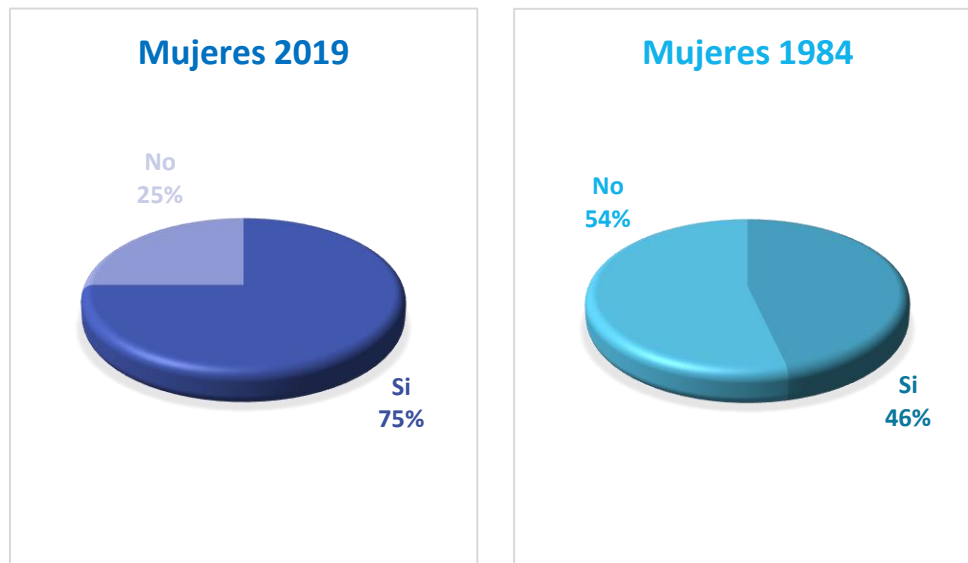


Figura 11: Distribución porcentual según relaciones sexuales con otros hombres

El número de mujeres que habían tenido contactos sexuales con otras parejas distintas a la actual ha aumentado de manera significativa (p valor $< 0,001$) en el grupo 2019 (Tabla 9) (Figura 11).

Algunas mujeres de ambas muestras habían tenido contactos sexuales no deseados, un 4,3% en 2019 y un 10,9% en 1984 (Tabla 9).

Se preguntó a las mujeres por métodos anticonceptivos utilizados durante las relaciones coitales. Cabe destacar que el método más utilizado fue el preservativo en el año 2019 con un 39,1% siendo significativo con respecto al grupo de 1984, que utilizaban más la píldora con un 31,5%. En ambas muestras había mujeres que no usaban métodos anticonceptivos eficaces, como la retirada, con un 12% en 1984 y un 3,3% en 2019, o ningún método anticonceptivo (Figura 12).

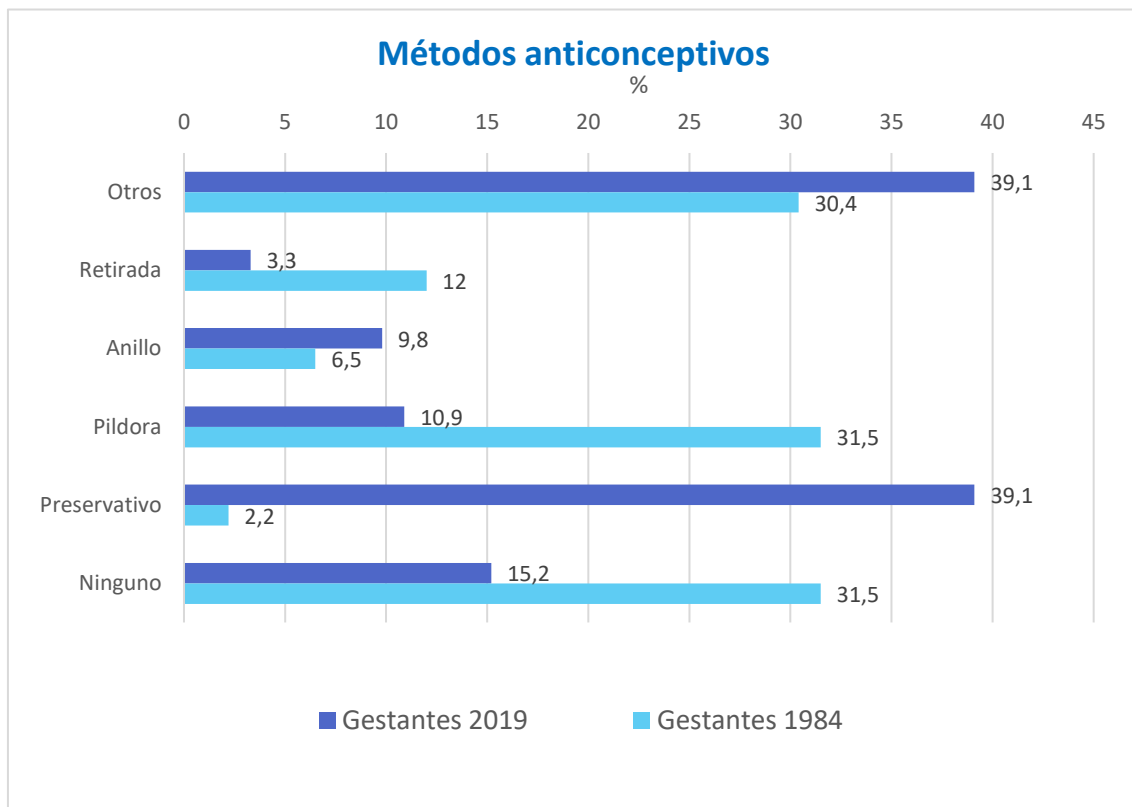


Figura 12: Distribución porcentual según métodos anticonceptivos utilizados

4.5 HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER ANTES DEL EMBARAZO:

Tabla 10: Datos globales historia sexual de la mujer antes del embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
¿Te sentías atraído por tu pareja?			
Si	90 (97,8)	92 (100)	0,154
No	0	0	
No contestan	2 (2,2)	0	

Deseos de practicar juegos sexuales			
Si	87 (95,7)	87 (95,7)	0,839
No	5 (5,4)	3 (3,3)	
No contestan	0	2 (2,2)	
Deseos de practicar coito			
Si	92 (100)	88 (95,7)	0,510
No	0	1 (1,1)	
No contestan	0	3 (3,3)	
Frecuencia del coito			
Diario	2 (2,2)	9 (9,8)	0,451
Cada 2-4 días	41 (44,6)	36 (39,1)	
Cada 5-7 días	23 (25)	23 (25)	
Cada 8-10 días	18 (19,6)	13 (14,1)	
Cada más de 12 días	8 (8,7)	7 (7,6)	
No contestan	0	4 (4,3)	
¿Tenías orgasmos?			
Si	91 (98,9)	77 (83,7)	0,061
No	1 (1,1)	6 (6,5)	
No contestan	0	9 (9,8)	
Colaboras con conductas activas			
Si	92 (100)	69 (75)	0,598
No	0	6 (6,5)	
No contestan	0	17 (18,5)	
Relaciones sexuales satisfactorias			
Si	90 (97,8)	82 (89,1)	0,0158
No	2 (2,2)	6 (6,5)	
No contestan	0	4 (4,3)	
Sentías deseos sexuales por otros hombres			
Si	15 (16,3)	7 (7,6)	0,069
No	75 (81,5)	83 (90,2)	
No contestan	2 (2,2)	2 (2,2)	
¿Qué deseos?			
Juego sexual	8 (8,7)	4 (4,3)	0,227
Coito	5 (5,4)	2 (2,2)	
Masturbación	1 (1,1)	0	
No contestan	78 (84,8)	86 (93,5)	
Mantenías relaciones extraconyugales			
Si	0	2 (2,2)	0,056
No	91 (98,9)	86 (93,5)	
No contestan	1 (1,1)	4 (4,3)	
Había alguna enfermedad que impidiera el coito			
Si	4 (4,3)	0	0,200
No	85 (92,4)	89 (96,7)	
No contestan	3 (3,3)	3 (3,3)	

La mujer *millennial* se sentían en un 97,8% atraída por su pareja, en el 95,7% tienen deseos sexuales. El 53,5% practicaba automasturbación y obtenían orgasmos y placer

todas las que lo practican. El 90% de mujeres del año 2019 la masturba su pareja, un 7,6% residual no. Con la pareja, sin embargo, obtiene orgasmo el 85,9% y el 87,9% obtiene placer. En cuanto al deseo de practicar coito todas tenían ganas. El coito cada 2-4 días fue la frecuencia más habitual con un 44,6%, la siguiente con un 25% lo practicaban cada 5-7 días, cada 8-10 días el 19,6%, cada más de 12 días un 8,7% y solo 2 mujeres lo practicaban diariamente. El 98,9% tenían orgasmos con el coito, eran activas sexualmente el 100% y el 97,8% están satisfechas. En este grupo es de destacar que había 4 mujeres que decían tener una enfermedad que les impedía el coito y 3 no contestaron. Ninguna mantenía relaciones extraconyugales, aunque un 16,3% decía tener deseos sexuales por otros hombres (Tabla 10). Este grupo *millennial* en un 34,8% utiliza juguetes sexuales (vibradores clitorianos, vaginales y otros) (Tabla 11) (Figura 13 y 14).

Tabla 11: Datos globales uso de juguetes sexuales antes del embarazo

	Pareja 2019 N (%)
¿Usabas juguetes sexuales?	
Si	32 (34,8)
No	60 (65,2)
No contestan	0
¿Qué juguetes?	
Vibradores clitorianos	15 (16,3)
Vibradores vaginales	8 (8,7)
Anillo vibrador	6 (6,5)
Bolas chinas	1 (1,1)
Otros	2 (2,2)
No contestan	60 (65,2)



Figura 13: Distribución porcentual uso de juguetes sexuales antes del embarazo

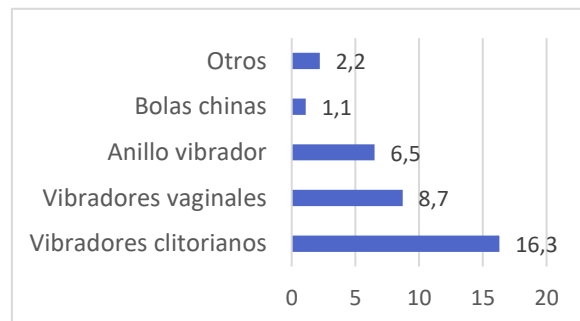


Figura 14: Distribución porcentual del tipo de juguete sexual utilizado antes del embarazo

La mujer *baby boom* se sentían atraídas por su pareja en un 100%, en el 95,7% tenían deseos sexuales. La práctica de la automasturbación era del 18,5% y obtenían orgasmos y placer 13 de las 17 que se masturbaban. El 62% de mujeres eran masturbadas por su pareja y obtenían orgasmo el 41,3% y obtenían placer un 45,7%. El deseo de practicar coito presentaba un porcentaje del 95,7%. El coito cada 2-4 días fue la frecuencia más habitual (39,1%), la siguiente con un 25% lo practicaban cada 5-7 días, cada 8-10 días el 14,1%, cada más de 12 días un 7,6% y un 9,8% lo practicaban diariamente. El 83,7% tenían orgasmos con el coito, eran activas sexualmente el 75% y estaban satisfechas con sus conductas sexuales el 89,1%. 2 mujeres mantenían relaciones extraconyugales. Un 7,6% decía tener deseos sexuales por otros hombres (Tabla 10).

Tabla 12: Datos globales automasturbación y heteromasturbación antes del embarazo

	Gestante 2019 N (%)	Gestante 1984 N (%)	p valor
¿Te masturbabas?			
No	39 (42,4)	58 (63,0)	< 0,001
No contestan	0	17 (18,5)	
Si	53 (57,6)	17 (18,5)	
¿Obtenías orgasmos?			< 0,001
Si	53 (57,6)	12 (13)	
¿Obtenías placer?			< 0,001
Si	53 (57,6)	13 (14,1)	
¿Te masturbaba tu pareja?			
No	7 (7,6)	26 (28,3)	< 0,001
No contestan	2 (2,2)	9 (9,8)	
Si	83 (90,2)	57 (62,0)	
¿Obtenías orgasmos?			< 0,001
Si	79 (85,9)	38 (41,3)	
¿Obtenías placer?			< 0,001
Si	81 (87,9)	42 (45,7)	

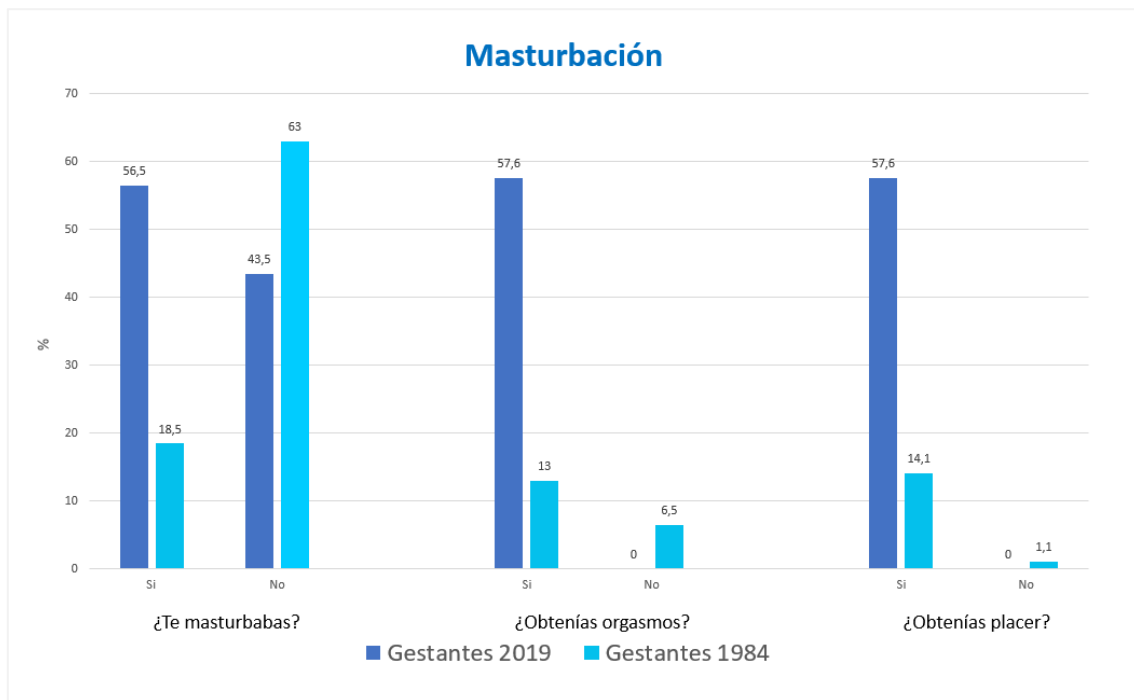


Figura 15: Distribución porcentual automasturbación antes del embarazo

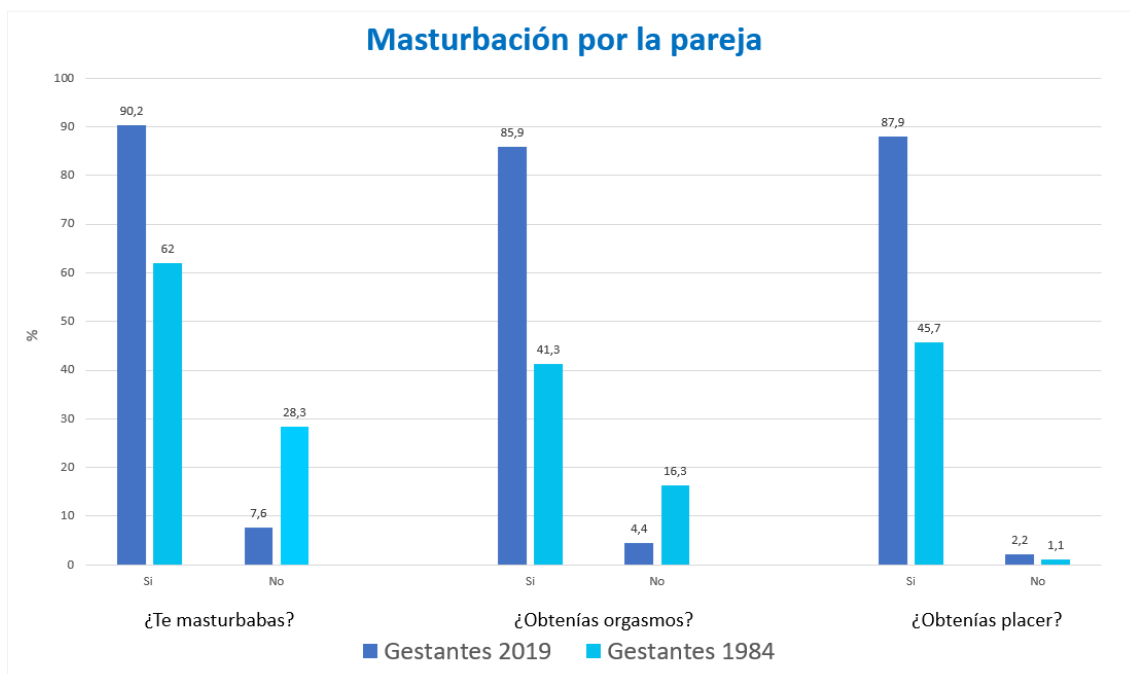


Figura 16: Distribución porcentual heteromasturbación antes del embarazo

Se observó de manera significativa diferencias entre los grupos *millennial* y *baby boom* en las variables automasturbación, orgasmo, placer, heteromasturbación, orgasmo y placer (p valor $< 0,001$) (Tabla 12) (Figura 15 y 16).

4.6 HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO:

Tabla 13: Datos globales de las conductas sexuales de las embarazadas

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
¿Has deseado este embarazo?			
Si	86 (93,5)	70 (70,6)	0,001
No	5 (5,4)	18 (19,6)	
No contestan	1 (1,1)	4 (4,3)	
¿Te has sentido atraída por tu pareja durante el embarazo?			
Si	86 (93,5)	87 (94,6)	0,753
No	5 (5,4)	3 (3,3)	
No contestan	1 (1,1)	2 (2,2)	
¿Has sentido deseos de practicar juegos sexuales con tu pareja?			
Si	80 (87)	81 (88)	0,838
No	11 (12)	7 (7,6)	
No contestan	1 (1,1)	4 (4,3)	
Entre el 1-3 mes de embarazo			
Más	19 (20,7)	42 (45,7)	< 0,001
Igual	28 (30,4)	-	
Menos	23 (25)	28 (30,4)	
Nada	14 (15,2)	4 (4,3)	
No contestan	8 (8,7)	18 (19,6)	
Entre 3-6 mes de embarazo			
Más	32 (34,8)	41 (44,6)	0,175
Igual	25 (27,2)	-	
Menos	23 (25)	34 (37)	
Nada	4 (4,3)	3 (3,3)	
No contestan	8 (8,7)	14 (15,2)	
Entre el 6-9 mes de embarazo			
Más	21 (22,8)	21 (22,8)	1,000
Igual	21 (22,8)	-	
Menos	32 (34,8)	41 (44,6)	
Nada	7 (7,6)	17 (18,5)	
No contestan	11 (12)	13 (14,1)	
¿Colaboras con conductas activas?			
Si	82 (89,2)	62 (67,4)	< 0,001
No	4 (4,4)	10 (10,9)	
No contestan	6 (6,5)	20 (21,7)	

La mujer gestante *millennial* en el 93,5% deseaba este embarazo, sin embargo, la mujer gestante de la generación *baby boom* sólo en el 70,6%. Ambos grupos (el grupo *millennial* en un 93,5% y el grupo *baby boom* en un 94,6%) seguían manteniendo atracción por su pareja durante el embarazo y sentían deseos de practicar juegos sexuales el 87% y el 88% respectivamente (Tabla 13).

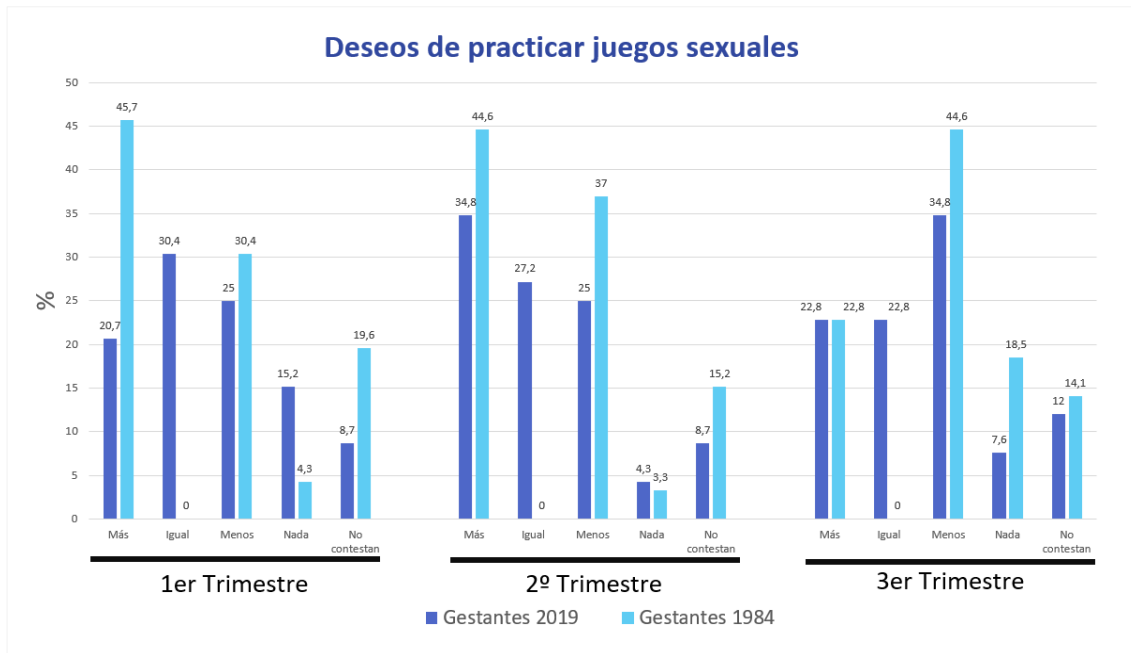


Figura 17: Distribución porcentual deseos sexuales de las embarazadas diferenciado por trimestres

Por trimestres: el grupo de gestantes *millennial* durante el primer trimestre del embarazo tuvieron más o igual deseo de practicar juegos sexuales (20,7% y 30,4%) y menos o nada, más de un tercio de las mujeres (25% y 15,2%). Mientras que en el grupo *baby boom* más deseos un 45%, menos un 30,4% y nada un 4,3%. En el segundo trimestre el grupo *millennial*, aproximadamente un 60% tenían más o igual deseo. Se mantuvieron los valores de menos o igual, con un 25% y un 4,3%. En el grupo *baby boom* se mantuvo en un 44,6% el deseo. El porcentaje de mujeres que tuvieron menos deseo aumentó (37%). En el tercer trimestre disminuyó el deseo con un 34,8% y un 44,6% de mujeres del año 2019 y 1984 respectivamente, que contestaron que tenían menos deseo. Contestaron nada un 7,6% de gestantes *millennial* y un 18,5% en el grupo *baby boom* (Figura 17).

