

Salud sexual durante el embarazo y puerperio: factores de pérdida y recuperación

IX premio CECOVA de investigación para residentes de matronas. Año 2013

Autores: Calleja Muñoz, A; Cánovas Cánovas, MP; García Fernández, R.; Martínez Da Silva, RA; Castello López, MI

rooxan@hotmail.com

Sexual health during pregnancy and postpartum: loss and recovery factors

ABSTRACT

The engagement in sexual intercourse during pregnancy has been examined by professionals from various fields of study. The lack of anticipatory guidance for couples and insufficient training of some health professionals have resulted in inadequate consideration of sexual health issues for some couples during this period. Complications during pregnancy and childbirth can be a problem in maintaining the same during pregnancy and postpartum recovery.

Objective: To analyse sexual interaction during pregnancy and puerperium and to consider the factors affecting the couples' sexual health and well-being.

Methodology: Cross-sectional descriptive study of different stages of pregnancy and late puerperium. The subjects of the study are 146 pregnant and puerperal women Xativa's hospital 'Lluís Alcanyis' within the 14th department of SVA from January 2011 to January 2012.

The data collection was carried out through structured and validated questionnaires that were delivered to the participants within the three quarters of pregnancy and late puerperium (8 weeks) – sociodemographic, obstetric and physio-/ psycho-emotional information was collated and analysed.

Results: The profile of the sample (n = 146) is generally a Spanish woman going to university. Delving into the various points of study, we conclude that the sexual response of pregnant and puerperal women is modified at different stages. The level of desire increases especially in the second trimester, compared to excitement quarterly increases being significantly statistic. By analyzing we find that satisfaction is lower in the third trimester and that satisfaction prior to pregnancy does not affect the current excitement level. Orgasm is generally not difficult although increasing their difficulty as pregnancy progresses, highlighting a significant percentage who

don't have sex relation. The sexual positions are modified at different stages of gestation being statistically significant, highlighting that a significant percentage didn't answer the question. The type of delivery, perineal status and the presence of information didn't influence the time of resumption of intimacy. The presence of non-statistically correlated with sex. We note that half of the sample did not have any information. Lastly, keeping sexual relation significantly influenced the emergence of anxiety during pregnancy.

Conclusion: It is necessary to incorporate the education in the midwife's skills in practices, to promote better sexual health education in pregnant and puerperal woman as well as Maternal Education Program, and support to, individual and group.

Key words: sexual behavior, pregnancy, puerperium, personal satisfaction.

■ Investigación & Cuidados

RESUMEN

La descripción de las relaciones sexuales durante el embarazo ha sido motivo de múltiples estudios en diferentes disciplinas y por distintos profesionales.

La desinformación de las parejas y la falta de formación de algunos profesionales, ha conllevado que la salud sexual de las parejas no haya sido contemplada adecuadamente durante este periodo de sus vidas.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto, pueden suponer un problema en el mantenimiento de las mismas durante la gestación y su recuperación durante el puerperio.

Objetivo: Conocer cuál es la respuesta sexual durante el periodo de embarazo y puerperio y los factores que pudieran alterar la Salud Sexual en las parejas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en las diferentes etapas del embarazo y el puerperio tardío. Los sujetos de estudio han sido 146 gestantes y puérperas usuarias del Programa de Control de embarazo en el Centro de Salud de Xàtiva y Hospital de día del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva del

Departamento 14 de la Agencia Valenciana de Salud entre los meses de Enero de 2.011 a Enero de 2.012. La recogida de datos se hizo mediante cuestionarios estructurados y validados entregados a las usuarias (autocumplimentación) en los tres trimestres del embarazo y el puerperio tardío, 8 semanas. Se han recogido variables sociodemográficas, obstétricas, físicas y psicoemocionales.

Resultado: El perfil de la muestra (n=146) es en general, una mujer española y universitaria. Profundizando en los diversos puntos a estudio, concluimos que la respuesta sexual de la mujer embarazada y puérpera se modifica en sus diferentes etapas, en cuanto al nivel de deseo aumenta sobre todo en el segundo trimestre; respecto a la excitación va aumentando por trimestres siendo significativamente estadístico. Al analizar la satisfacción observamos que es menor en el tercer trimestre y que la satisfacción previa al embarazo no influye en el nivel de excitación actual. El orgasmo en general no les es difícil aunque sí que aumenta su dificultad a medida que avanza la gestación, resaltando un porcentaje importante

que no presentan actividad sexual. Las posturas se modifican en las diferentes fases de la gestación siendo significativamente estadístico, destacar que un considerable porcentaje no contestaron la pregunta. El tipo de parto, el estado del periné y la presencia de información no influyeron en el tiempo de reanudación de las relaciones sexuales. La presencia de información no se correlacionó estadísticamente con tener relaciones sexuales. Resaltamos que la mitad de la muestra no tenía ningún tipo de información al respecto. En último lugar el mantenimiento de relaciones sexuales influía significativamente en la aparición de ansiedad durante el embarazo.

Conclusión: Es necesario incorporar la tarea educativa en las competencias de la matrona en la práctica habitual, para fomentar una mejor Educación para la Salud Sexual y Afectiva en la embarazada o puérpera, en el Programa de Educación Maternal, tanto individual como grupal.

Palabras clave: Conducta sexual, Embarazo, periodo de posparto, Satisfacción personal.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

La vida sexual de las mujeres es un tema de difícil abordaje en cuanto al silencio que se mantiene sobre ello y las múltiples causas que pueden alterar esta función.

La actividad sexual se ve influenciada por el embarazo, a pesar de esta evidencia, no hay muchos estudios que correlacionan factores con posibles cambios en la función sexual. Los pocos que se han escrito se han realiza-

do fuera de nuestro país, por lo tanto, esto es una de las motivaciones que nos han llevado a la realización de nuestro estudio.

Se ha intentado demostrar la relación de preocupaciones, cambios físicos, pensamientos (ideas)

o situaciones concretas que tienen que ver con la alteración del patrón de la respuesta sexual durante el embarazo. También se ha constatado que no solo hayamos este tipo de circunstancias durante el embarazo sino también después del mismo, durante el postparto o puerperio.

Según estudios anteriores sabemos que los cambios biopsicosociales que se producen en esta etapa, son los causantes de miedos, preocupaciones y dificultades, como la presencia de dolor, que influyen de forma directa en la sexualidad. Así lo describen las autoras Natália Rejane Salim, Natalúcia Matos Araújo y Dulce Maria Rosa Gualda, pertenecientes a la universidad de Sao Paulo en un estudio