En la pregunta sobre si colaboraban de un modo activo en sus relaciones sexuales, de manera significativa (p valor $< 0,001$), las mujeres *millennial* mantenían una actitud más activa (89,2%) frente a la generación *baby boom* (67,4%) (Tabla 13).

Tabla 14: Datos globales automasturbación durante el embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
¿Te has masturbado?			
No	42 (45,7)	74 (80,4)	< 0,001
No contestan	4 (4,3)	7 (7,6)	
Si	46 (50)	11 (12)	
¿Obtenías orgasmos?			
Si	45 (48,8)	7 (7,6)	< 0,001
¿Obtenías placer?			
Si	46 (49,9)	7 (7,6)	< 0,001
Automasturbación 1-3 mes			
Más	5 (5,4)	0	0,001
Igual	25 (27,2)	-	
Menos	9 (9,8)	8 (8,7)	
Nada	9 (9,8)	3 (3,3)	
No contesta	44 (47,8)	81 (88)	
Automasturbación 3-6 mes			
Más	15 (16,3)	2 (2,2)	0,006
Igual	20 (21,7)	-	
Menos	9 (9,8)	7 (7,6)	
Nada	4 (4,3)	2 (2,2)	
No contesta	44 (47,8)	81 (88)	
Automasturbación 6-9 mes			
Más	12 (13)	1 (1,1)	0,003
Igual	22 (23,9)	-	
Menos	8 (8,7)	5 (5,4)	
Nada	5 (5,4)	4 (4,3)	
No contesta	47 (51,1)	82 (89,1)	

La mitad de las mujeres *millennial* se masturbaban durante el embarazo (50%) y en el grupo *baby boom* la mayoría no se masturbaban (80,4%) (Figura 18). Diferencia entre ambos grupos significativa (p valor $< 0,001$). De las mujeres que se masturbaban del grupo *millennial* prácticamente todas tuvieron orgasmo y placer. En el grupo *baby boom* había 7 mujeres que tuvieron orgasmo y placer con la masturbación y 3 que no. Las mujeres del grupo 2019 aumentaron la automasturbación durante el segundo y tercer trimestre (Tabla 14).

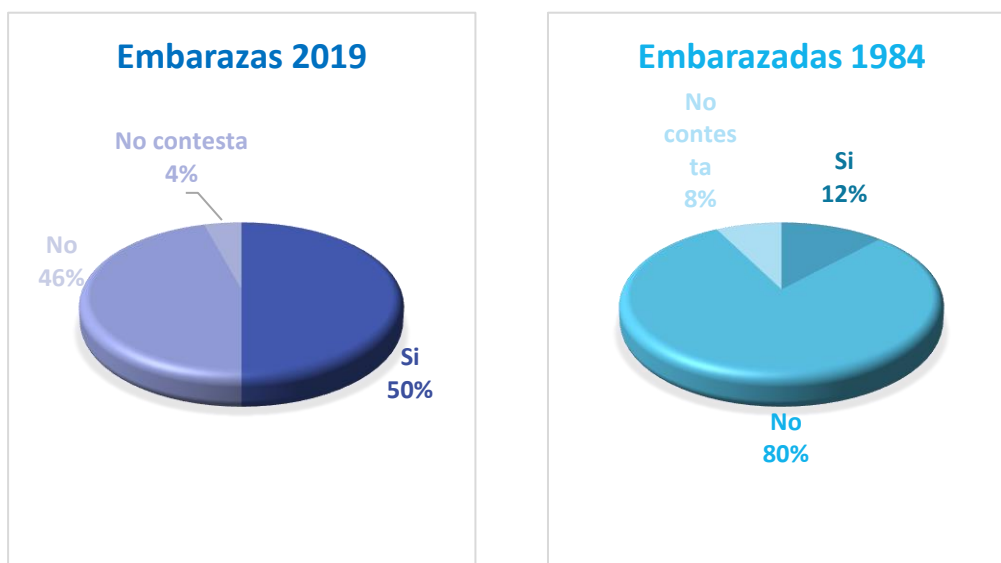


Figura 18: Distribución porcentual automasturbación durante el embarazo

Tabla 15: Datos globales heteromasturbación durante el embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
¿Te ha masturbado tu pareja?			
No	25 (27,2)	32 (34,8)	0,011
No contestan	6 (6,5)	16 (17,4)	
Si	61 (66,3)	44 (47,8)	
¿Obtenías orgasmos? Si	59 (64,1)	26 (28,3)	< 0,001
¿Obtenías placer? Si	59 (64,1)	37 (40,2)	0,012
Heteromasturbación 1-3 mes			
Más	8 (8,7)	17 (18,5)	0,164
Igual	34 (37)	0	
Menos	12 (13)	16 (17,4)	
Nada	7 (7,6)	1 (1,1)	
No contestan	31 (33,7)	58 (63)	
Heteromasturbación 3-6 mes			
Más	17 (18,5)	20 (21,7)	0,708
Igual	31 (33,7)	0	
Menos	11 (12)	15 (16,3)	
Nada	2 (2,2)	0	
No contestan	31 (33,7)	57 (62)	
Heteromasturbación 6-9 mes			
Más	11 (12)	9 (9,8)	0,746
Igual	31 (33,7)	0	
Menos	14 (15,2)	22 (23,9)	
Nada	3 (3,3)	3 (3,3)	
No contestan	33 (35,9)	58 (63)	

Las parejas del grupo millennial durante la gestación en el 66,3% si utilizaban la heteromasturbación, y del grupo 1984 un 47,8% (Figura 19). La satisfacción y el orgasmo en el grupo millennial, excepto dos mujeres, todas consiguieron placer y orgasmo mientras que en el grupo baby boom obtiene orgasmo y placer un 50% de las masturbadas por sus parejas. Es significativa la diferencia entre ambos grupos (p valor $<0,001$) (Tabla 15).

En las embarazadas del 2019 la heteromasturbación analizada por trimestres fue: en el primer trimestre aumentaron la masturbación un 8,7%, un 37% se quedó igual, un 13% la disminuyó y un 7,6% dejaron de masturbarse. En el grupo de embarazadas de 1984 el primer trimestre la mitad de las mujeres aumentó la heteromasturbación. La otra mitad contestó nada o menos. En el segundo trimestre aumentó tanto para el grupo millennial como para el baby boom. En el tercer trimestre volvió a disminuir la heteromasturbación en ambos grupos (Tabla 15).

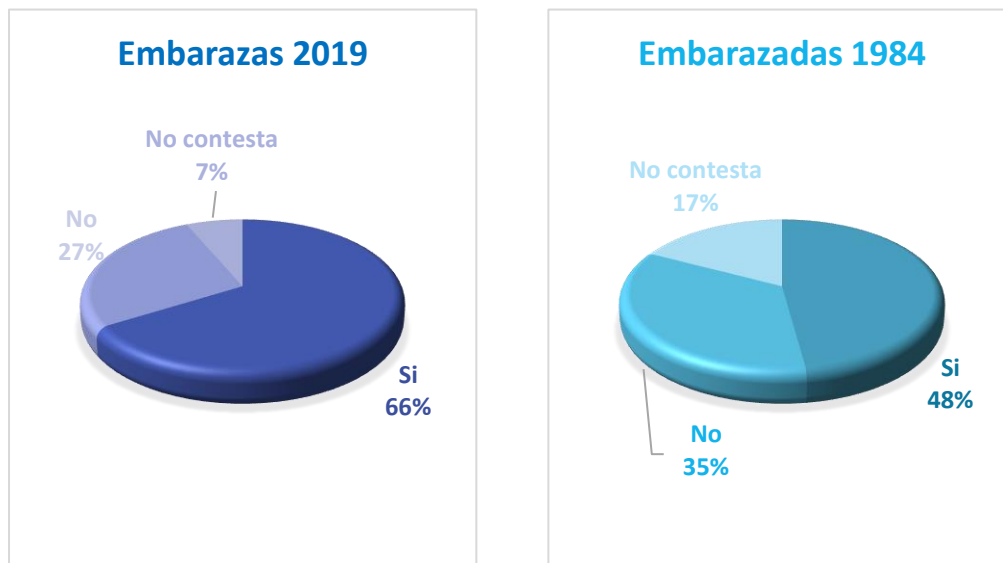


Figura 19: Distribución porcentual heteromasturbación durante el embarazo

Tabla 16: Datos globales de deseos de coito durante el embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
¿Has sentido deseos de practicar coito?			
Si	85 (92,4)	81 (88)	0,317
No	6 (6,5)	7 (7,6)	
No contestan	1 (1,1)	4 (4,3)	
Entre el 1-3 mes de embarazo			
Más	22 (23,9)	41 (44,6)	0,003
Igual	30 (32,6)	-	
Menos	23 (25)	26 (28,3)	
Nada	15 (16,3)	8 (8,7)	
No contestan	2 (2,2)	17 (18,5)	
Entre el 3-6 mes de embarazo			
Más	33 (35,9)	35 (38)	0,768
Igual	28 (30,4)	-	
Menos	26 (28,3)	36 (39,1)	
Nada	3 (3,3)	6 (6,5)	
No contestan	2 (2,2)	15 (16,3)	
Entre el 6-9 mes de embarazo			
Más	26 (28,3)	17 (18,5)	0,117
Igual	23 (25)	-	
Menos	30 (32,6)	43 (46,7)	
Nada	7 (7,6)	19 (20,7)	
No contestan	6 (6,5)	13 (14,1)	
¿Has practicado el coito?			
Si	81 (88)	71 (77,2)	0,004
No	6 (6,5)	14 (15,2)	
No contestan	5 (5,4)	7 (7,6)	
No porque			
Estabas embarazada	2 (2,2)	3 (3,3)	
Coito doloroso	2 (2,2)	1 (1,1)	
Indicación médica	1 (1,1)	3 (3,3)	
Miedo a dañar al feto	0	6 (6,5)	
Comodidad personal	0	1 (1,1)	

El deseo de practicar coito una vez conocían que estaban embarazadas descendió al 92,4% en las mujeres millennial y al 88% de las mujeres baby boom. En el primer trimestre la muestra del 2019 se distribuyó: más deseo o el mismo el 56,5%, menos un 25%, y ningún deseo de coito el 16%. Las mujeres de 1984 se distribuyeron: más deseo el 44.6% menos deseo un 28% y nada un 8,7% (Tabla 16).

En el segundo trimestre esta misma variable ascendió en el grupo millennial, con un 66% que tenían más o igual, por el contrario, en el grupo baby boom descendió hasta

el 38%. Cabe destacar que en el grupo millennial sólo un 3,3% contestó que no tenía ningún deseo mientras que en el grupo baby boom menos deseo contestaron un 39,1% y nada un 6,5% (Tabla 16).

Durante el tercer trimestre se observó un descenso generalizado del deseo en ambas muestras (Tabla 16).

Tabla 17: Datos globales de frecuencia de coito durante el embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
¿Con qué frecuencia has practicado coito? 1-3 mes			
Diario	0	11 (12)	0,006
Cada 2-4 días	21 (22,8)	21 (22,8)	
Cada 5-7 días	21 (22,8)	25 (27,2)	
Cada 8-12 días	13 (14,1)	13 (14,1)	
Cada más de 12 días	26 (28,3)	11 (12)	
No contestan	11 (12)	11 (12)	
¿Algún motivo ha desaconsejado el coito? 1-3 mes			
Si	10 (10,9)	12 (23)	0,661
No	75 (81,5)	72 (78,3)	
No contestan	7 (7,6)	8 (8,7)	
¿Con qué frecuencia has practicado coito? 3-6 mes			
Diario	1 (1,1)	7 (7,6)	0,0092
Cada 2-4 días	18 (19,6)	24 (26,1)	
Cada 5-7 días	23 (25)	20 (21,7)	
Cada 8-12 días	14 (15,2)	11 (12)	
Cada más de 12 días	28 (30,4)	18 (19,6)	
No contestan	8 (8,7)	12 (13)	
¿Algún motivo ha desaconsejado el coito? 3-6 mes			
Si	5 (5,4)	6 (6,5)	0,753
No	79 (85,9)	77 (83,7)	
No contestan	8 (8,7)	9 (9,8)	
¿Con qué frecuencia has practicado coito? 6-9 mes			
Diario	2 (2,2)	4 (4,3)	0,291
Cada 2-4 días	10 (10,9)	6 (6,5)	
Cada 5-7 días	12 (13)	15 (16,3)	
Cada 8-12 días	23 (25)	13 (14,1)	
Cada más de 12 días	32 (34,8)	39 (42,4)	
No contestan	13 (14,1)	15 (16,3)	
¿Algún motivo ha desaconsejado el coito? 6-9 mes			
Si	3 (3,3)	13 (14,1)	0,016
No	76 (82,6)	65 (70,7)	
No contestan	13 (14,1)	14 (15,2)	

Las embarazadas que practicaron coito durante el embarazo fueron un 88% (2019) y un 72,7% (1984) (Tabla 17).

A medida que avanzó el embarazo se observó un descenso de la frecuencia de coito en ambos grupos. En el primer trimestre lo más frecuente fue 5-7 días en el año 1984 (27,2%) y cada más de 12 días en el 2019 (28,3%). En el 1984 la mayor frecuencia de coito en el segundo trimestre fue cada 2-4 días (26,1%) y en el 2019 continuaba siendo cada más de 12 días (30,4%). En el tercer trimestre, para el año 1984 la mayor frecuencia es la de más de 12 días (42,4%) y en 2019 sigue siendo cada más de 12 días (34,8%) (Tabla 17).

El por qué las mujeres practicaban menos el coito o no lo practican a medida que avanza la gestación, refirieron en el grupo *millennial* que se lo desaconsejaron en el primer trimestre a un 10,9%, en el segundo trimestre a un 5,4% y en el tercer trimestre un 3,3%. En el grupo *baby boom* un 23% dijo que se lo habían desaconsejado en el primer trimestre, luego baja a un 6,5% en el segundo trimestre para ascender en el tercer trimestre a un 14,1% (Tabla 17).

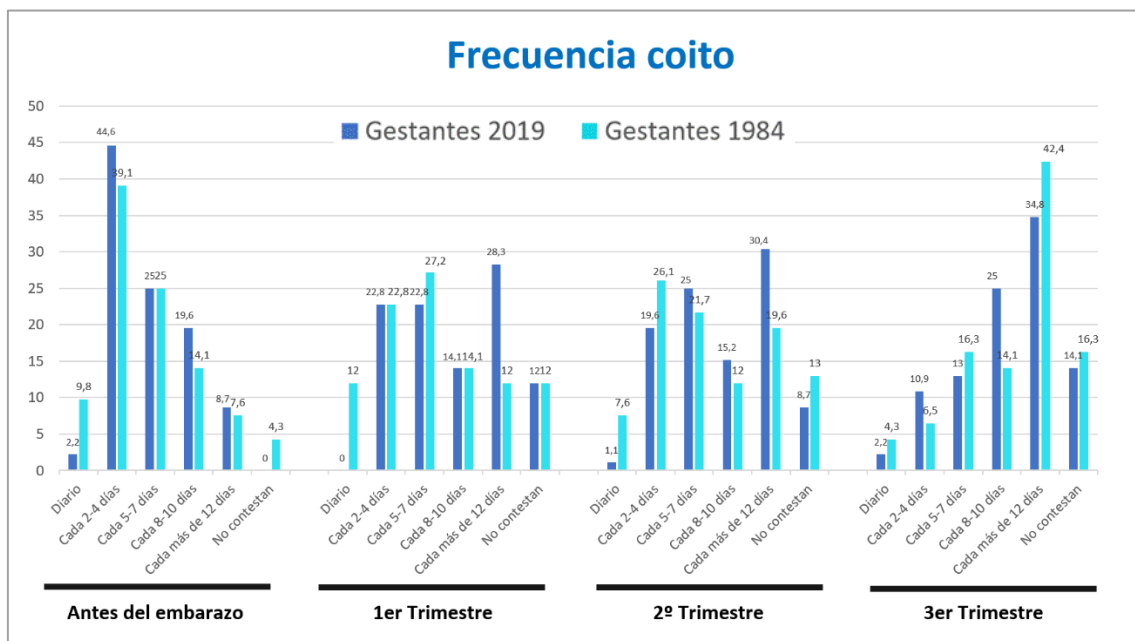


Figura 20: Distribución porcentual frecuencia de coito antes del embarazo y durante el embarazo diferenciado por trimestres

Como se observa en la Figura 20 ha habido en ambos grupos un descenso en la frecuencia de coito entre el antes y el durante el embarazo.

Tabla 18: Datos globales orgasmo y satisfacción durante el embarazo

	Gestantes 2019 N (%)	Gestantes 1984 N (%)	p valor
¿Has tenido orgasmos? 1-3 mes			
Si	75 (81,5)	66 (71,7)	0,016
No	14 (15,2)	7 (7,6)	
A veces	0	0	
No contestan	3 (3,3)	19 (20,7)	
¿Has tenido orgasmos? 3-6 mes			
Si	81 (88)	59 (64,1)	< 0,001
No	7 (7,6)	8 (8,7)	
A veces	0	8 (8,7)	
No contestan	4 (4,3)	11 (12)	
¿Has tenido orgasmos? 6-9 mes			
Si	73 (79,3)	44 (47,8)	< 0,001
No	10 (10,9)	22 (23,9)	
A veces	0	12 (13)	
No contestan	9 (9,8)	14 (15,2)	
Tus relaciones han sido satisfactorias			
Si		73 (79,3)	
No		13 (14,1)	
No contestan		6 (6,5)	
1-3 mes de embarazo			
Siempre	35 (38)		
Casi siempre	28 (30,4)		
Algunas veces	14 (15,2)		
Muy pocas veces	5 (5,4)		
Nunca	4 (4,3)		
No contestan	6 (6,5)		
3-6 mes de embarazo			
Siempre	36 (39,1)		
Casi siempre	31 (33,7)		
Algunas veces	13 (14,1)		
Muy pocas veces	6 (6,5)		
Nunca	1 (1,1)		
No contestan	5 (5,4)		
6-9 mes de embarazo			
Siempre	26 (28,3)		
Casi siempre	36 (39,1)		
Algunas veces	9 (9,8)		
Muy pocas veces	7 (7,6)		
Nunca	3 (3,3)		
No contestan	11 (12)		

Sólo 14 mujeres no tenían orgasmos en el primer trimestre, 7 en el segundo y 10 en el tercero de las millennial. Las mujeres generación baby boom en el primer trimestre 7, en el segundo trimestre 8 y en el tercer trimestre asciende a 22 (Tabla 18).

En cuanto a su satisfacción en las relaciones sexuales que mantuvieron durante la gestación encontramos que el 79,3% de las mujeres baby boom estaban satisfechas, mientras que las mujeres millennial alrededor de un 65% estaban satisfechas y entorno al 20% pocas veces o ninguna (Tabla 18).

Tabla 19: Datos globales uso de juguetes sexuales durante el embarazo

	Gestantes 2019 N (%)
¿Has usado juguetes sexuales? 1-3 mes	
Si	6 (6,5)
No	82 (89,1)
No contestan	4 (4,3)
¿Has usado juguetes sexuales? 3-6 mes	
Si	5 (5,4)
No	82 (89,1)
No contestan	5 (5,4)
¿Has usado juguetes sexuales? 6-9 mes	
Si	6 (6,5)
No	76 (82,6)
No contestan	10 (10,9)

Las mujeres que usaron juguetes durante el embarazo en la muestra de 2019 fueron muy pocas, únicamente 6 (Tabla 19).

4.7 ZONAS ERÓGENAS:

Tabla 20: Datos globales zonas erógenas antes y durante el embarazo

	Gestantes 2019 N (%)	Gestantes 1984 N (%)	p valor
Zonas erógenas antes del embarazo			
Labios	21(22,8)	21 (22,8)	1,000
Oreja	15 (16,3)	15 (16,3)	1,000
Cuello	47 (51,1)	53 (57,6)	0,377
Nuca	13 (14,1)	13 (14,1)	1,000
Pechos	73 (79,3)	75 (81,5)	0,708

Espalda	22 (23,9)	35 (38)	0,039
Genitales	78 (84,8)	79 (85,9)	0,833
Glúteos	38 (41,3)	27 (29,3)	0,089
Muslos	13 (14,1)	27 (29,3)	0,012
Zonas erógenas durante el embarazo			
Labios	18 (19,6)	18 (19,6)	1,000
Oreja	10 (10,9)	12 (13)	0,661
Cuello	44 (47,8)	45 (48,9)	0,882
Nuca	8 (8,7)	11 (12)	0,464
Pechos	62 (67,4)	65 (70,7)	0,629
Espalda	19 (20,7)	29 (31,5)	0,096
Genitales	72 (78,3)	68 (73,9)	0,485
Glúteos	33 (35,9)	25 (27,2)	0,205
Muslos	9 (9,8)	22 (23,9)	0,011

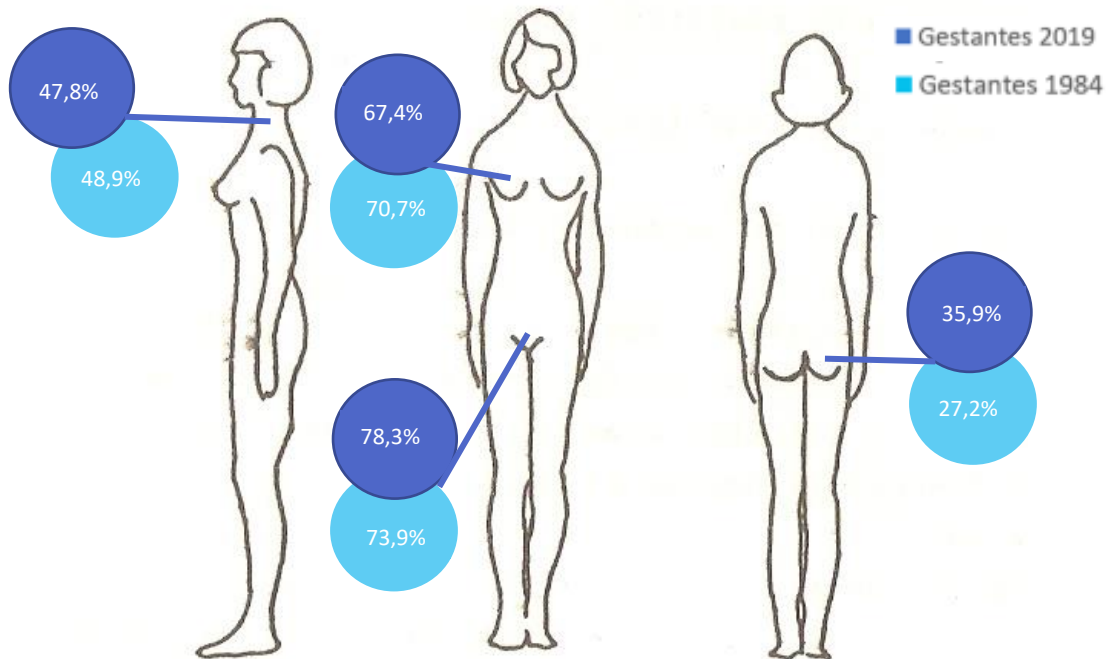


Figura 21: Representación gráfica zonas erógenas más frecuentes durante el embarazo

Tanto antes como durante el embarazo, y en ambos grupos, las zonas erógenas que más utilizaban por orden de preferencia son: genitales, pechos, cuello y glúteos (Tabla 20) (Figura 21).

4.8 ASESORAMIENTO SEXUAL:

Tabla 21: Datos globales sobre asesoramiento sexual de las mujeres embarazadas

	Gestantes 2019 N (%)	Gestantes 1984 N (%)	p valor
¿Crees que se necesita información sobre el comportamiento sexual durante el embarazo?:			
Si	70 (76,1)	80 (87)	0,057
No	13 (14,1)	6 (6,5)	
No contestan	9 (9,8)	6 (6,5)	
Ginecología			
Si	46 (50)		
No	14 (15,2)		
No contestan	32 (34,8)		
Matrón/a			
Si	58 (63)		
No	9 (9,8)		
No contestan	25 (27,2)		
Médico de Familia			
Si	24 (26,1)		
No	33 (35,9)		
No contestan	35 (38)		
¿Crees que tus relaciones sexuales durante el embarazo serían mejores si acudiera tu pareja a la consulta?			
Si	38 (41,3)	34 (37)	0,551
No	44 (47,8)	41 (44,6)	
No contestan	10 (10,9)	17 (18,5)	
¿Qué importancia para ti tiene la sexualidad?			
Muy importante	25 (27,2)	16 (17,4)	0,111
Importante	57 (62)	46 (50)	
Poco importante	2 (2,2)	1 (1,1)	
Sin importancia	0	0	
No contestan	8 (8,7)	29 (31,5)	
¿Crees que la sexualidad influye en el resto de vuestras relaciones?			
Si	75 (81,5)	66 (71,7)	0,117
No	7 (7,6)	1 (1,1)	
No contestan	10 (10,9)	25 (27,2)	
¿Cómo actúas según tu juicio en la relación sexual?			
Eres activa	55 (59,8)	12 (13)	< 0,001
Dejas hacer	18 (19,6)	3 (3,3)	
Ambas	10 (10,9)	9 (9,8)	
No contestan	9 (9,8)	68 (73,9)	
¿Crees que ha cambiado la sexualidad durante el embarazo?			
Si	61 (66,3)	45 (48,9)	0,017
No	23 (25)	23 (25)	
No contestan	8 (8,7)	24 (26,1)	
Si la respuesta es sí, ¿cómo ha cambiado?			
Mucho mejor	6 (6)	1 (1,1)	0,242
Mejor	6 (6,5)	4 (4,3)	

Igual	4 (4,3)	3 (3,3)	
Peor	34 (37)	27 (29,3)	
Mucho peor	8 (8,7)	0	
No contesta	34 (37)	57 (62)	

En el cuestionario se preguntó sobre la necesidad de recibir educación o información sobre salud sexual durante el embarazo. Tanto en el año 1984 como en el 2019, con un 87% y un 76,1%, creen que se precisa de información sobre conductas sexuales en el embarazo. En el año 2019 se amplió esta pregunta sobre que profesional de la salud debería aportar dicha información. Un 63% contestó que debía aportarla el matrn/a, un 50% contestó que el ginecólogo/a y un 26,1% el Médico/a de Familia (Tabla 21).

Un 41,3% de mujeres del año 2019 y un 37% del año 1984 creían que mejoraría su sexualidad durante el embarazo si sus parejas acudieran con ellas a la consulta (Tabla 21).

En ambos grupos se observó con un 66,3% (2019) y un 48,9% (1984) que su sexualidad había cambiado durante el embarazo (Tabla 21).

4.9 MITOS:

En el cuestionario de 2019 incluimos mitos acerca de la sexualidad en el embarazo obtenidos de las sugerencias que mostraron en una pregunta abierta el grupo de 1984 y de literatura publicada a este respecto.

Tabla 22: Datos globales mitos sobre sexualidad en la mujer embarazada

Gestante 2019	
N (%)	
Mito 1: El pene puede golpear al feto al mantener una relación sexual durante el embarazo	
Si	7 (7,6)
No	77 (83,7)
No contestan	8 (8,7)
Mito2: La mujer embarazada puede tener orgasmos	
Si	75 (81,5)
No	9 (9,8)
No contestan	8 (8,7)

Mito 3: Durante el embarazo no hay riesgo de infecciones de transmisión sexual	
Si	6 (6,5)
No	78 (84,8)
No contestan	8 (8,7)
Mito 4: Determinadas posiciones sexuales son perjudiciales para la mujer embarazada	
Si	41 (44,6)
No	43 (46,7)
No contestan	8 (8,7)
Mito 5: El sexo durante el embarazo provoca abortos involuntarios	
Si	7 (7,6)
No	77 (83,7)
No contestan	8 (8,7)
Mito 6: El feto se da cuenta de que se están manteniendo relaciones sexuales	
Si	13 (14,1)
No	71 (77,2)
No contestan	8 (8,7)
Mito 7: Tener relaciones durante el tercer trimestre desencadena el parto	
Si	25 (27,2)
No	59 (64,1)
No contestan	8 (8,7)
Mito 8: El deseo sexual disminuye a lo largo del embarazo	
Si	27 (29,3)
No	55 (59,8)
No contestan	10 (10,9)

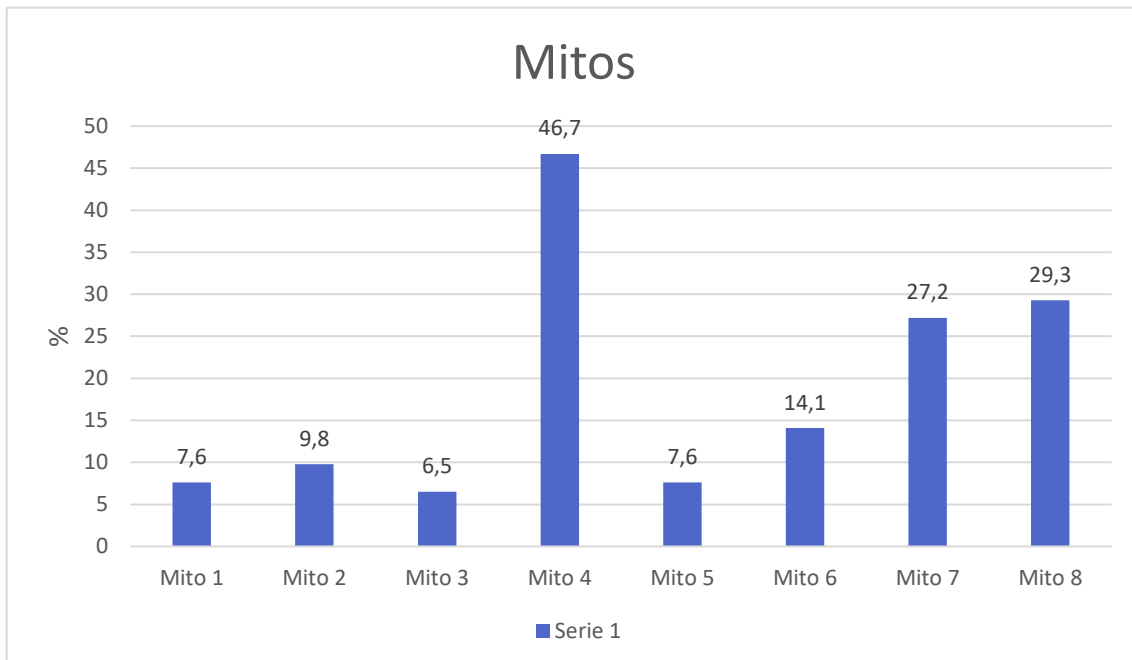


Figura 229: Distribución porcentual mitos sobre sexualidad en la mujer embarazada

Los mitos más extendidos entre las embarazadas fueron: “determinadas posiciones sexuales son perjudiciales para la mujer embarazada” (44,6%), “el deseo sexual disminuye a lo largo del embarazo” (29,3%), “tener sexo durante el tercer trimestre desencadena el parto” (27,2%). “el feto se da cuenta de que está manteniendo relaciones sexuales” (14,1%), “el sexo durante el embarazo provoca abortos involuntarios” (7,6%), “ el pene golpea al feto durante el embarazo” (7,6%), “durante el embarazo no hay riesgo de infecciones de transmisión sexual” (6,5%) (Tabla 22) (Figura 22).

4.10 POSTURAS SEXUALES:

Las posturas más usadas en ambos grupos antes del embarazo eran las senescentes de misionero o misionero invertido con pequeños cambios posturales. La postura andrómaca/amazona en la que la mujer utilizaba la posición cabalgante y por ello controlar la penetración y la eyaculación, era una también de las más utilizadas. La postura de coito a tergo fue contestada entre las más usadas (Figura 23).

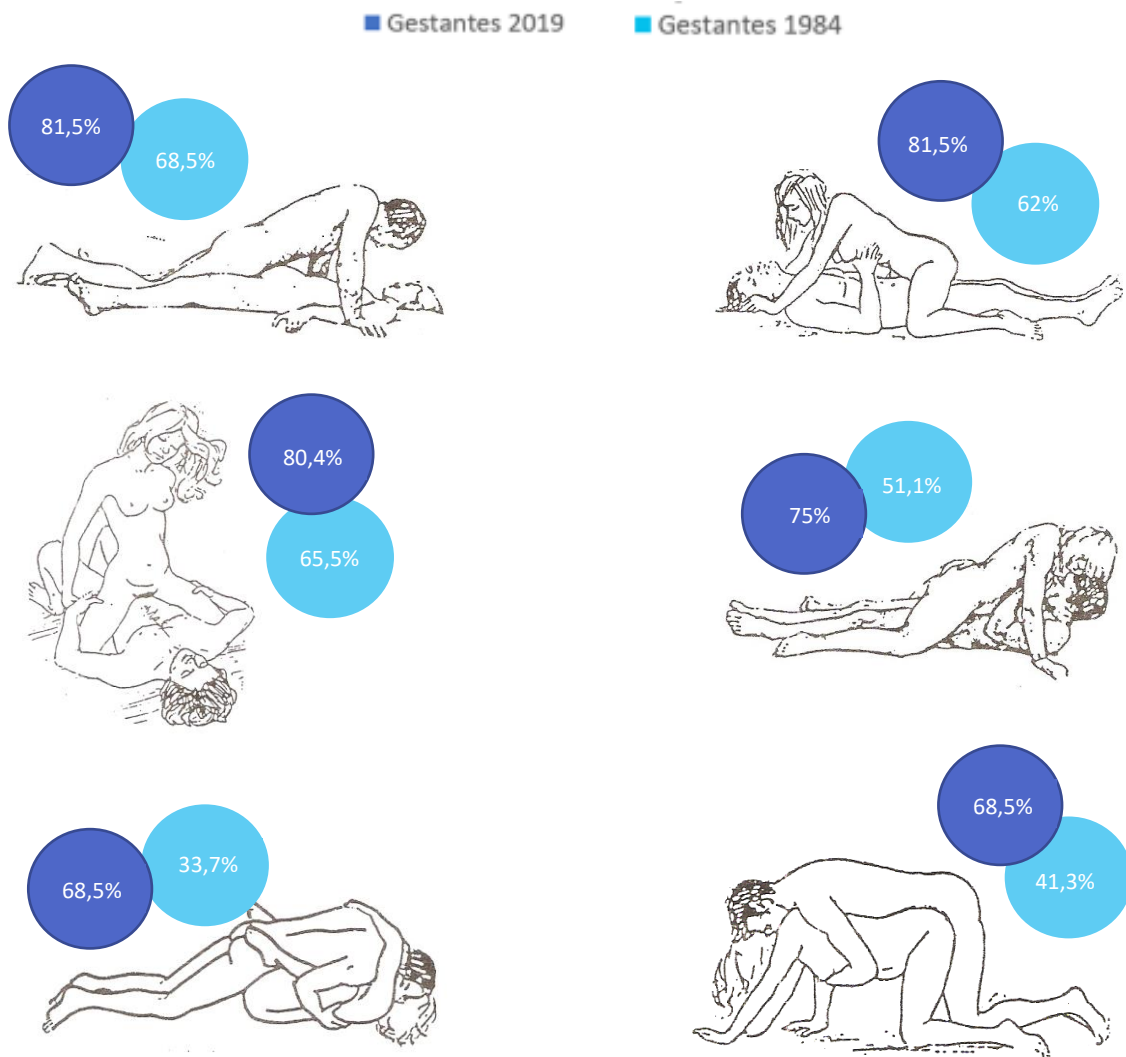


Figura 23: Representación gráfica posturas más utilizadas antes del embarazo

Ambos grupos utilizaban las mismas posturas durante el primer trimestre que antes del embarazo.

En el segundo trimestre las posturas senescentes con la mujer encima de su pareja y el coito a tergo fueron las más utilizadas. La postura de penetración profunda comenzó a disminuir llegando a porcentajes del 30,4% en el año 2019 y 8,7% en 1984.

Durante el tercer trimestre, las posturas más utilizadas fueron en las que permite a la mujer libertad de movimientos, comodidad y evita peso sobre el abdomen.

Contestaron la posición de lado como una de las más usadas. (Tablas resultados globales posturas en anexo 7,8,9 y 10).

5. DISCUSIÓN

5.1 PERFIL SOCIOCULTURAL DE LAS GESTANTES:

Las mujeres de nuestro estudio eran un reflejo de la situación sociocultural, habitacional y económica de dos épocas muy diferentes en España.

El retrato de las gestantes del año 1984 era, una mujer más joven (edad media 26 años) con estudios mayoritariamente primarios (sólo un 35% tenía estudios superiores), principalmente ama de casa. Su pareja tenía una edad media de 28,6 años, estudios primarios, medios y superiores muy homogéneos y laboralmente activo.

El retrato de las gestantes del años 2019 era, más mayor (edad media 33,5 años), mayoritariamente tiene estudios superiores (sólo un 33% tiene estudios primarios o medios) y trabajadora por cuenta ajena. En resumen, trabajadoras que eligen ser madre cuando terminan sus estudios universitarios y se incorporan al mundo laboral de forma estable. Su pareja tenían una edad media de 35,6 años y con el mismo perfil sociolaboral de 1984.

El estado civil de las embarazadas ha variado significativamente ($p = 0,001$) entre las dos épocas ya que el 21,7% de mujeres de 2019 estaban solteras y en el año 1984 eran un 6,5% de la muestra. Este porcentaje de mujeres solteras se debe probablemente a la independencia económica conseguida actualmente. Estas ideas fueron transmitidas hace más de un siglo por Malthus¹⁴ y se están haciendo realidad en las clases medias y altas de la sociedad actual.

La edad de la gestación en la muestra de 2019 presentó un decalaje de 8 años en relación con la muestra de 1984. Este envejecimiento coincide con los datos nacionales del INE. El rango de edad de la generación *baby boom* coincidió con los estudios anteriores al 2015^{74,79-81} mientras que la generación *millennials* coincidió con los estudios más actuales^{82-84,100-103}. Observamos una edad gestacional en ambas muestras representa el estado socioeconómico y cultural de cada época.

Es de reseñar como ha cambiado el concepto de embarazo de alto riesgo en función de la edad. El estudio de 1984 estaba vigente el concepto de “mujer añosa” en

las mujeres que sobrepasaran los 35 años, que se consideraba embarazo de alto riesgo y, a día de hoy, los protocolos establecen embarazo de alto riesgo a partir de los 40 años ¹¹⁴.

En nuestra muestra de 2019 aproximadamente la mitad, consideraba haber tenido acceso a información sexual, sin embargo, las mujeres de 1984 solamente un cuarto de las mismas decían haber tenido la posibilidad de informarse sexualmente. En el Informe sobre la encuesta en España sobre sexo 2004 ¹¹⁵ sólo un 15,7% no había recibido ninguna educación sexual y, aún siendo muy inferior al dato de nuestro estudio lo consideraban un porcentaje muy elevado. Se entiende que estando sumidos en la era de la digitalización, cualquiera de las mujeres actuales podrían acceder a través de Internet a gran cantidad de información al respecto de la sexualidad y el embarazo. Así mismo suponemos que otra de sus fuentes son sus amigas y familiares que hayan pasado por el proceso de gravidez antes que ellas. Nosotros suponemos que ellas consideran información sexual a estas fuentes. Sin embargo, consideramos que formación sexual como tal, implica instruir de modo sistemático, académico y programado en sexualidad, en la Educación General Básica (EGB) y la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), no existe ninguna asignatura que aborde la sexualidad. Esta temática sigue siendo una actividad transversal asumida por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), programas de voluntariado, etc. y siempre dependiendo de la dirección del centro orientador docente el cual considere que es pertinente. Si esta situación es general en la educación secundaria, en los grados universitarios no existe formación a los futuros docentes (maestros, biólogos, etc.), tampoco a los sanitarios. En lo que concierne a nosotros los médicos, no tenemos formación para abordar con seguridad y rigor científico la temática que implica la salud sexual, tanto en la prevención como en la disfunción como bien argumenta Rebeca López de los Santos ¹¹⁶.

5.2 HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER EMBARAZADA:

Las mujeres de 2019 tuvieron su primera relación a los $18,92 \pm 3,42$ años. Así mismo se observó en un acceso más temprano al coito frente al año 1984, (19 años frente

a los 20,5 años) ($p=0,001$), avalado Informe sobre la encuesta en España y en el mundo sobre sexo 2004 ^{115,117} y los resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual ¹¹⁸.

En cuanto al número de parejas sexuales se observaron diferencias entre el grupo etario de 1984 frente al grupo de 2019, teniendo más parejas sexuales estas últimas mujeres. Este resultado puede ser debido al mayor nivel instructivo de nuestra muestra, como asevera Victoria Lapresa ¹¹⁹ que mostró que un mayor nivel de estudios se correlacionaba con un mayor número de parejas sexuales.

El método anticonceptivo más utilizado en el año 2019 fue el preservativo seguido de la píldora anticonceptiva, al contrario que en 1984, que lo más utilizado fue la píldora anticonceptiva seguida del preservativo ($p<0,001$). Atribuimos este aumento del uso del preservativo a un mayor acceso a la compra y mayor publicidad. La irrupción del VIH concienció a la sociedad de los 90 en el uso de métodos de barrera, sin poder olvidar la campaña “Póntelo, pónselo” que se llevo a cabo en 1988 en nuestro país. Se observó un uso limitado de los Long Active Reversible Contraception (Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración, en adelante LARCs) al igual que en otro estudio en nuestra área ¹¹⁸. A pesar de haber mejorado en el uso de métodos eficaces siguió habiendo un 18,5% de mujeres de 2019 que no empleaban métodos anticonceptivos eficaces. Entre todas las mujeres que usaron el preservativo, un 46% había recibido educación sexual, el resto no. Mientras que en la muestra que usó la píldora anticonceptiva, el 70% de gestantes si había recibido educación sexual. Analizando estos resultados avalan los índices de accesibilidad de los métodos anticonceptivos, así como una mayor presencia del preservativo en la publicidad. Nuestro estudio muestra que no hay una gran penetrabilidad en el uso del doble método (preservativo + píldora anticonceptiva), que debería ser el más recomendado por los profesionales sanitarios.

5.3 CONDUCTAS SEXUALES EN LAS GESTANTES:

Las mujeres *millennial* colaboran y toman más la iniciativa en las relaciones sexuales. A medida que avanza el embarazo solamente un 89,2% continúan tomando la iniciativa, sin embargo, en el grupo *baby boom* el 75% tomaba la iniciativa antes mientras que durante el embarazo únicamente el 32,6% colaboraban. Deducimos que las mujeres *millennial* van interiorizando que las relaciones sexuales en pareja es cosa de dos. Algunos autores ^{86,92} hacen referencia que la iniciativa las lleva el hombre. Sacamori et al ⁹² estableció una relación positiva entre la iniciativa femenina con una mayor satisfacción, y sin embargo, los hombres siguen teniendo más iniciativa durante el embarazo. Otros autores ^{74,76,78-80,87} que utilizaron la FSFI no hacen referencia a la iniciativa.

5.3.1 Masturbación:

El autoerotismo fue practicado por las mujeres *millennial* tres veces más que las mujeres *baby boom* ($p < 0,001$). La heteromasturbación también se realizó más en el grupo 2019 (90,2%) que en el grupo 1984 (62%) ($p < 0,001$). El orgasmo y el placer obtenido durante la masturbación, tanto la auto como la hetero, los datos inferidos mostraron que se obtiene más orgasmos y más placer con la automasturbación. Nosotros pensamos que esto es una cuestión lógica entendiendo que la persona conoce mejor sus zonas erógenas, ritmo, etc.

Si analizamos pormenorizadamente los datos de ambos grupos en un cálculo de probabilidad tenemos que las mujeres *millennial* tienen una probabilidad 7 veces más de practicar la automasturbación (OR=7,3 [IC 95%, 3,5-15,7]; $p < 0,001$) y 2 veces más de heteromasturbarse (OR=1,8 [IC 95%, 0,9-3,4] $p = 0,083$).

La masturbación durante el embarazo, un cuestionario en mujeres portuguesas de 2010 ⁹³ observó que el 20% de las mujeres se automasturbó, muy por debajo de nuestra muestra de 2019 que lo hacían un 50% pero superior a la del 1984 que lo hacían solo un 12%.

La heteromasturbación antes del embarazo era del 90,2% y durante el embarazo desciende a un 66,3% en el grupo *millennial*. En el grupo *baby boom* el 62% lo practicaba y durante el embarazo un 47,8% lo realizó. Si analizamos entre trimestres en el grupo *millennial* varió poco y se mantuvo estable. El grupo *baby boom* aumentó en el segundo trimestre levemente desapareciendo en el tercer trimestre, sólo lo practicaron 1 de cada 4 ($p < 0,001$).

En el grupo 2019 en el primer trimestre mantuvo la automasturbación, en el segundo trimestre una de cada tres mujeres aumentaron, y el tercer trimestre aumentó considerablemente (3 de cada 4 mujeres). Por el contrario en el grupo 1984 no siguió la misma tendencia: en el primer trimestre descendió significativamente ($p = 0,001$), en el segundo trimestre continuó el descenso y en el tercer trimestre prácticamente es nula la práctica de la automasturbación. Otros estudios^{88,103} muestran una tendencia similar a la del grupo 1984, aunque mostraron un descenso en todos los trimestres. No hemos encontrado ningún artículo que notifique un aumento de la masturbación durante el embarazo.

La mayoría de las mujeres, en ambos tipos de masturbación, obtienen orgasmos y placer durante el embarazo. En el grupo 1984 consiguen peor el orgasmo con la masturbación resultado diferente al obtenido en el grupo *millennials* donde casi todas las mujeres obtenían orgasmos.

Se ha extendido la práctica de la masturbación respecto al año 1984. La mujer todavía tenía menos información sobre sexualidad, era un tema aún más tabú, muchas no conocían que era la masturbación. Sin embargo, 35 años después si se ha conseguido extender la autoerótica en las mujeres que podría deberse a que el grupo *baby boom* no lo quisiera manifestar en su época por estar más sujeta a la opinión social represiva, que se veía como algo negativo, aunque podría haber otras variables que influyeran en este aumento como la publicidad, la introducción de juguetes sexuales, etc.

5.3.2 Deseo:

En ambos grupos todas las mujeres antes del embarazo tenían deseos de relaciones sexuales. A medida que avanza el embarazo se observa un descenso del deseo. Algunos autores ⁷⁶ consideran que se mantenía igual, otros ^{83,88-90,95} consideraron que hay variaciones en el descenso de forma interindividual. En todos los metanálisis y revisión bibliográfica ⁶⁸⁻⁷² concluyen este descenso del deseo más acusado siempre en el tercer trimestre aunque algún autor ¹⁰² difiere. Nuestro estudio coincide con otros ^{70-72,84} en un descenso del deseo en el primer trimestre, menor descenso en el segundo trimestre y descenso marcado durante el tercer trimestre.

5.3.3 Frecuencia de coito:

Todos los autores ⁶⁸⁻¹⁰⁶ coinciden con nosotros que la frecuencia de coito desciende al comparar antes con durante el embarazo. En los estudios que utilizan la escala FSFI ⁷⁴⁻⁸⁵ concluyen que las mujeres presentaban disfunción sexual. Si coinciden en que esta situación, para ellos considerada como patológica, se agravó de modo progresiva a medida que avanza el embarazo. Nosotros no consideramos que se pueda hablar de disfunción durante el embarazo, utilizando una escala cuyo objetivo es obtener qué mujeres presentan una patología sexual, utilizada en un periodo no patológico como es el embarazo, sino que es un ciclo en la vida de las mujeres. Caracterizar a estas mujeres como disfuncionales no lo consideramos lógico ya que interpretamos que es una respuesta adaptativa a esta etapa vital de la mujer, aunque este tipo de precisión en este comentario tiene sus matices que extenderemos posteriormente al referirnos a los miedos y la angustia que provocan.

Por trimestres: Primer trimestre: un descenso marcado con respecto al antes coincidiendo con otros autores ⁷⁰⁻⁷². De los que tenían relaciones a diario o cada 2-4 días en el primer trimestre se sitúan en el 25,9% de la muestra *millennials*.

Segundo trimestre: a pesar de que hay una tendencia progresiva a la baja, en nuestras muestras el descenso es menos acusado (coito diario o cada 2-4 días, 22,6%) que

en el primer trimestre como en otros estudios ^{68,70-72}, sin embargo, el estudio de Serati et al ⁶⁹ muestra un descenso más acusado de la frecuencia coital en el segundo trimestre que en el primero.

Tercer trimestre: mayor descenso en la frecuencia coital en ambas muestras coincidiendo con todos los estudios ⁶⁸⁻¹⁰⁶.

Antes del embarazo un 50% de ambas muestras mantenían coito diario o cada 2-4 días. Las mujeres que redujeron su frecuencia coital a un coito cada más de una semana se situó en el 50% en los dos primeros trimestres y aumentó esa categoría hasta el 70% en el tercer trimestre en ambas muestras ($p = 0,002$).

Entre el deseo y la práctica del coito hay una diferencia en decremento. Las causas por las que dijeron que no practicaban coito están relacionadas con los mitos y encontramos que la indicación médica de no practicarlo es ínfima, en concreto 4 mujeres, y las demás por otras causas (miedo a dañar al feto, comodidad personal, coito doloroso o por el propio hecho de estar embarazadas).

5.3.4 Orgasmo:

Las mujeres 2019, el 98,9% referían tener orgasmos antes del embarazo y en su gestación, en el primer trimestre sólo un 81% lo seguían manteniendo, en el segundo trimestre un 88% y en el tercer trimestre un 79%.

Las mujeres de 1984 el 84% tenían orgasmos antes de embarazo y durante el primer trimestre era del 71,1%, en el segundo trimestre un 64,7% y en el tercer trimestre un 47,8%, es decir una disminución a lo largo del embarazo.

En ambos grupos observamos que el orgasmo decrece con respecto al antes del embarazo, siendo el descenso más acusado en el tercer trimestre. Este dato se observó en la mayoría de los estudios revisados ^{70,71,87,89,90}. Von Sydow et al ⁶⁸ considera en su metaanálisis que hay una gran variabilidad en las muestras analizadas. Escudero et al ⁹⁷ considera que la disminución del orgasmo a partir de la semana 38 de gestación. Para

nosotros esa semana previa al parto, con los grandes cambios físicos (distensión abdominal, dolor raquis, insuficiencia venosa, aumento de turgencia mamaria, etc.) y que en esta semana el feto prácticamente está encajado en canal de parto con lo que la mujer tiene grandes dificultades para la defecación y las molestias urinarias, es lógico que su orgasmo así como su actividad coital sea prácticamente inexistente.

Siguiendo la tónica de la conducta sexual, nuestra muestra, aunque globalmente el orgasmo decrece, hay un ligero aumento en el segundo trimestre tal y como reflejan algunos estudios clásicos ⁴⁵.

Algunos autores ^{75,80} que utilizando el cuestionario FSFI consideran que entorno al 75% de las mujeres tenían disfunción orgásmica durante el embarazo. Disfunción orgásmica según la DSM-5 no puede ser considerada como tal puesto que no cumple los criterios de disfunción ya que ni persiste en el tiempo ni provoca malestar clínicamente significativo, puesto que las mujeres consideran estar satisfechas durante el embarazo con sus relaciones sexuales durante el embarazo. La gestación es una etapa, por el momento, fisiológica en la mujer, limitada a 39 semanas que impediría cumplir los criterios de la clasificación de la DSM-5 puesto que la mujer hipotéticamente dejaría de tener esta dificultad en el momento en que solucione esta etapa fisiológica de la gestación. Luego, si es una disfunción sexual ¿deberíamos tratar a estas mujeres, cuando sabiendo que la etiología de la anorgasmia está limitada en el tiempo, no repercute en su satisfacción y se corrige una vez que termina la gestación? Nuestra respuesta es no. Podríamos considerar que la escala es útil para aportar datos estadísticos, como información y para investigación pero no aplicable a la categoría disfuncional y por lo tanto no útil para la práctica clínica durante el embarazo. Uno de los artículos más recientes ¹⁰¹ que no utiliza la escala FSFI, intenta con su estudio responder a la pregunta de porqué la mujer gestante disminuye la frecuencia coital y el orgasmo y lo relaciona con la autoimagen corporal, estableciendo que una mejor autoimagen corporal da una mayor satisfacción sexual. Así mismo Chang et al ⁷⁷ considera, que hubo disfunción sexual por la escala FSFI y que la imagen corporal y la problemática de la micción influyó.

Cuando analizamos el orgasmo se encuentra que antes del embarazo el grupo *millennials* un 79,3% tiene orgasmos y un 72,8% en el grupo *baby boom*. Durante los trimestres encontramos que hay un descenso de capacidad para obtener el orgasmo durante el coito en el primer y segundo trimestre en ambos grupos. En el tercer trimestre en el grupo *millennial* aumenta el orgasmo respecto al resto de trimestre sin llegar a los niveles previos al embarazo, sin embargo, en el grupo *baby boom* el descenso más marcado del orgasmo era en el tercer trimestre.

La variable orgasmo, tan controvertida e investigada en el mundo de la sexología, sigue siendo complicada de analizar, sin embargo, hay un hecho indiscutible, se obtiene mejor el orgasmo con la masturbación que por coito.

5.3.5 Satisfacción:

La satisfacción con la relaciones sexuales sería la variable que recoja el conjunto de conductas sexuales que hay antes y durante el embarazo. Antes de embarazo prácticamente todas las mujeres estaban satisfechas con sus relaciones sexuales. Durante la gestación encontramos que el 79,3% de las mujeres *baby boom* estaban satisfechas, mientras que las mujeres *millennials* eran alrededor de un 65%. Las descontentas con su satisfacción sexual son un tercio de la muestra de 2019 y una cuarta parte de la muestra de 1984.

Comparando con otros estudios hemos observado gran varibalidad de conclusiones. Tosun et al ⁸⁰ infiere que un 48% de embarazadas presentaban disfunción en la satisfacción y otros autores ^{88,91} que disminuye, Naldoni et al ⁷⁸ y Esmer et al ⁷⁹, aplicando el cuestionario FSFI, establecen que la satisfacción, al igual que opinamos nosotros, no estaba relacionada con la disfunción sexual. Sacamori et al ⁹² considera que la variable que modifica la satisfacción sexual es la iniciativa. Pauleta et al ⁹³ opina que a pesar del descenso en la actividad sexual durante el embarazo, este hecho no influye en la satisfacción sexual que se mantiene estable, al igual que en nuestro estudio. Sin

embargo otros estudios^{87,97,103} sí que observaron una reducción de la frecuencia y de la satisfacción.

Nosotros no hemos encontrado ninguna significación entre satisfacción y ninguna de las variables de las conductas sexuales.

5.3.6 Posturas:

En la revisión bibliográfica llevada a cabo sólo algunos estudios incluían las posturas sexuales para la realización del coito^{79,85,87,88,90-92,100}. Las posiciones del coito más utilizadas fueron las cabalgantes y las a tergo. Con anterioridad hemos comentado que a medida que aumenta el mes de gestación los cambios físicos provocan dificultades, las mujeres, por lo tanto, buscan posturas más cómodas, que les libere de presión el abdomen. Así mismo es más sencillo la penetración para el varón en las posturas que evitan el abdomen.

Dos estudios^{79,85,92} muestran que durante el embarazo cambiaron de postura “cara a cara”, que cada vez fue más incómoda, a posturas de lado o a tergo. La posición de misionero fue la que más se usó antes del embarazo en algunos estudios^{87,88,90}, pero después del embarazo esta posición disminuyó. Lee et al⁹¹ consideraron que era irrelevante el trimestre en las posturas sexuales utilizadas. Nosotros disentimos de esta última conclusión.

Afshar et al¹⁰⁴ relacionó las posturas sexuales con el recibir o no educación sexual. Las mujeres que sí la recibieron utilizaron más las posturas cabalgantes y de lado.

5.3.7 Juguetes sexuales:

Nos pareció interesante incorporar la pregunta sobre uso de juguetes sexuales puesto que entre las mujeres de edad similar a nuestra muestra están muy incorporados en sus conductas sexuales. No podemos realizar una comparativa del uso de juguetes sexuales durante el embarazo ya que no hay ningún estudio que incluyese esta pregunta ni tampoco en la muestra *baby boom*. En el grupo *millennials* de las 35 que lo utilizaban

antes del embarazo quedaron únicamente 6 que lo utilizaron durante la gestación. Creemos que no lo usaron por miedo a dañar al feto.

Un total de 10 mujeres usaron juguetes en algún trimestre del embarazo. 9 de ellas ya los utilizaban antes y 1 inició su uso durante el embarazo ($p < 0,001$). La probabilidad de usar juguetes sexuales durante el embarazo fue 21 veces mayor en aquellas que ya los usaban previo a la gestación.

5.4 MITOS:

Al respecto de los diferentes mitos que hemos encontrado en las respuestas de nuestra muestra del año 1984, comentamos las más frecuentes: “el deseo sexual disminuye a lo largo del embarazo” que en nuestros estudios se constató que sí se producía al igual que en otros estudios (meter autores) mirar cual es la excepción. Nuestra opinión al respecto es que puede estar relacionado con el embarazo “per se” (aumento de peso, peor calidad de sueño, incomodidad para dormir, distorsión de la imagen corporal, necesidad de micción más frecuente, sensación de parestesias en extremidades inferiores, astenia, etc.), o por la creencia mantenida históricamente de que las relaciones sexuales no son buenas en el embarazo ya que hay culturas que prohíben el coito durante el embarazo.

Otros mitos analizados en casi todos los autores consultados son el aborto, parto y dañar al feto ^{79,94}. El tema de los miedos y los beneficios de las relaciones sexuales durante el embarazo es tratado en algún estudio ¹⁰⁵. En cuanto a las creencias negativas coinciden con nuestra muestra, las de causar lesiones al feto, aborto espontáneo o parto pretérmino que podrían estar relacionadas con las hipótesis de que la concentración de oxitocina en el semen pueda provocar un aborto, o un parto pretérmino. Según los conocimientos ginecológicos dicha concentración es mínima y en algún supuesto en el que la gestante tuviera borrado el cuello podría acelerar un parto prácticamente iniciado. Los ginecólogos generalmente cuando atienden a una gestante con amenaza de parto pretérmino le recomiendan no mantener relaciones sexuales por prevención sin que tengamos estudios simple ciego que corroboren esta recomendación. Los mitos sobre el

embarazo existen antropológicamente en casi todas las tribus ¹¹⁹, en algunas incluso es recomendable mantener relaciones coitales, si bien es cierto, que se trata de poblaciones nigerianas donde se practica infibulación, y el coito facilitaría la distensión vaginal en el parto, sin embargo, otras culturas lo prohíben.

El mito de que el pene puede golpear al feto hay mujeres que lo consideran cierto. Esto nos demuestra que debemos educar en salud sexual y reproductiva a nuestra población porque refleja una ignorancia extraordinaria acerca de donde se alberga el feto, no saben que hay un saco protector al futuro neonato. Otra de las contestaciones, aunque sean 6 mujeres de 92, creen que no hay riesgo de infecciones de transmisión sexual durante la gestación y, es de suma importancia, aclarar e informar a la embarazada que debe protegerse a sí misma y al canal del parto de cualquier enfermedad por las graves consecuencias que puede ocasionar no solamente a su salud sino también en la de su descendencia.

A pesar de tener estudios universitarios, a pesar de tener más acceso a mass-media, las mujeres de nuestra muestra coinciden con las mujeres de 1955 hasta el año 2019 ⁶⁸⁻⁷² solicitando que se les de formación sexual ya que no la tienen. En un estudio de fin de máster de Rebeca López de los Santos ¹¹⁶ se concluye que no existe un plan estable de educación sexual en la educación obligatoria. Se le considera una competencia transversal con lo que ello conlleva, que se entiende que se van a recibir en las diferentes asignaturas de forma global pero luego no se asigna a ningún tema en particular ni a ningún docente con lo cual no se explica, y si se hace algo, esto sería de forma como actividad extraordinaria.

Este resultado se puede relacionar con el último estudio ¹²¹ realizado en nuestra área acerca de la formación de nuestros futuros médicos en las Facultades de Medicina en España.

5.5 ASESORAMIENTO SEXUAL:

En la bibliografía al respecto del tema que estamos tratando hay una conclusión que suscriben todos los investigadores acerca de la necesidad del asesoramiento sexual o educación sexual. Las embarazadas de la generación *Millennials* al igual, que las de la generación *baby boom*, siguen solicitando tener más información respecto a las conductas sexuales y el embarazo. En nuestro estudio preferentemente manifiestan que esta información se la debe aportar, por este orden, ginecólogo/a, matron/a o médico de familia. Esto se puede deber, a que la incorporación del médico de familia al control de la gestación ha sido progresiva pero no totalmente asimilada ya que, las ecografías siguen manteniéndose en las unidades de ginecología y la educación maternal es asumida por las matronas. El médico de familia debería exigir formación sexual para poder aportar a la gestante un asesoramiento riguroso que evite los miedos y la incertidumbre que este tema le causa en el embarazo. Esta formación hoy en día no se establece de forma reglada en la universidad ni en las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria ^{100,121}, a pesar de las recomendaciones de la OMS ⁵⁴ a los agentes de salud, de que asuman las competencias en salud sexual para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Sólo hemos encontrado dos estudios que realizaron una investigación controlada ^{98,100} entre mujeres a las que se les daba educación sexual o no. Las mujeres que acudieron a educación sexual tanto con sus parejas como individualmente tuvieron mejores resultados en el FSFI en la respuesta sexual. No hubo relación entre acudir solas o con sus parejas, en contra de la opinión de una parte de nuestros grupos (41,3% de mujeres del año 2019 y un 37% del año 1984) que creían que mejoraría su sexualidad si acudieran sus parejas con ellas a la consulta. Estos estudios refuerzan la conclusión general de todos los autores y la nuestra: se precisa más educación sexual. Otra cosa sería como se debe aportar información sexual a la población ya que nuestra muestra del año 2019 la mitad decía haberla recibido y en el año 1984 era una de cada 4 y, sin embargo, no ha habido grandes cambios en los resultados de conductas sexuales.

5.6 FORTALEZAS Y LIMITACIONES:

Las principales **limitaciones** metodológicas de este trabajo de investigación vienen determinadas por la propia característica del diseño y el tamaño de la muestra:

En cuanto al tamaño muestral la muestra recogida en el 1984 y en el 2019 no alcanzó el tamaño representativo estimado, esto supone una dificultad para encontrar relaciones o asociaciones estadísticamente significativas a partir de los datos y, en consecuencia, extrapolar los resultados. Los problemas para no alcanzar el tamaño muestral fueron:

- La reticencia a participar en la investigación por parte del personal sanitario.
- El tema sexual que sigue siendo controvertido tanto para las mujeres como para los profesionales sanitarias.
- La disminución de la natalidad.
- No existir una escala validada para medir las conductas sexuales durante el embarazo.
- La muestra se obtuvo exclusivamente del Sistema Nacional de Salud.

El periodo de recogida se alargó varios años, tanto por la escasa participación de las mujeres lo que obligó a aumentar el trabajo de campo, como la dificultad para compaginar la investigación con la actividad asistencial y, posteriormente, la situación sanitaria y social generada por la pandemia de Covid-19 y otros acontecimientos vitales que no facilitaron que nos reuniéramos hasta 2021.

A pesar de estas limitaciones, la principal **fortaleza** de esta investigación radica en haber comparado dos poblaciones de mujeres embarazadas separadas por 35 años, es decir, dos generaciones completamente diferentes. En nuestro conocimiento, no hay ningún estudio sobre sexualidad que compare poblaciones tan separadas en el tiempo y, por lo tanto, con importantes cambios sociales, biológicos, culturales, etc.

5.7 APLICACIÓN CLÍNICA:

- ✓ Formación reglada en los Grados de Ciencias de la Salud en materia de sexualidad durante el embarazo y otros ciclos vitales.

- ✓ Generar herramientas de promoción y educación en salud sexual accesibles a las mujeres gestantes desde el momento que conocen su embarazo con el objetivo de eliminar la incertidumbre, angustias y preocupaciones que provoca tener actividad sexual durante el embarazo. Deberían abordar aspectos claves como:
 - Explicar los cambios fisiológicos que van a influir en sus relaciones sexuales.
 - Factores de riesgo gestacionales que recomiendan limitar las conductas de coito.
 - Medidas preventivas que deben incorporar a sus conductas sexuales.
 - Prevención de infecciones de transmisión sexual.
 - Desmitificar las relaciones sexuales durante la gestación.

- ✓ Impulsar la promoción y la atención de la salud sexual desde la Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<p>1. Describir las características socioculturales y laborales de las mujeres gestantes y sus parejas de 2019 y comparar con la muestra de 1984.</p>	<p>1ª. Las gestantes de 2019 tienen un mayor acceso a estudios superiores, han mejorado su nivel formativo, superando a los varones.</p> <p>2ª. Las gestantes de 2019 tienen un mayor acceso al mundo laboral.</p> <p>3ª. Las mujeres del siglo XXI acceden a la gestación a una mayor edad.</p>
<p>2. Conocer qué impacto tiene la gestación en las conductas sexuales de las mujeres embarazadas del siglo XXI y comparar estas conductas sexuales con las mujeres gestantes del siglo XX.</p>	<p>4ª. Las conductas sexuales de las gestantes, 35 años después, son prácticamente iguales.</p> <p>5ª. Las mujeres de 2019 acceden al coito en edades más tempranas y tienen mayor número de parejas sexuales.</p> <p>6ª. El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo, desplazando a la píldora, con respecto a la muestra de 1984. No hay una gran penetrancia en el siglo XXI de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración</p> <p>7ª. Las gestantes <i>millennials</i>, aunque han mejorado su protección frente a las infecciones de transmisión sexual, no eliminan totalmente el riesgo.</p> <p>8ª. Las gestantes <i>millennials</i> colaboran y toman la iniciativa más frecuentemente en las relaciones sexuales</p> <p>9ª. Las embarazadas de 2019 practican más la automasturbación que las mujeres de 1984. Automasturbación y heteromasturbación decrecen a lo largo del embarazo en ambas muestras.</p> <p>10ª. Descenso del deseo en ambas muestras, siendo más significativo en el tercer trimestre</p> <p>11ª. Marcado descenso de la frecuencia coital en el tercer trimestre en ambas muestras</p>

	<p>12^a. Es más frecuente el orgasmo con la masturbación que con el coito.</p> <p>13^a. Observamos que es más habitual el orgasmo autoerótico, comparado con el heteroerótico.</p> <p>14^a. Descenso del orgasmo en el primer y tercer trimestre, con un ligero aumento en el segundo trimestre en ambas muestras</p> <p>15^a. Aunque se observa una ligera disminución de la satisfacción sexual no relacionada con ninguna variable, la mayoría de las mujeres están satisfechas con sus relaciones sexuales.</p> <p>16^a. Las posturas más utilizadas por ambas muestras durante el embarazo fueron de lado y a tergo.</p> <p>17^a. Las mujeres <i>millennials</i> han incorporado los juguetes sexuales antes del embarazo, mientras que durante el embarazo los eliminan.</p>
<p>3. Examinar las dudas, mitos y miedos que tienen las mujeres gestantes de 2019 y evaluar si persisten o han variado desde 1984.</p>	<p>18^a. Se mantienen los mismos mitos 35 años después. Estos son: dañar al feto, dudan sobre si las relaciones sexuales durante el embarazo son malas, piensan que aceleran el parto y generan abortos.</p>
<p>4. Identificar y definir las necesidades de información de las mujeres acerca de la sexualidad durante la gestación</p>	<p>19^a. Las mujeres gestantes de ambas generaciones reclaman más información sexual en la etapa del embarazo.</p> <p>20^a. Treinta y cinco años después, las mujeres siguen demandando una información sexual que los profesionales no les brindamos y, algunos incluso, imponen un criterio personal restrictivo.</p>

<p>5. Formular asociaciones entre la sexualidad de las gestantes y factores relacionados que permitan generar hipótesis futuras de trabajo mediante diseños de mayor rigor metodológico.</p>	<p>21^a. Llevar a cabo una nueva investigación con un diseño de intervención educativa y grupo control.</p> <p>22^a. Mejorar el instrumento de medida incorporando una escala que no considere el embarazo una disfunción sexual (como así define la FSI), sino una parte del ciclo vital de la mujer.</p>
<p>6. Proponer estrategias y herramientas para mejorar la salud sexual de las mujeres gestantes que se puedan implementar desde la Atención Primaria</p>	<p>23^a. Elaborar una guía que contenga información que mejore la calidad de vida sexual, desmitificar las conductas sexuales en la gestación, conocer los cambios fisiológicos y métodos preventivos de ITS para mejorar la intimidad sexual.</p> <p>24^a. Formar a los profesionales sanitarios en salud sexual.</p> <p>25^a. Exigir atención sexual de calidad en Atención Primaria.</p>

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Lévi-Strauss C, Cevasco MT. Las estructuras elementales del parentesco. 2ª ed. Buenos Aires; Ediciones Paidós Ibérica; 1969.
2. De La Villa Polo J, Rodríguez Blanco ME et al. Tratados hipocráticos VIII. 1ª ed. Madrid; Editorial Gredos; 2003.
3. Censorino, Luque Moreno et al. Sobre el día del nacimiento el “Fragmento de Censorino”. Disertación sobre el “Sueño de Escipión”. 1ª ed. Madrid; Editorial Gredos; 2020.
4. Dioscórides, Wellmann M. De Materia Médica. Berlín: Weidmann; 1906 [Consultado el 8 de enero de 2019]. Disponible en: https://archive.org/details/BIUSante_65865x02/page/n77/mode/2up
5. Ovidio, Arcaz Pozo JL. Arte de amar/Remedios de amor. 1ª ed. España; Alianza Editorial; 2015.
6. Mallanaga Vatsyayana, Tucci N. Kama Sutra. El arte indio del amor. 3ª ed. España; Edicions Librería Argentina (ELA); 2018.
7. Charles Burnett y Danielle Jacquart, eds., Constantine the African y 'Alī ibn al-'Abbās al-Mağūsī: the ' Pantegni 'y textos relacionados. 1ª ed. Nueva York; EJ Brill; 1994.
8. De Lorris G, De Meun J. Le Roman de la Rose. Francia, c. 1301-1350. [Consultado el 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://dlmm.library.jhu.edu/en/digital-library-of-medieval-manuscripts/#home>
9. Papa Juan XXI, Libro de medicina llamado Tesoro de pobres: en que se hallan remedios muy aprobados para la sanidad de diversas enfermedades con un regimiento de sanidad. Barcelona; 1277. [Consultado el 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/libro-de-medicina-llamado-tesoro-de-pobres-en-que-se-hallaran-remedios-muy-aprobados-para-para-la-sanidad-de-diversas-enfermedades-con-un-regimiento-de-sanidad>
10. Villanova A, De Olañeta JJ, ed, Speculum al joder: tratado de recetas y consejos sobre el coito. España; Editorial Jose Olañeta Editor; 2000.
11. Petty W. Aritmética Política. Italia; Liguori Editore; 1986.
12. Tissot MD. Diseases caused by masturbation. Philadelphia; Gottfried & Fritz; 2015.
13. Marqués de Sade. 120 días de Sodoma. 3ª ed. México D.F.; D.R. Editorial Lectorum; 2015.
14. Malthus T. An Essay on the Principle of Population. Londres; Electronic Scholarly Publishing Project; 1998 [Consultado el 11 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.esp.org/books/malthus/population/malthus.pdf>

15. Besant A. *The Law of Population: Its consequences and its bearing upon human conduct and morals*. Londres; A.K. Butts; 1878. [Consulta el 20 de enero de 2020]. Disponible en:
<https://play.google.com/store/books/details?id=Fek2AQAAMAAJ&rdid=book-Fek2AQAAMAAJ&rdot=1>
16. Forberg F-C. *Manuel d'érotologie classique (De figure veneris)*. Paris; 1882. [Consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en:
<https://books.google.es/books?id=PdRCAQAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
17. Von Humoldts Werke W. *Ueber den Geschlechtsunterschied und des sen Einfluss auf die organische Natur*. 2ª ed. Berlin; Berlin B. Bebr's Verlag; 1903 (libro original publicado en 1795)
18. Kaan H, Haynes M, Kahan B ed. *Psychopathia Sexualis*. Londres; Cornell University Press; 2016.
19. Moodie J. *A Medical Treatise, with Principles and Observations, to Preserve Chastity and Morality*. Inglaterra; Stevenson; 1848. [Consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en:
https://books.google.es/books/about/A_Medical_Treatise_with_Principles_and_O.html?id=cgl_QwAACAAJ&redir_esc=y
20. Acton W. *The Functions and Disorders of the Reproductive Organs in Childhood, Youth, Adult Age, and Advanced Life: Considered in Their Physiological, Social, And Moral Relantions*. 3ª ed. Londres; Churchill; 1862.
21. Gilbert AN. *Masturbation and insanity: Henry Maudsley and the ideology of sexual repression*. Albion. 1980;12(3):268-82.
22. Deutscher Nervenärzte G. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. Berlin; 1868. [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en:
<https://archive.org/details/archivfrpsychial1nervgoog>
23. Krafft-Ebing RV. *Psychopathia Sexualis*. Stuttgart; Verlag Von Ferdinand Enke; 1907. [Consultado el 2 de febrero del 2020]. Disponible en:
<https://archive.org/details/b21272104/page/n4/mode/1up?view=theater>
24. Amezúa, E. *Teoría de los Sexos: la letra pequeña de la sexología*. Rev. Española de Sexología. 1999; N° 95-96.
25. Johann Schmidt W. ed. *Anuario de etapas intermedias sexuales*. Editado en nombre del comité científico-humanitario de Magnus Hirschfeld. Selección de los años 1899-1923. Berlin; Hardcover/gebunden; 1984.

26. Levi Strauss. Les structures élémentaires de la parenté. España; Editorial Ehess; 2017.
27. Steinach E. Sex and Life: Forty Years of Biological and Medical Experiments. Nueva York; Viking Press; 1940.
28. Krauss FS. Anthropophyteia. Leipzig; Deutsche verlagaktiengesellschaft; 1904. [Consultado el 21 de enero de 2020]. Disponible en: https://archive.org/details/bub_gb_c-4aAAAAYAAJ/mode/2up
29. Ellis H. Ruggieri A ed. Studies in the Psychology of Sex – the complete collection. Forgotten Books; 2018.
30. Forel A. La cuestión sexual. Madrid. Casa Editorial Bailly-Bailliere; 1931.
31. Freud S. Tres ensayos sobre teoría sexual. Madrid; El País; 2002.
32. Bloch I. Sexual Life in England. Inglaterra; Corgi Childrens; 1967.
33. Bloch I, Eden Paul M. The Sexual Life of Our Time. Londres; Kessinger Publishing; 2006.
34. Marcuse M. Handwörterbuch der Sexualwissenschaft: Enzyklopädie der natur – und kulturwissenschaftlichen Sexualkunde des Menschen. Alemania; De Gruyter; 2012 (Libro original publicado en 1923).
35. Reich W. La revolución sexual y otros escritos. Madrid, Irrecuperables; 2020.
36. Reich W. La función del orgasmo. México; Paidós; 1998.
37. Marañón G. La doctrina de las secreciones internas. 1ª ed. Madrid; Biblioteca Corona; 1915.
38. Marañón G. La edad crítica. Estudio biológico y clínico. 2ª ed. Madrid; Ruiz Hermanos; 1925.
39. Marañón G. Tres ensayos sobre la vida sexual. Madrid; Biblioteca Nueva; 1928.
40. Marañón G. La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales. Madrid; Javier Morata; 1930.
41. S Ford C, A Beach F. Patterns of Sexual Behavior. Estados Unidos; Ace Star; 1951.
42. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Sexual Behavior in the Human Male. Estados Unidos; Indiana University Press (IPS)L; 1998. (Libro original publicado en 1948).
43. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. Sexual Behavior in the Human Female. Estados Unidos; Indiana University Press (IPS); 1998.

44. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª ed. Revisada) (DSM-III-R). 3ª ed. Washington D.C.; American Psychiatric Association; 1988.
45. Masters W, Johnson VE. Human sexual response. Boston; Little Brown; 1966.
46. Masters of Sex. Sony Pictures Televisión; 2013.
47. Kaplan HS. Manual ilustrado de terapia sexual. 2ª ed. España; DeBolsillo; 2021 (Libro original publicado en 1975).
48. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. Estados Unidos; Warner Books; 1977. (Libro original publicado en 1955).
49. Green R, Money J. Transsexualism and Sex Reassignment. Estados Unidos; The Johns Hopkins University Press; 1969.
50. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4ª ed. American Psychiatric Association; 1997.
51. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5ª ed. American Psychiatric Association; 2013
52. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed. World Health Organization; 2019. [Consultado el 3 de mayo 2020] Disponible en: <https://icd.who.int/>
53. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000 Jan-Mar;26(1):51-65. doi: 10.1080/009262300278641. PMID: 10693116.
54. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Ginebra: Organización mundial de la salud (OMS); 1975. Serie de Informes Técnicos nº 572 [Consultado el 21 de enero de 2020]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO_TRS_572_spa.pdf;jsessionid=52B725FC333CC7FE84446AE82756F2D3?sequence=1
55. Monlau PF. Higiene del matrimonio. París; Garnier Hermanos; 1898. (Libro original publicado en 1852).
56. Cantueso G. El consejero de las casadas. Madrid; Imprenta de la viuda de Palacios; 1856 [Consultado el 24 de enero de 2020]. Disponible en https://books.google.es/books?id=YJTD3_HDPAsC&pg=PP9&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
57. Mateos Koch F. Antes, en el lecho conyugal y después. Higiene de las relaciones conyugales. España; Hijos de M.G. Hernández; 1899. (Libro original publicado en 1891).

58. Mateos Koch F. Venus sensual. Madrid; Estudio Tipográfico “Sucesores de Rivadeneyra”; 1891.
59. Lafora GR. La educación sexual y la reforma de la moral sexual. Madrid; Publicaciones de la Revista de Pedagogía; 1933.
60. Amezúa, E. Cien años de tematica sexual en España:1850-1950. Repertorio y análisis. Rev. de Sexología. 1991; N° 48.
61. Martí Ibáñez F. El sentido de la vida. España; Potlatch ediciones; 2013. (Libro original publicado en 1937).
62. López Ibor JJ. El libro de la vida sexual. Barcelona; Ediciones Danae; 1968.
63. Serrano Vicens R. La sexualidad femenina. 4ª ed. Barcelona; Ediciones Júcar; 1976.
64. Pellegrini, R. Sexología. Madrid; Ediciones Morata; 1968.
65. Merleau-Ponty M, Cabanes J. Fenomenología de la percepción. Barcelona; Península; 1975.
66. López Sosa C, Roldan Tevar R. The Human Sexual System in the constext of the health Sciences. Sexuality and Disability. 2005. Vol.23 (3): 145-154.
67. Antony KM, Racusin DA, Aagaardy K, Dildy Gary A. Fisiología materna. Gabbe SG, Niebyl JR et al. Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. 40-66.
68. Sydow K Von. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta-analysis of 59 studies. Reprod Health Matters. 2000;8(15):183.
69. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. J Sex Med [Internet]. 2010 Aug;7(8):2782–90. [Consultado el 10 de mayo de 2020] Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515331519>
70. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. J Gynecol Obstet Biol la Reprod [Internet]. 2016;45(8):796-808. [Consultado el 10 de mayo de 2020] Disponbile en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>
71. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. J Gynecol Obstet Biol la Reprod [Internet]. 2016;45(8):809-20. [Consultado el 10 de mayo de 2020] Disponbile en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.11.001>
72. Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. Sex Reprod Healthc. 2021 Sep

- 11;30:100668. [Consultado el 2 de noviembre de 2021] Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>
73. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
 74. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):154-7.
 75. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007;4(5):1381-7
 76. Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai.* 2010 Mar;93(3):265-71. PMID: 20420099. [Consultado el 10 de mayo de 2021] Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420099/>
 77. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med.* 2011;8(10):2859-67.
 78. Naldoni LMV, Pazmiño MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(2):116-29.
 79. Esmer AC, Akca A, Akbayir O, Goksedef BPC, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(6):1165-72.
 80. Tosun Güleroğlu F, Uludağ E. The effects of motherhood and body perception on sexual dysfunctions among pregnant women. *Perspect Psychiatr Care.* 2022;(December 2021):1-7.
 81. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2014 Apr;40(4):1023-9. [Consultado el 27 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jog.12313>
 82. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urol J.* 2015;12(5):2339-44.

83. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2017 Apr 1;295(4):873–83. [Consultado el 27 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-017-4305-0>
84. Khaledi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *Afr Health Sci* [Internet]. 2018;18(2):227–34. [Consultado el 27 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6306968/>
85. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Oct 30;16(21):4216. [Consultado el 27 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4216>
86. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1995; 35(3): 290-3.
87. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2004;87 Suppl 3 (October 2004).
88. Gökyıldız Ş, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(3):201–15.
89. Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934–8.
90. Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Rugpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2006;89 Suppl 4(8):124–9.
91. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2010;36(5):408–20.
92. Sacomori C, Cardoso FL. Sexual Initiative and Intercourse Behavior During Pregnancy Among Brazilian Women: A Retrospective Study. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2010 Feb 23;36(2):124–36. [Consultado el 27 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230903554503>
93. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7(1 PART 1):136–42.
94. Torkestani F, Hadavand S, Khodashenase Z, Besharat S, Davati A, Karimi Z, et al. Frequency and perception of sexual activity during pregnancy in Iranian couples. *Int J Fertil Steril*. 2012;6(2):107–10.

95. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 2012;41(5):1241–51.
96. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study. *Sex Med.* 2013;1(2):54–61.
97. Escudero-Rivas R, Carretero P, Caño Á, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: A prospective investigation of Spanish women. *Health (Irvine Calif).* 2013;05(08):1289–94.
98. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *J Sex Med.* 2015;12(2):445–54.
99. Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(1):49-59.
100. Panea Pizarro I, Domínguez Martín AT, Barragán Prieto V, Martos Sánchez A, López Espuela F. Behaviour and attitudes towards the sexuality of the pregnant woman during the last trimester. Phenomenological study. *Aten Primaria.* 2019;51(3):127–34.
101. Lund JI, Kleinplatz PJ, Charest M, Huber JD. The Relationship Between the Sexual Self and the Experience of Pregnancy. *J Perinat Educ.* 2019;28(1):43–50.
102. Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. Changes in Sexual Desire in Women and Their Partners during Pregnancy. *J Clin Med [Internet].* 2020 Feb 14;9(2):526. [Consultado el 27 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/2/526>
103. Kulhawik R, Zborowska K, Grabarek BO, Boroń D, Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. Changes in the Sexual Behavior of Partners in Each Trimester of Pregnancy in Otwock in Polish Couples. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5).
104. Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei E-S, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *J caring Sci.* 2012;1(4):173–17381.
105. Ribeiro MC, de Tubino Scanavino M, do Amaral MLS, de Moraes Horta AL, Torloni MR. Beliefs About Sexual Activity During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *J Sex Marital Ther.* 2017 Nov 17;43(8):822-832. doi: 10.1080/0092623X.2017.1305031. PMID: 28287929. [Consultado el 02/01/2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28287929/>

106. Heidari M, Aminshokravi F, Zayeri F, Azin SA. Effect of sexual education on sexual function of Iranian couples during pregnancy: A quasi experimental study. *J Reprod Infertil*. 2018;19(1):39–48.
107. INEbase [Internet]. Madrid: instituto Nacional de Estadística; 2015. Datos de población residente por fecha, sexo y edad 1 de julio de 2015 [Salamanca, ambos sexos, todas las edades]; [Consultado el 15 de marzo de 2016]; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=31304>
108. INEbase [Internet]. Madrid: instituto Nacional de Estadística; 2015. Datos de Población por provincias, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año [Salamanca, 20-44 años, Españoles/Extranjeros, ambos sexos, 2015]. [Consultado el 15 de marzo de 2016]; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03002.px&L=0>
109. INEbase [Internet]. Madrid: instituto Nacional de Estadística; 2015. Datos de tasa global de fecundidad por provincia [Salamanca]; [Consultado el 15 de marzo de 2016]; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1443>
110. INEbase [Internet]. Madrid: instituto Nacional de Estadística; 2015. Datos de tasa bruta de natalidad por provincia [Salamanca]; [Consultado el 15 de marzo de 2016]; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1470>
111. Fuentes de Frutos M. *Sexualidad y embarazo*. Trabajo fin de grado. Salamanca. 1984.
112. López Sosa C. *Sexualidad y embarazo*. Trabajo fin de grado. Salamanca. 1984.
113. Sierra Bravo R. *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo; 1998.
114. Sanidad de Castilla y León. *Protocolo para el control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo en el área de Salamanca*. Revisión 2015. Sanidad Castilla y León. 2015. [Consultado el 20 de marzo de 2018] Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Protocolo%20de%20Embarazo%20%20versi%C3%B3n%20definitiva%2030%20sept%202015.pdf>
115. Informe de la encuesta en España sobre sexo 2004. Durex; 2005. [Consultado el 25 de abril de 2020] Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb442e7074332>
116. López de los Santos R. *Análisis de material educativo formal y no formal en materia de salud sexual y reproductiva*. Trabajo Fin de Máster. Estudios interdisciplinarios del género. Salamanca; 2011. [Consultado el 25 de abril del 2020] Disponible en: <https://gedos.usal.es/handle/10366/100362>

117. 2004 global sex survey report. Durex; 2005. [Consultado el 25 de abril de 2020]
Disponible en:
<http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb442e7434333>
118. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020. [Consultado el 2 de febrero 2021] Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ConductaSexual.pdf
119. Lapresa Alcalde MV. Perfil epidemiológico y prácticas en salud reproductiva de la interrupción voluntaria de embarazo en Salamanca [Tesis]. Salamanca. 2021. [Consultado el 2 de febrero de 2022] Disponible en:
<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=B9q2yN EE8oc%3D>
120. González Labrador I., Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Med Gen Integr.* 2001; 17:497–501 [Consultado el 08 de enero de 2017]
Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/262669581_Sexualidad_femenina_durante_la_gestacion/
121. Iglesias Conejero P. Competencias en sexología clínica médica. Trabajo Fin de Máster. Universidad de Salamanca. 2021. Repositorio: <https://gredos.usal.es/>

8. ANEXOS

Anexo 1: Protocolo embarazo bajo riesgo Sacyl



PROTOCOLO PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN EL ÁREA DE SALAMANCA



**CONTINUIDAD ASISTENCIAL
ATENCIÓN PRIMARIA - ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Revisión 2015**

Consultar de forma completa en:

<http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Protocolo%20de%20Embarazo%20%20v%20definitiva%2030%20sept%202015.pdf>

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (1)


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
FACULTAD DE MEDICINA

~~2008~~
E002


La encuesta que os rogamos contestéis, tiene un extraordinario interés médico para conocer la vida de relación sexual de la pareja durante el embarazo.

No existe antecedentes en la investigación médico-sexológica de este trabajo, por lo que tu colaboración nos será de sumo interés para su confección y posterior estudio.

Hemos elegido un muestreo de 500 mujeres de varias edades y condición social y económica para su realización. Posteriormente los resultados serán dados a conocer en reuniones médicas de divulgación sexual y similares.

No tenemos duda que, de las conclusiones extraídas van a ser publicadas para que reporte a la pareja unas relaciones más equilibradas, placenteras y felices.

Muchas gracias en nombre de todo el equipo que colabora en la investigación.

 Octubre 1983

Dr. J.L Lanchares.

Dra. D. Marta Fuentes de Frutos

Dra. D. Carmen Lopez Sosa

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (2)



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA

OBSERVACION: Procede a tachar con una X los recuadros de las preguntas que consideres válidas. Donde existan líneas contesta a la pregunta.

1.- DATOS PERSONALES DE LA MUJER:

- . Edad: 21
- . Estado civil: Casada Soltera Separada
- . Estudios: Primarios Medios Superiores
- . Religión: ¿Cual? Practicante
Cristiana No practicante
- . Zona residencial: Rural Urbana
- . Tiene ascensor: Si No
- . Tiene teléfono: Si No
- . Trabaja: Si No Profesión Sus labores

2.- DATOS PERSONALES DE LA PAREJA O MARIDO:

- . Edad: 23
- . Estado civil Casado Soltero Separado
- . Estudios Primarios Medios Superiores
- . Religión ¿Cual? Practicante
Cristiana No practicante
- . Zona residencial Rural Urbana
- . Trabaja Si No Profesión PINTOR
- . Toma de forma habitual Medicamentos
 Drogas
 Alcohol
- . Padece tu pareja alguna enfermedad SI No S CUALS
- . Crees que tu pareja tiene ó ha tenido relaciones sexuales extraconyugales Si No

3.- DATOS SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES DE LA PAREJA:

- . Casa propia Si No
- . Casa alquilada Si No
- Vive con los padres
- Vive con otra pareja
- Vive con otros familiares
- Vive sólo la pareja

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (3)




UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA

- . Has recibido alguna educación sexual Si No
- . Te interesa la sexualidad Si No
- . Hablas con tu pareja sobre sexualidad Si No
- . Utilizas solo las relaciones sexuales (Coito) para tener hijos Si No

4.- HISTORIA SEXUAL DE LA MUJER:

- . Edad de la primera regla 13
- . Edad de las primeras relaciones sexuales
 - Juego sexual
 - Masturbación
 - Coito
- . Has tenido relaciones sexuales con otros hombres distintos a tu pareja Si No Juego sexual Coito
- . Has tenido contactos sexuales no deseados Si No
- . Dime el número de embarazos 0 1 2 3 4
- . Dime el número de abortos 0 1 2 3 4
- . Has tenido algún feto muerto Si No
- . Dime el número de hijos vivos 0 1 2 3 4
- . Alguno de tus hijos padece enfermedad
 - Adquirida en el embarazo
 - Adquirida en el parto
 - Adquirida en la infancia
- . Has tenido algún coito (2,3,4 días) antes de éste parto Si No
- . Crees que puede haber desencadenado tu parto Si No
- . Padeces tú alguna enfermedad Si No ¿ CUAL? _____
- . Tomas de forma habitual
 - Medicamentos
 - Drogas
 - Alcohol
- . Cuantos años de relación llevas con tu pareja 4
- . Por qué te has casado
 - Embarazo Soledad
 - Económico Costumbre
 - Amor Otras _____

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (4)


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
FACULTAD DE MEDICINA


. Sabes qué es la planificación familiar Sí No

. Qué métodos anticonceptivos utilizas

<input checked="" type="checkbox"/> Píldora	<input type="checkbox"/> Díu	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Retirada	<input type="checkbox"/> Preservativo	<input type="checkbox"/> Otros _____

. Has tenido relaciones prematrimoniales Sí No

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (5)


 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA

5.- COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA MUJER, ANTES DEL EMBARAZO:

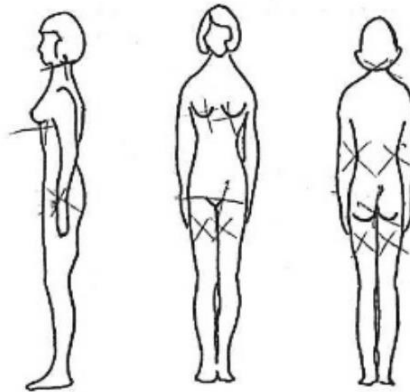
- . Te sentías atraída por tu pareja Sí No
- . Sentías deseos de practicar juegos sexuales con tu pareja Sí No
- . Sentías deseos de practicar el coito con tu pareja Sí No
- . Colaborabas en tu relación con tu pareja Sí No
 - Dejabas hacer Sí No
 - Tomabas parte activa Sí No
- . Tus relaciones sexuales eran satisfactorias Sí No
- . Con qué frecuencia hacías el coito
 - Diario
 - Cada 2-4 días
 - Cada 5-7 días
 - Cada 8-12 días
 - Cada más de 12 días
 ¿Cuántas veces? 1 2 3 4
- . Tenías orgasmos Sí No
- . Te masturbabas (cualquier actividad solitaria que te produzca una sensación genital gratificante) Sí No
 - Si te masturbabas: Obtenías orgasmo Sí No
 - Obtenías placer Sí No
- . Te masturbaba tu pareja Sí No
 - Si te masturbaba: Obtenías orgasmo Sí No
 - Obtenías placer Sí No
- . Sentías deseos sexuales por otros hombres Sí No
 - Sentías deseos Juego sexual Coito
- . Mantenías relaciones sexuales extraconyugales Sí No
- . Había alguna enfermedad que te impidiera el coito Sí No
 - ¿Cual? _____
- . MANTENIAS RELACIONES SEXUALES CON MUJERES. SI NO

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (6)



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA


. Tacha tus zonas de excitación sexual



. Qué posturas utilizabas

Lámina 1:	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H
Lámina 2:	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> G	
Lámina 3:	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E			
Lámina 4:	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E			
Lámina 5:	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (7)


 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA

6.- COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO:

- . Has deseado este embarazo: Si No
- . Te has sentido atraída por tu pareja durante el embarazo Si No
- . Has sentido deseos de practicar juegos sexuales con tu pareja Si No


Entre 1-3 mes de embarazo	<input type="checkbox"/> Más	<input checked="" type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Nada
Entre 3-6 mes de embarazo	<input checked="" type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Nada
Entre 6-9 mes de embarazo	<input checked="" type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Nada

- . Has sentido deseos de practicar el coito con tu pareja Si No

Entre 1-3 mes de embarazo	<input type="checkbox"/> Más	<input checked="" type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Nada
Entre 3-6 mes de embarazo	<input checked="" type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Nada
Entre 6-9 mes de embarazo	<input checked="" type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Nada

- . Has colaborado en tu relación con tu pareja Si No
 - Dejas hacer Si No
 - Tomas parte activa Si No
- . Tus relaciones sexuales han sido satisfactorias Si No
- . Has practicado el coito Si No
 - Si es no: Porque estabas embarazada
 - Por tu apariencia física
 - Por comodidad personal
 - Por miedo a dañar al feto
 - Por coito doloroso
 - Por indicación médica
 - Por repulsión
 - OTRO Motivo _____

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (8)


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
FACULTAD DE MEDICINA

• Con qué frecuencia has hecho el coito:
Entre 1-3 mes de embarazo
 Diario
 Cada 2-4 días
 Cada 5-7 días ¿Cuántas veces? 1 2 3 4
 Cada 8-12 días
 Cada más de 12 días

Ha habido en este trimestre algún motivo que desaconseje el coito
 Si No

• Con que frecuencia haces el coito:
Entre 3-6 mes de embarazo
 Diario
 Cada 2-4 días ¿Cuántas veces? 1 2 3 4
 Cada 5-7 días
 Cada 8-12 días
 Cada más de 12 días


Ha habido en este trimestre algún motivo que desaconseje el coito
 Si No

• Con qué frecuencia has hecho el coito
Entre 6-9 mes de embarazo
 Diario
 Cada 2-4 días
 Cada 5-7 días ¿Cuántas veces? 1 2 3 4
 Cada 8-12 días
 Cada más de 12 días

Ha habido en éste trimestre algún motivo que desaconseje el coito
 Si No

• Has tenido orgasmos:
Entre 1-3 mes de embarazo Si No
Entre 3-6 mes de embarazo Si No
Entre 6-9 mes de embarazo Si No

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (9)


 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA

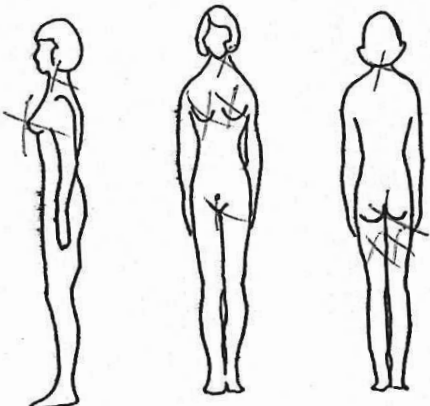
. Te has masturbado Sí No
 Si te has masturbado: Has obtenido orgasmo Sí No
 Has obtenido placer Sí No
 Entre 1-3 mes de embarazo Más Menos Nada
 Entre 3-6 mes de embarazo Más Menos Nada
 Entre 6-9 mes de embarazo Más Menos Nada

. Te ha masturbado tu pareja Sí No
 Si te ha masturbado: Obtienes orgasmo Sí No
 obtienes placer Sí No
 Entre 1-3 mes de embarazo Más Menos Nada
 Entre 3-6 mes de embarazo Más Menos Nada
 Entre 6-9 mes de embarazo Más Menos Nada

. Sientes deseos sexuales por otros hombres: Sí No
 Sientes deseos de Juego sexual
 Coito

. Mantienes relaciones sexuales extraconyugales Sí No
 Hay alguna enfermedad que te impida el coito Sí No
 ¿Cual? _____

. Tacha tus zonas de excitación sexual



. HAS MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUSERES. SI NO

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (10)


 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
 FACULTAD DE MEDICINA


 INSTITUTO DE ESTADÍSTICA
 DEPARTAMENTO DE MÉTODOS CUANTITATIVOS
 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

• Qué posturas utilizas

Entre 1-3 mes de embarazo:

Lámina 1: A B C D E F G H
 Lámina 2: A B C D E F G
 Lámina 3: A B C D E
 Lámina 4: A B C D E
 Lámina 5: A B C D E F G

Entre 3-6 mes de embarazo:

Lámina 1: A B C D E F G H
 Lámina 2: A B C D E F G
 Lámina 3: A B C D E
 Lámina 4: A B C D E
 Lámina 5: A B C D E F G

Entre 6-9 mes de embarazo:

Lámina 1: A B C D E F G H
 Lámina 2: A B C D E F G
 Lámina 3: A B C D E
 Lámina 4: A B C D E
 Lámina 5: A B C D E F G

Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (11)



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
FACULTAD DE MEDICINA

. A tu juicio crees que se necesita información sobre el comportamiento sexual durante el embarazo Sí No
Obtenida por el Ginecólogo Sí No
Si no es el Ginecólogo ¿por quién? _____

. Crees que tus relaciones sexuales durante el embarazo serían mejores si acudiera tu esposo o tu pareja contigo a la consulta Ginecológica Sí No

. Qué importancia tiene para tí la sexualidad.
-- MUJER. Porque forma parte del amor
de la pareja.

. Crees que la sexualidad influye en el resto de vuestras relaciones (Carácter, comunicación, entendimiento...)

-- Sí

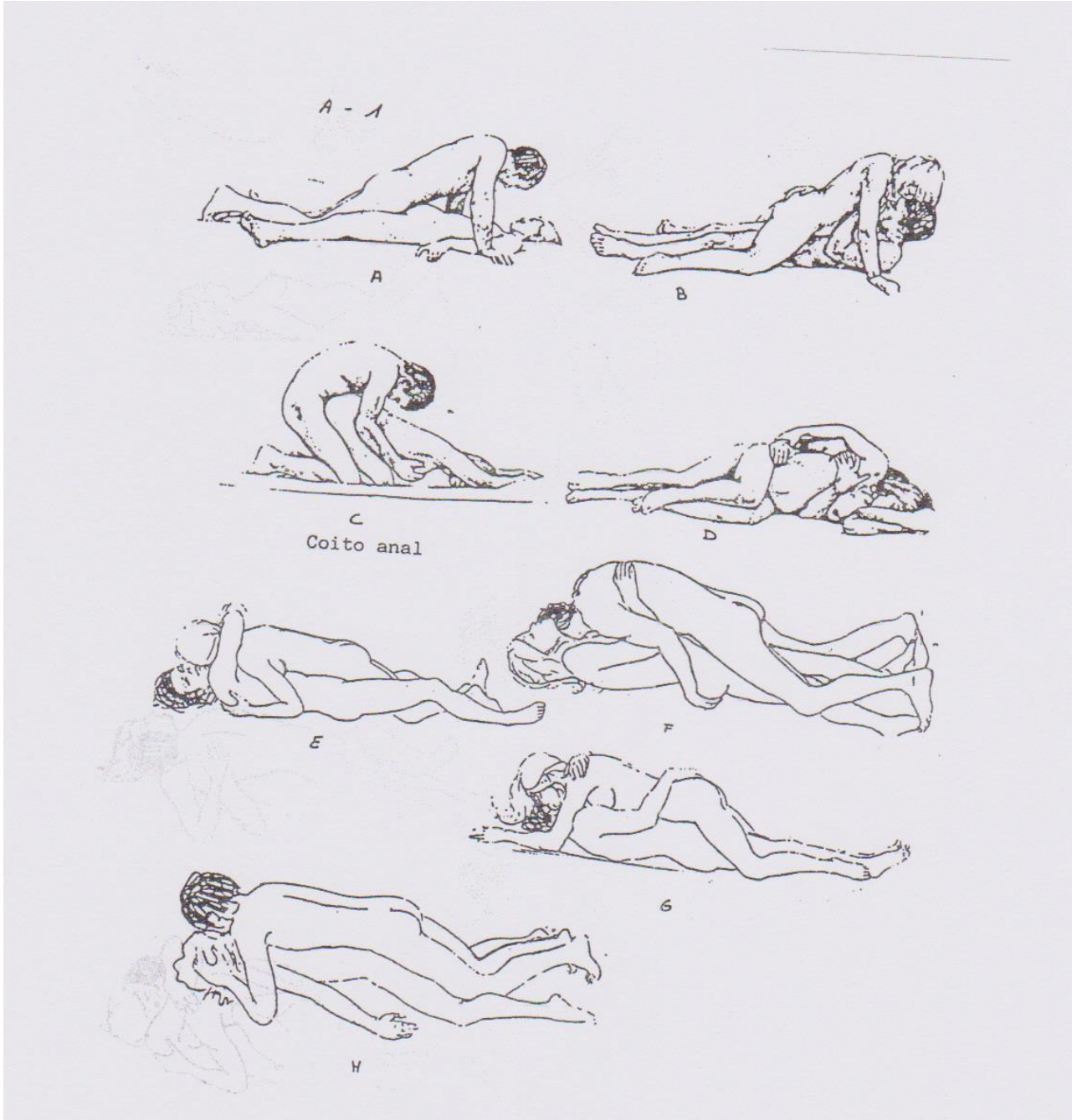
. Como actúas según tu juicio en la relación sexual

-- SATISFACTORIAMENTE.
-- ACTIVAMENTE.

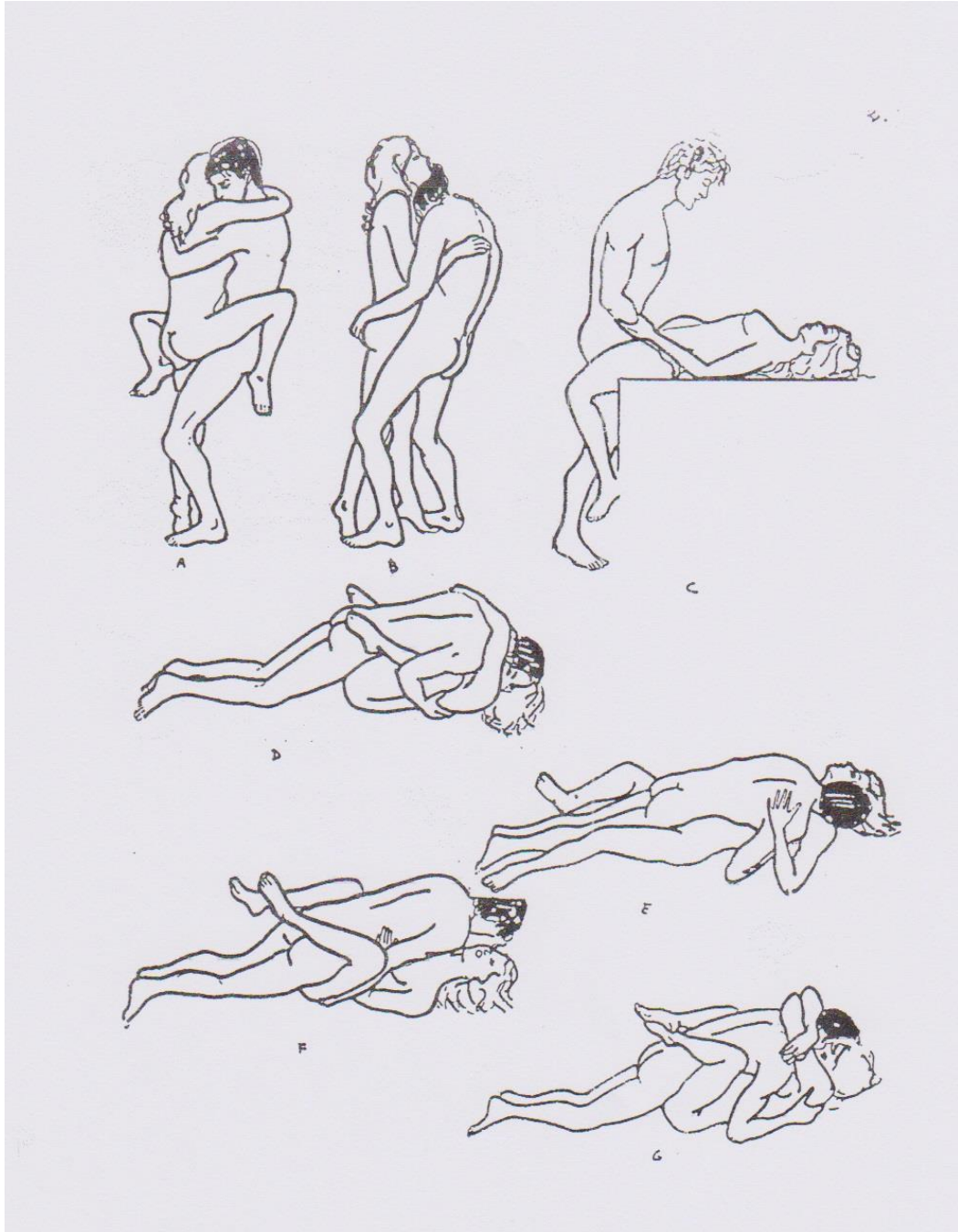
. Crees que ha cambiado tu sexualidad durante el embarazo ¿Cómo?

-- NO.

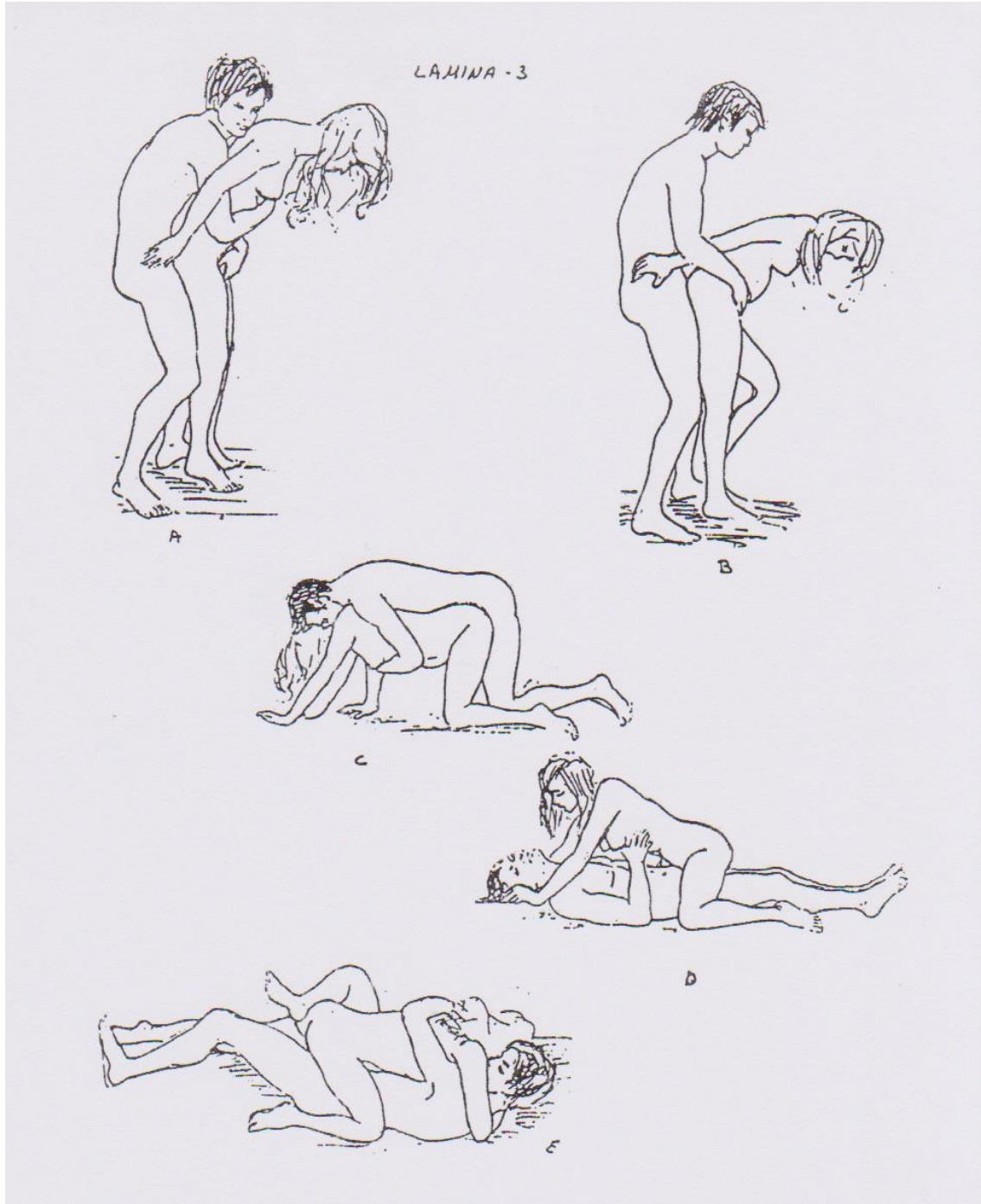
Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (12)



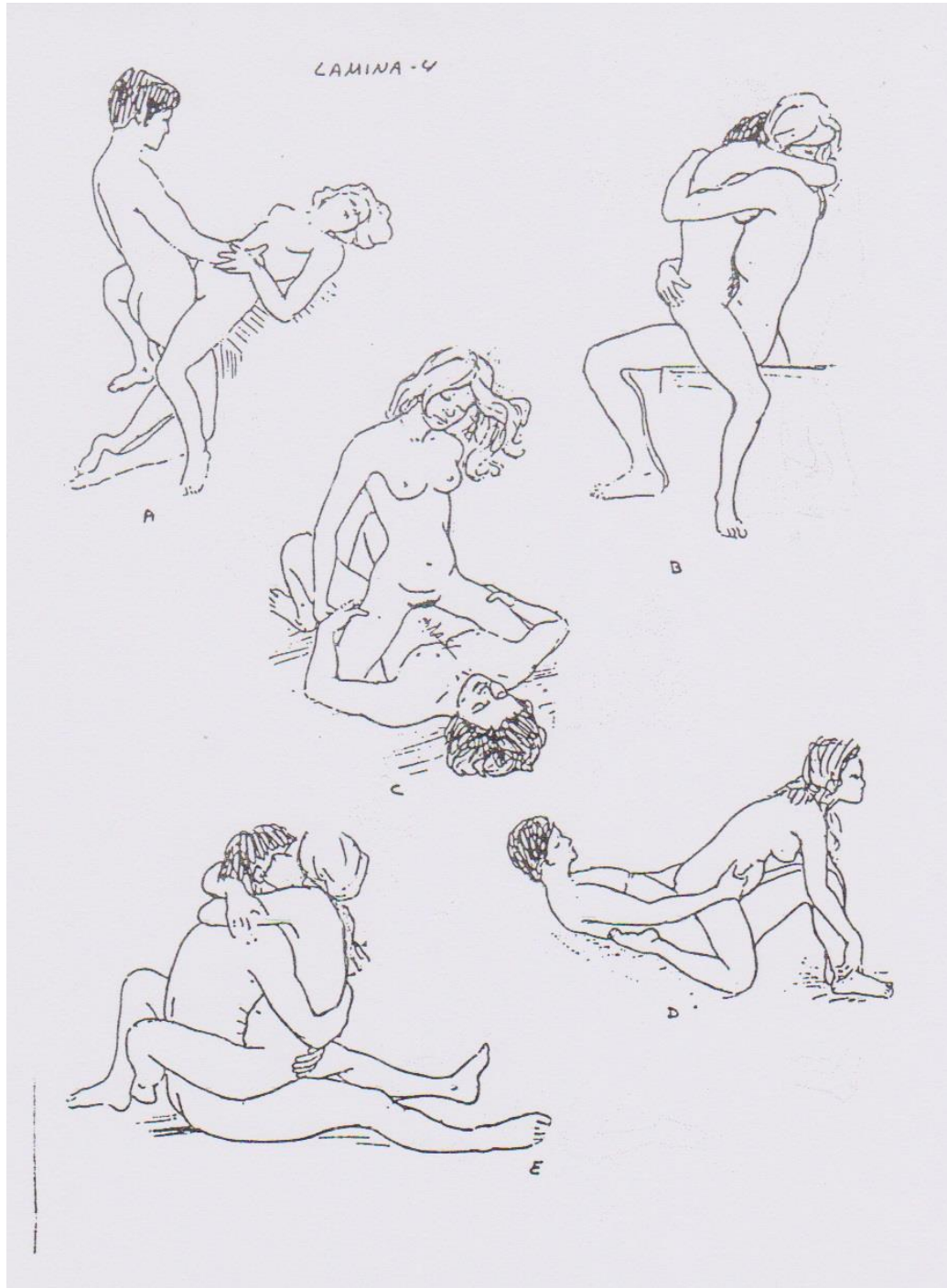
Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (13)



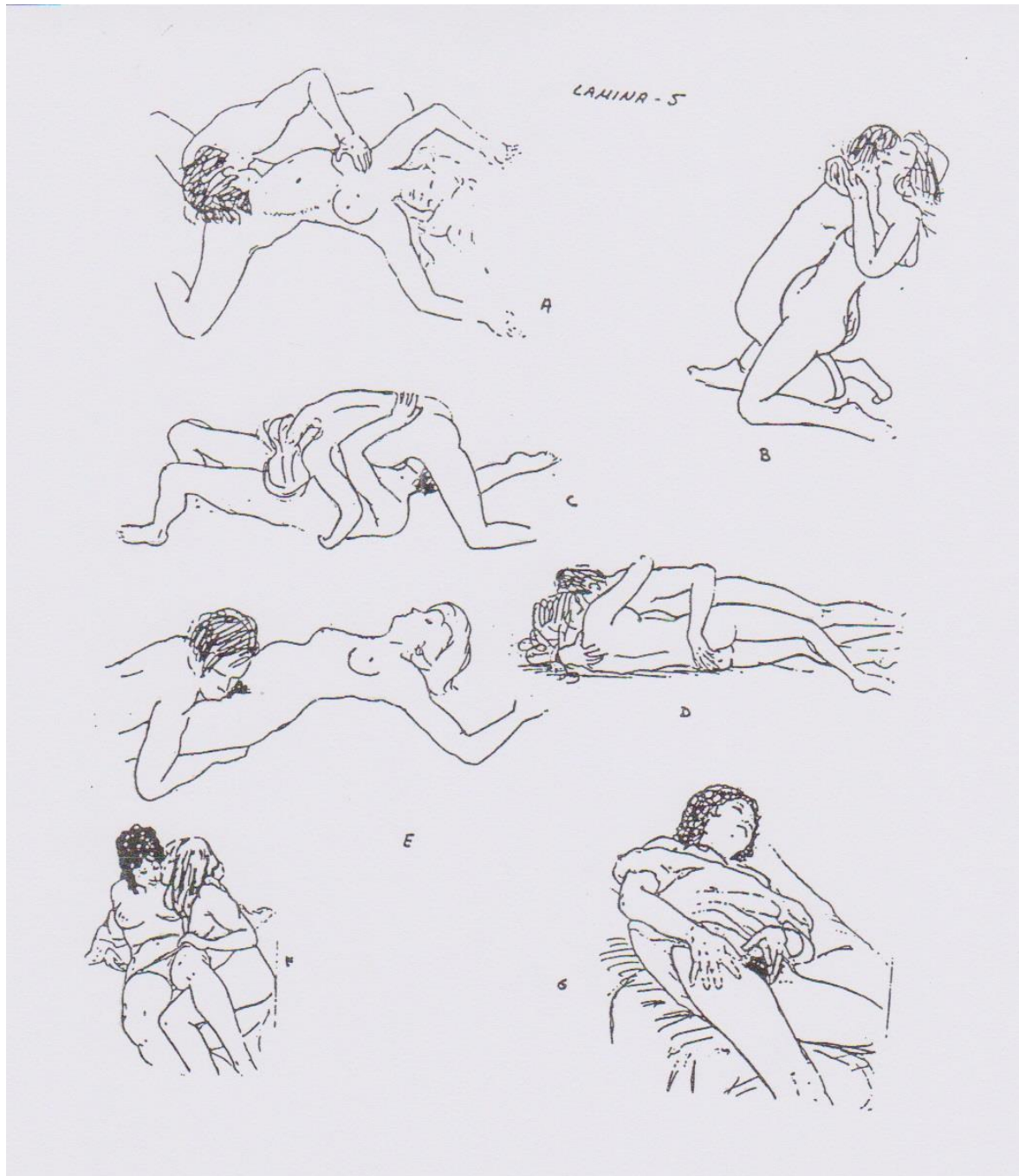
Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (14)



Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (15)



Anexo 2: Cuestionario gestantes 1984 (16)



Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (1)

La siguiente encuesta tiene por objetivo conocer qué grado de actividad sexual y de conocimientos tienen las embarazadas sobre el sexo durante el embarazo. Para su realización colabora la Universidad de Salamanca (Facultad de Medicina) así como la Gerencia de Atención Primaria y la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Salamanca.

La encuesta consta de varios apartados que deberá contestar acerca de su vida sexual antes y durante el embarazo.

Su realización es totalmente voluntaria y anónima.

El objetivo final es poder extraer una serie de resultados para realizar un documento informativo sobre sexualidad y embarazo para poder mejorar la información que dispongan las embarazadas durante la sexualidad en este periodo tan importante de sus vidas.

Muchas gracias por su colaboración y si tiene alguna pregunta o aclaración no dude en ponerse en contacto con el equipo que realiza la investigación.

Dr. Álvaro Morán Bayón

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Salamanca.

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (2)

1. DATOS PERSONALES DE LA EMBARAZADA:

- Edad: _____
- Estado civil: Casada/pareja de hecho Soltera Separada
- Estudios: Primarios Medios Superiores
- Religión: ¿Cuál? _____
 Practicante
 No practicante
- Zona residencial: Rural Urbana
- Tiene ascensor: Sí No
- Trabaja: Sí No Estoy en paro
Profesión a la que se dedica o se ha dedicado _____
- Padeces tú alguna enfermedad: Sí No
- Tomas de forma habitual: Medicamentos
 Drogas
 Alcohol
 Tabaco
- Crees que tu pareja tiene o ha tenido relaciones sexuales extraconyugales:
 Sí No

2. DATOS PERSONALES DE LA PAREJA:

- Edad: _____
- Estado civil: Casado/a Soltero/a Separado/a
- Estudios: Primarios Medios Superiores
- Religión: ¿Cuál? _____
 Practicante
 No practicante
- Trabaja: Sí No Estoy en el paro
Profesión a la que se dedica o se ha dedicado _____
- Padece tu pareja alguna enfermedad: Sí No
¿Cuál? _____
- Toma de forma habitual: Medicamentos
 Drogas
 Alcohol
 Tabaco

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (2)

3. DATOS SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE LA PAREJA:

- Casa propia: Sí No
- Casa alquilada: Sí No
 - Vive con los padres
 - Vive con otra pareja
 - Vive con otros familiares
 - Vive sólo con la pareja
- Has recibido alguna educación sexual: Sí No
- Te interesa la sexualidad: Sí No
- Hablas con tu pareja sobre sexualidad: Sí No
- Utilizas las relaciones sexuales (coito) sólo con la finalidad de tener hijos: Sí No

4. HISTORIA SEXUAL DE LA EMBARAZADA:

- Edad de las primeras relaciones sexuales:
 - Juego sexual:
 - Masturbación:
 - Coito:
- Has tenido relaciones sexuales con otros hombres/mujeres distintos a tu pareja: No Sí: Juego sexual Coito Masturbación
- Has tenido contactos sexuales no deseados: Sí No
- Dime el número de embarazos:
- Dime el número de abortos:
- Dime el número de hijos vivos:
- Has tenido algún feto muerto: Sí No
- Alguno de tus hijos padece enfermedad: Sí No
 - Adquirida en el embarazo
 - Adquirida en el parto
 - Adquirida en la infancia
- En tus embarazos anteriores (si los hubo) tuviste relaciones sexuales (coito) 2,3,4 días antes de un parto: Sí No
- Crees que pudo desencadenado tu parto: Sí No

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (4)

- Cuántos años de relación llevas con tu pareja:
- Por qué te has casado:

<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Soledad
<input type="checkbox"/> Económico	<input type="checkbox"/> Costumbre
<input type="checkbox"/> Amor	<input type="checkbox"/> Otras _____

- Sabes qué es la planificación familiar: Sí No
- Qué métodos anticonceptivos utilizas:

<input type="checkbox"/> Píldora	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Retirada ("marcha atrás")	<input type="checkbox"/> Preservativo	<input type="checkbox"/> Anillo
<input type="checkbox"/> Píldora postcoital	<input type="checkbox"/> Implante	
<input type="checkbox"/> Inyectables	<input type="checkbox"/> Otros: _____	

5. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA MUJER, ANTES DEL EMBARAZO:

- Te sentías atraída por tu pareja: Sí No

Para responder las preguntas siguientes:

Siempre 100%// Casi siempre 75%// Algunas veces 50%// Muy pocas veces 25%// Nunca 0%

- Sentías deseos de practicar juegos sexuales con tu pareja:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------
- Durante la relación sexual sentías deseos de practicar el coito con tu pareja:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------
- Iniciabas tú las relaciones sexuales:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------
- Iniciaba tu pareja las relaciones sexuales:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------
- Colaborabas con conductas activas (besos, caricias etc.) en tu relación sexual de pareja:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------
- Mantenías una conducta pasiva en tu relación sexual de pareja:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------
- Tus relaciones sexuales eran satisfactorias:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Muy pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (5)

• Con qué frecuencia hacías el coito:

- Diario
- Cada 2-4 días
- Cada 5-7 días
- Cada 8-12 días
- Cada más de 12 días

• Tenías orgasmos:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

• Usabas juguetes sexuales: No Sí; ¿Cuál o cuáles?

- Vibradores clitorianos
- Vibradores vaginales
- Vibradores anales
- Anillo vibrador
- Bolas chinas
- Penes artificiales
- Otros _____

• Te masturbabas Sí No

-Obtenías orgasmo:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

-Obtenías placer:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

• Te masturbaba tu pareja: Sí No

-Obtenías orgasmo:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

-Obtenías placer:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

• Sentías deseos sexuales por otros hombres/mujeres: Sí No

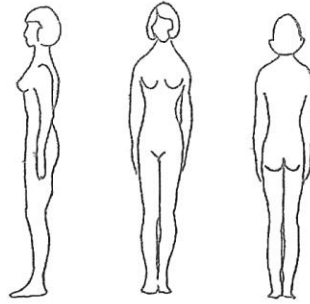
- Deseos de: Juego sexual
 Coito
 Masturbación

• Mantenías relaciones sexuales extraconyugales: Sí No

• Había alguna enfermedad/indicación que te impidiera el coito: Sí No
¿Cuál? _____

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (6)

• Tacha (x) tus zonas de excitación sexual:



• Qué posturas utilizabas:

Lámina 1: A B C D E F G H

Lámina 2: A B C D E F G

Lámina 3: A B C D E

Lámina 4: A B C D E

Lámina 5: A B C D E F G

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (7)

6. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO:

• Has deseado este embarazo: Sí No

• Te has sentido atraída por tu pareja durante el embarazo:
 Sí No

• Has sentido deseos de practicar juegos sexuales con tu pareja:
 Sí No

Entre 1-3 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 3-6 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 6-9 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

• Has sentido deseos de practicar el coito con tu pareja:
 Sí No

Entre 1-3 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 3-6 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 6-9 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

• Has practicado el coito: Sí No

Si es NO:

Porque estabas embarazada

Por tu apariencia física

Por tu comodidad personal

Por miedo a dañar al feto

Por coito doloroso

Por indicación médica

Por repulsión

Motivo _____

• Has colaborado en tu relación sexual con tu pareja:

Entre 1-3 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 3-6 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 6-9 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

-Dejas hacer:

Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

-Eres activa:

Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (8)

• Tus relaciones sexuales han sido satisfactorias:

Entre 1-3 mes de embarazo:

Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

Entre 3-6 mes de embarazo:

Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

Entre 6-9 mes de embarazo:

Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

• Has usado juguetes sexuales:

-Entre 1-3 mes de embarazo

Sí; Cuál o cuáles No

- Vibradores clitorianos	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Vibradores vaginales	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Vibradores anales	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Anillo vibrador	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Bolas chinas	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Penes artificiales.	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Otros _____	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada

-Entre 3-6 mes de embarazo

Sí; Cuál o cuáles No

- Vibradores clitorianos	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Vibradores vaginales	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Vibradores anales	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Anillo vibrador	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Bolas chinas	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Penes artificiales.	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Otros _____	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada

-Entre 6-9 mes de embarazo

Sí; Cuál o cuáles No

- Vibradores clitorianos	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Vibradores vaginales	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Vibradores anales	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Anillo vibrador	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Bolas chinas	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Penes artificiales.	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada
- Otros _____	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Nada

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (9)

• Con qué frecuencia has hecho el coito:

Entre 1-3 mes de embarazo:

- Diario
 Cada 2-4 días
 Cada 5-7 días
 Cada 8-12 días
 Cada más de 12 días

Ha habido en este trimestre algún motivo que desaconseje el coito:

- Sí No

• Con qué frecuencia haces el coito:

Entre 3-6 mes de embarazo:

- Diario
 Cada 2-4 días
 Cada 5-7 días
 Cada 8-12 días
 Cada más de 12 días

Ha habido en este trimestre algún motivo que desaconseje el coito:

- Sí No

• Con qué frecuencia haces el coito:

Entre 6-9 mes de embarazo:

- Diario
 Cada 2-4 días
 Cada 5-7 días
 Cada 8-12 días
 Cada más de 12 días

Ha habido en este trimestre algún motivo que desaconseje el coito:

- Sí No

• Has tenido orgasmos:

- Entre 1-3 mes de embarazo:** Sí No
Entre 3-6 mes de embarazo: Sí No
Entre 6-9 mes de embarazo: Sí No

• Te has masturbado: Sí No

Si te has masturbado:

- Has obtenido orgasmo:

- Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

- Has obtenido placer:

- Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca

Entre 1-3 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 3-6 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Entre 6-9 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (10)

- Te ha masturbado tu pareja: Sí No
 - Si te ha masturbado:
 - Has obtenido orgasmo:
 Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca
 - Has obtenido placer:
 Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca
 - Entre 1-3 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada
 - Entre 3-6 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada
 - Entre 6-9 mes de embarazo: Más Menos Igual Nada

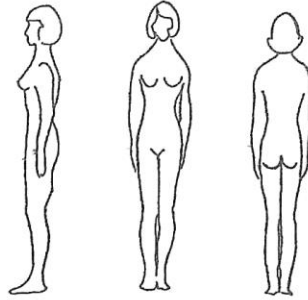
- Sientes deseos sexuales por otros hombres/mujeres: Sí No
 - Sientes deseos de:
 - Juego sexual
 - Masturbación
 - Coito

- Mantienes relaciones sexuales extraconyugales: Sí No

- Hay alguna enfermedad que te impida el coito: Sí No
¿Cuál? _____

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (11)

• Tacha tus zonas de excitación sexual:



• Qué posturas utilizabas:

Entre 1-3 mes de embarazo:

- Lámina 1: A B C D E F G H
- Lámina 2: A B C D E F G
- Lámina 3: A B C D E
- Lámina 4: A B C D E
- Lámina 5: A B C D E F G

Entre 3-6 mes de embarazo:

- Lámina 1: A B C D E F G H
- Lámina 2: A B C D E F G
- Lámina 3: A B C D E
- Lámina 4: A B C D E
- Lámina 5: A B C D E F G

Entre 6-9 mes de embarazo:

- Lámina 1: A B C D E F G H
- Lámina 2: A B C D E F G
- Lámina 3: A B C D E
- Lámina 4: A B C D E
- Lámina 5: A B C D E F G

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (12)

- A tu juicio crees que se necesita información sobre el comportamiento sexual durante el embarazo: Sí No

Obtenida por Ginecólogo/a: Sí No
Obtenido por Matrn/a: Sí No
Obtenido Médico de Familia: Sí No

- Crees que tus relaciones sexuales durante el embarazo serían mejores si acudiera esposo/a o tu pareja contigo a la consulta: Sí No

- Qué importancia tiene para ti la sexualidad:
 Muy importante Importante Poco importante Sin importancia

- Crees que la sexualidad influye en el resto de vuestras relaciones (carácter, comunicación, entendimiento...):
 Sí No

- Cómo actúas según tu juicio en la relación sexual:
 Eres activa Dejas hacer (eres pasiva)

- Crees que ha cambiado tu sexualidad durante el embarazo:
 Sí No

- Si la respuesta es Sí, ¿cómo ha cambiado?:
 Mucho mejor Mejor Igual Peor Mucho peor

- Marque cuales de los siguientes "mitos" sobre sexualidad y embarazo son ciertos:

- El pene puede golpear al feto al mantener una relación sexual durante el embarazo
- La mujer embarazada puede tener orgasmos
- Durante el embarazo no hay riesgo de infecciones de transmisión sexual
- Determinadas posiciones sexuales son perjudiciales para la mujer embarazada
- El sexo durante el embarazo provoca abortos involuntarios
- El feto se da cuenta de que se están manteniendo relaciones sexuales
- Tener sexo durante el tercer trimestre desencadena el parto
- El deseo sexual disminuye a lo largo del embarazo

Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (13)

LÁMINA 1

A



B

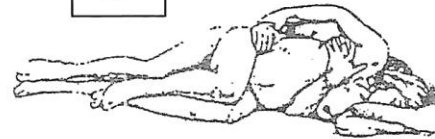


Coito anal

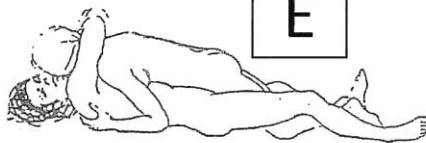
C



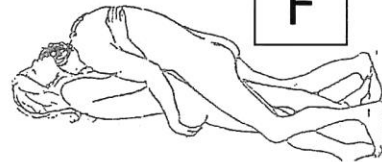
D



E



F



G

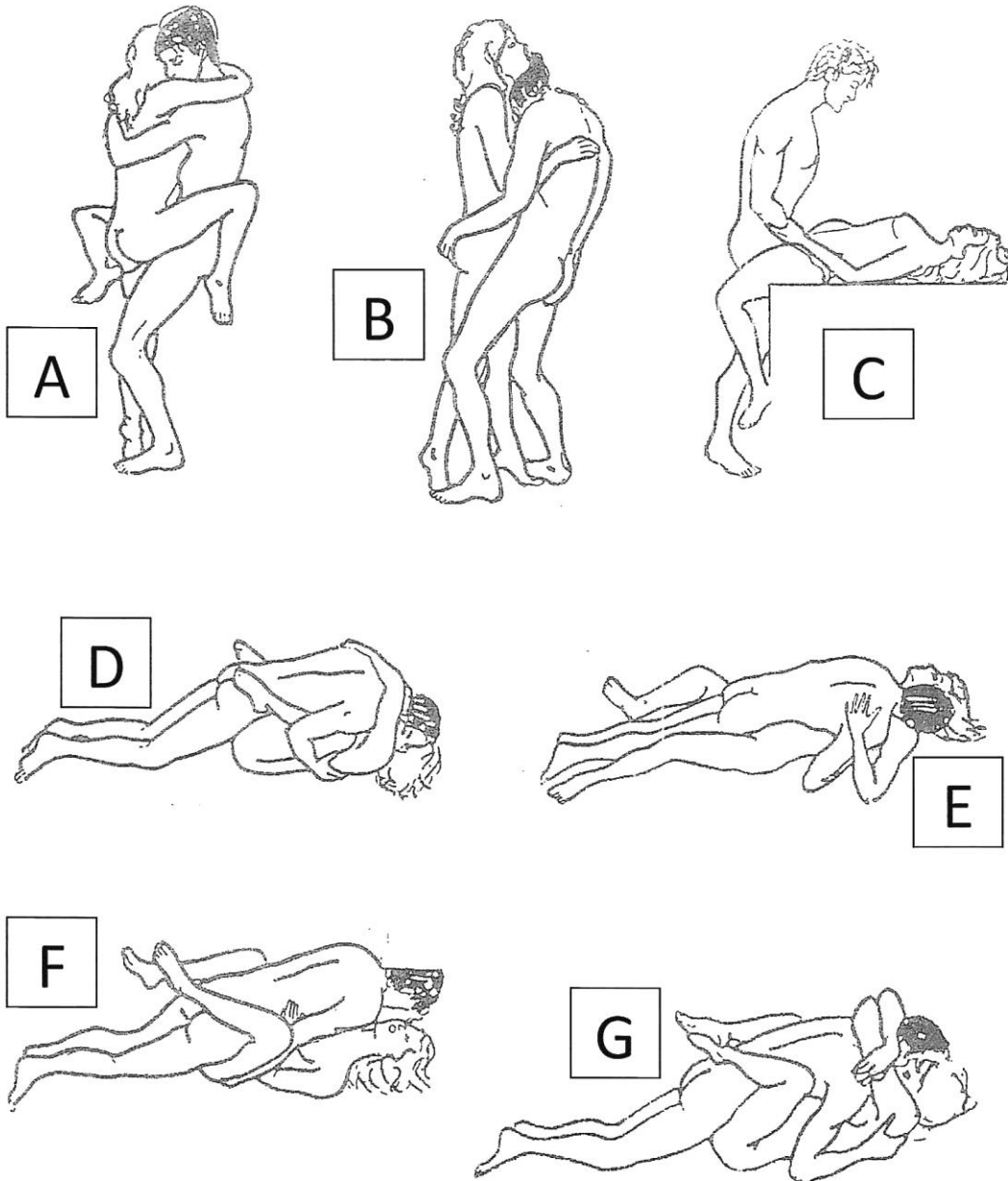


H



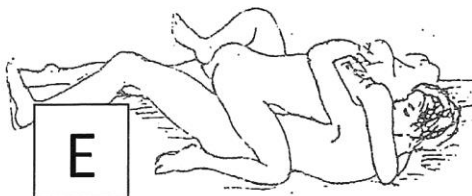
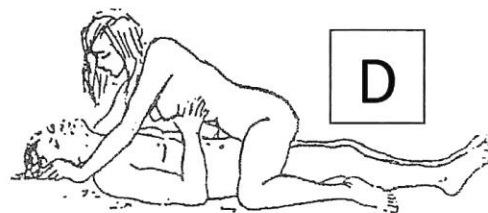
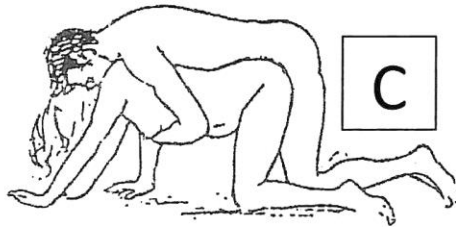
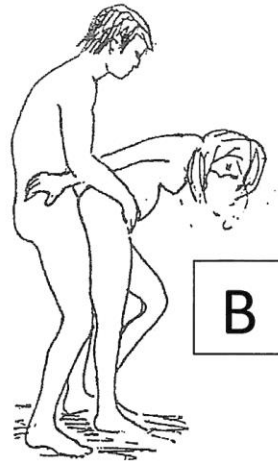
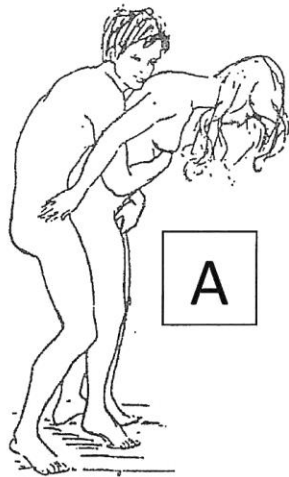
Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (14)

LÁMINA 2



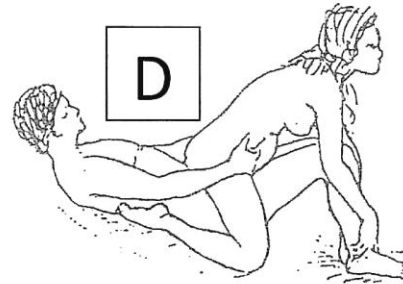
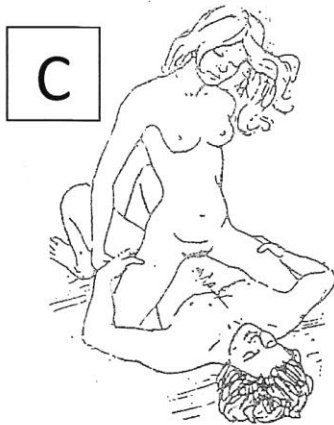
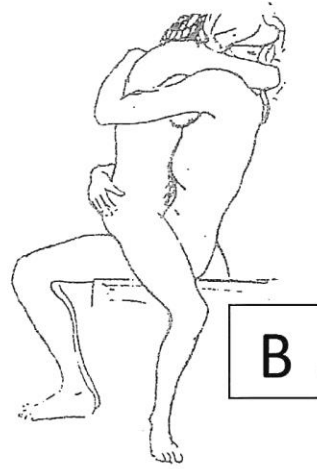
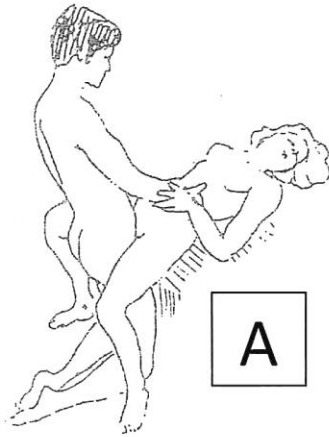
Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (15)

LÁMINA 3



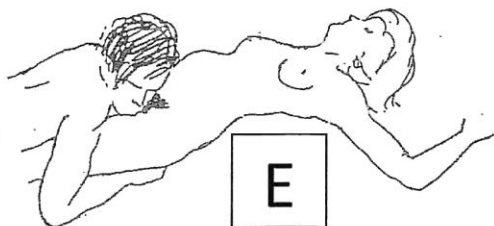
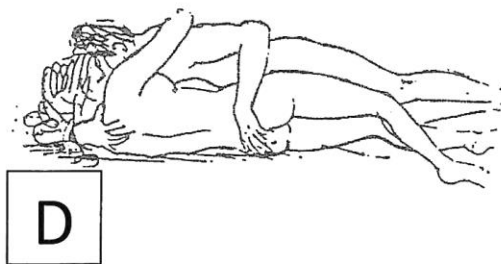
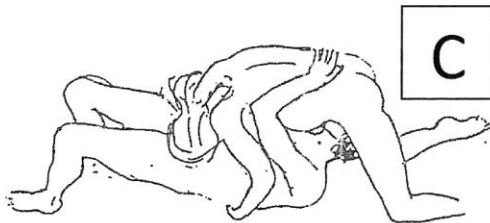
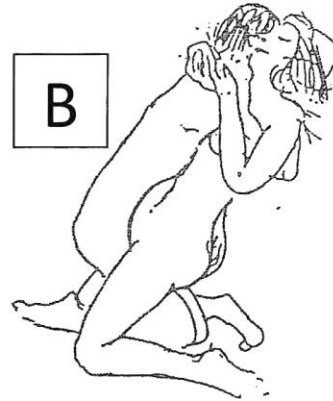
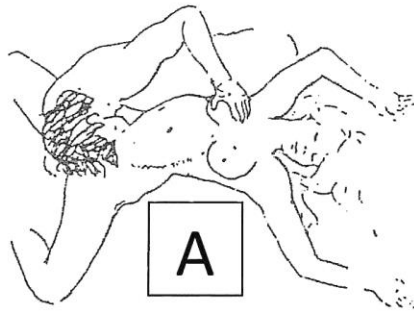
Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (16)

LÁMINA 4



Anexo 3: Cuestionario gestantes 2019 (17)

LÁMINA 5



Anexo 4: Aprobación Comité de Ética

**COMPLEJO
ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**
Paseo de San Vicente, 58-182
37007 Salamanca
Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
Teléfono: 923 29 11 00 – Ext. 55 515



E-mail: comite.etico.husa@saludcastillayleon.es

**EL COMITE DE ETICA DE LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS DEL AREA
DE SALUD DE SALAMANCA,**

I N F O R M A

Que el Proyecto de Investigación presentado por D. ÁLVARO MOYÁN BAYÓN,

Titulado:

“SEXUALIDAD Y EMBARAZO”.

Que presenta como Investigador responsable para la realización del PROYECTO DE TESIS DOCTORAL, SE AJUSTA A LAS NORMAS ÉTICAS Y DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA, establecidas para tales estudios.

Y para que conste lo firma en Salamanca con fecha 15 de abril de 2016.

EL SECRETARIO


Fdo.: D. Ignacio Dávila González
Secretario CEIC

**COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA
COMITÉ DE ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS**

Anexo 5: Aprobación Gerencia Atención Primaria Salamanca



Gerencia de Atención Primaria de Salamanca

Fecha: Salamanca, 30 de mayo de 2016

Remitente : Bienvenido de Arriba Sánchez. GERENTE DE ATENCION PRIMARIA.

Destinatario: Álvaro Morán Bayón. Residente MFYC de la UDM de AFYC . Salamanca

N/ref.: BAS/mp

S/ref.:

Asunto: Resolución Autorización Estudio

En relación a su escrito con fecha de entrada en esta Gerencia 19 de mayo de 2016, y número de registro 3894, en el que solicita autorización para la realización del estudio titulado "Sexualidad y embarazo", adjunto al programa de doctorado de Cirugía y Estomatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, para el que precisa el reclutamiento de pacientes de los centros de salud urbanos del Área de Salamanca, desde mayo de 2016 a mayo de 2017, esta Gerencia resuelve **autorizar** su realización, una vez ha sido valorado favorablemente por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos.

Es importante que, por escrito, se comprometa a mantener la confidencialidad y el anonimato del paciente.

Así mismo, una vez autorizado y finalizado el trabajo, deberá remitir a esta Dirección Médica una copia del mismo, para conocimiento y efectos oportunos.

Atentamente,


Bienvenido de Arriba Sánchez
Gerente de Atención Primaria de Salamanca



Doradía García Rabanal
Responsable de Formación, Docencia e Investigación

Anexo 6: Consentimiento informado (1)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO SEXUALIDAD Y EMBARAZO

Estimada Señora:

Su médico, enfermero/a o matron/a le ha solicitado participar en una encuesta sobre Sexualidad y Embarazo

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El propósito del presente estudio es conocer que grado de actividad sexual y de conocimientos tienen las embarazadas sobre el sexo durante el embarazo.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

De su participación en el estudio no se derivará ningún trato diferente en lo que se refiere a la calidad de la atención que recibirá en caso de no participar en el estudio. Es usted libre de rechazar colaborar en este estudio sin que por ello se vea afectada su futura atención médica. Si decide no participar en el estudio no tendrá que ofrecer explicación alguna.

EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN

Sólo se le pedirá que rellene una encuesta completamente anónima sobre diversos aspectos de su actividad sexual y conocimientos de sexualidad.

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos serán objeto de un tratamiento confidencial, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable, siendo tratados conforme a lo dispuesto por la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Todos sus datos serán estrictamente confidenciales y exclusivamente su médico conocerá su identidad. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su médico, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico-paciente.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Todos los procedimientos y pruebas que se llevarán a cabo han sido previamente supervisados y aprobados, por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital, antes de iniciar el estudio de esta forma se asegura que el estudio cumple con todos los requisitos legales, y que los objetivos y métodos empleados en el mismo son adecuados. Todos estos trámites serán llevados a cabo por los responsables del estudio.

No dude en recabar información adicional o en hablar con su médico para aclarar cualquier duda, tanto al inicio del estudio como en cualquier momento a lo largo del mismo.

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

El objetivo final del estudio será la realización de un documento informativo sobre sexualidad y embarazo para mejorar la información que las embarazadas tengan sobre sexualidad.

El investigador principal le agradece su inestimable colaboración.

Anexo 6: Consentimiento informado (2)

DECLARACIÓN

D/DÑA:..... **con D.N.I.**
ó
(Nombre y dos apellidos del paciente)

D./Dña. **y D.N.I.**
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o allegado)

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Mediante el presente documento **DOY MI CONSENTIMIENTO** para participar en este estudio

- He leído la información y he podido hacer preguntas sobre la misma, entendiéndola la finalidad y los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio.
- Considero que la información recibida es suficiente y la comprendo.
- He hablado con el Dr/a..... (investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mis cuidados médicos

Y para que así conste, firmo el presente documento, después de haberlo leído y comprendido, y por mi propia voluntad

En....., a.....de.....de.....

Firma del Participante o Representante legal:

Firma del Investigador:

D/D° con DNI, soy
testigo de que D/DÑA..... con
DNI.....

Ha leído la información y ha podido hacer preguntas sobre la misma, entendiéndola la finalidad y los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio.

En.....a.....de.....de.....

Firma del Testigo:

Anexo 7: Resultados globales posturas sexuales antes del embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
Lámina 1			
A	75 (81,5)	63 (68,5)	0,041
B	69 (75)	47 (51,1)	0,001
C	18 (19,6)	16 (17,4)	0,704
D	52 (56,5)	33 (35,9)	0,005
E	39 (42,5)	33 (35,9)	0,365
F	38 (41,3)	34 (37)	0,546
G	49 (53,3)	44 (47,8)	0,461
H	39 (42,4)	22 (23,9)	0,008
Lámina 2			
A	22 (23,9)	13 (14,1)	0,091
B	16 (17,4)	22 (23,9)	0,275
C	46 (50)	17 (18,5)	<0,001
D	63 (68,5)	31 (33,7)	<0,001
E	58 (63)	42 (45,7)	0,018
F	61 (66,3)	43 (46,7)	0,007
G	60 (65,2)	40 (43,5)	0,003
Lámina 3			
A	27 (29,3)	17 (18,5)	0,084
B	27 (29,3)	17 (18,5)	0,084
C	63 (68,5)	38 (41,3)	<0,001
D	75 (81,5)	57 (62)	0,003
E	36 (39,1)	24 (26,1)	0,059
Lámina 4			
A	31 (33,7)	19 (20,7)	0,047
B	34 (37)	24 (26,1)	0,113
C	74 (80,4)	52 (56,5)	<0,001
D	50 (54,3)	14 (15,2)	<0,001
E	39 (42,4)	27 (29,3)	0,065
Lámina 5			
A	39 (42,4)	21 (22,8)	0,005
B	11 (12)	7 (7,8)	0,321
C	48 (52,2)	30 (32,6)	0,007
D	50 (54,3)	41 (44,6)	0,184
E	57 (62)	27 (29,3)	<0,001
F	10 (10,9)	3 (3,3)	0,044
G	37 (40,2)	9 (9,8)	<0,001

Anexo 8: Resultados globales posturas sexuales primer trimestre embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
Lámina 1			
A	62 (67,4)	57 (62)	0,441
B	48 (52,2)	38 (41,3)	0,140
C	13 (14,1)	7 (7,6)	0,155
D	39 (42,4)	28 (30,4)	0,092
E	32 (34,8)	32 (34,8)	0,957
F	27 (29,3)	26 (28,3)	0,871
G	38 (41,3)	35 (38)	0,651
H	24 (26,1)	20 (21,7)	0,489
Lámina 2			
A	8 (8,7)	6 (6,5)	0,578
B	9 (9,8)	13 (14,1)	0,257
C	26 (28,3)	12 (13)	0,011
D	44 (47,8)	18 (19,6)	<0,001
E	39 (42,2)	39 (42,4)	1,000
F	43 (46,7)	35 (38)	0,233
G	39 (42,4)	27 (29,3)	0,065
Lámina 3			
A	11 (12)	12 (13)	0,824
B	19 (20,7)	11 (12)	0,110
C	40 (43,5)	28 (30,4)	0,067
D	55 (59,8)	45 (48,9)	0,139
E	23 (25)	21 (22,8)	0,698
Lámina 4			
A	16 (17,4)	10 (10,9)	0,204
B	16 (17,4)	15 (16,3)	0,844
C	52 (56,5)	37 (40,2)	0,027
D	24 (26,1)	9 (9,8)	0,004
E	23 (25,0)	14 (15,2)	0,105
Lámina 5			
A	21 (22,8)	12 (13,0)	0,084
B	6 (6,5)	6 (6,5)	1,000
C	21 (22,8)	17 (18,5)	0,466
D	27 (29,3)	31 (33,7)	0,526
E	31 (33,7)	18 (19,6)	0,034
F	3 (3,3)	0 (0,0)	0,069
G	19 (20,7)	3 (3,3)	<0,001

Anexo 9: Resultados globales posturas sexuales segundo trimestre de embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
Lámina 1			
A	53 (57,6)	46 (50,0)	0,301
B	38 (41,3)	27 (29,3)	0,090
C	8 (8,7)	6 (6,5)	0,578
D	34 (37,0)	32 (34,8)	0,759
E	19 (20,7)	17 (18,5)	0,710
F	17 (18,5)	18 (19,6)	0,851
G	21 (22,8)	21 (22,8)	1,000
H	13 (14,1)	13 (14,1)	1,000
Lámina 2			
A	3 (3,3)	3 (3,3)	1,000
B	9 (9,8)	8 (8,7)	0,149
C	28 (30,4)	8 (8,7)	<0,001
D	28 (30,4)	8 (8,7)	<0,001
E	23 (25,0)	21 (22,8)	0,730
F	26 (28,3)	16 (17,4)	0,079
G	24 (26,1)	13 (14,1)	0,043
Lámina 3			
A	7 (7,6)	8 (8,7)	0,788
B	12 (13,0)	9 (9,8)	0,487
C	36 (39,1)	23 (25,0)	0,040
D	53 (57,6)	34 (37,0)	0,005
E	17 (18,5)	13 (14,1)	0,425
Lámina 4			
A	18 (19,6)	7 (7,6)	0,018
B	11 (12,0)	5 (5,4)	0,116
C	50 (54,3)	27 (29,3)	0,001
D	20 (21,7)	5 (5,4)	0,001
E	15 (16,3)	9 (9,8)	0,189
Lámina 5			
A	19 (20,7)	10 (10,9)	0,069
B	2 (2,2)	2 (2,2)	1,000
C	16 (17,4)	9 (9,8)	0,001
D	21 (22,8)	24 (26,1)	0,607
E	30 (32,6)	14 (15,2)	0,006
F	3 (3,3)	0 (0,0)	0,081
G	20 (21,7)	3 (3,3)	<0,001

Anexo 10: Resultados globales posturas sexuales tercer trimestre de embarazo

	Pareja 2019 N (%)	Pareja 1984 N (%)	p valor
Lámina 1			
A	30 (32,6)	34 (37,0)	0,536
B	24 (6,1)	17 (18,5)	0,215
C	2 (2,2)	5 (5,4)	0,248
D	33 (35,9)	32 (34,8)	0,877
E	8 (8,7)	7 (7,6)	0,788
F	5 (5,4)	8 (8,7)	0,388
G	8 (8,7)	8 (8,7)	1,000
H	6 (6,5)	3 (3,3)	0,305
Lámina 2			
A	1 (1,1)	1 (1,1)	1,000
B	3 (3,3)	2 (2,2)	0,650
C	21 (22,8)	8 (8,7)	0,009
D	14 (15,2)	4 (4,3)	0,013
E	15 (16,3)	7 (7,6)	0,069
F	20 (21,7)	6 (6,5)	0,003
G	14 (15,2)	4 (4,3)	0,013
Lámina 3			
A	5 (5,4)	4 (4,3)	0,733
B	12 (13,0)	5 (5,4)	0,075
C	34 (37,0)	21 (22,8)	0,007
D	35 (38,0)	19 (20,7)	0,035
E	7 (7,6)	4 (4,3)	0,351
Lámina 4			
A	15 (16,3)	4 (4,3)	0,008
B	7 (7,6)	3 (3,3)	0,193
C	42 (45,7)	17 (18,5)	<0,001
D	14 (15,2)	1 (1,1)	<0,001
E	6 (6,5)	3 (3,3)	0,305
Lámina 5			
A	18 (19,6)	6 (6,5)	0,009
B	2 (2,2)	0 (0,0)	0,833
C	13 (14,1)	10 (10,9)	0,504
D	15 (16,3)	17 (18,5)	0,697
E	27 (29,3)	12 (13,0)	0,007
F	3 (3,3)	0 (0,0)	0,069
G	17 (18,5)	2 (2,2)	<0,001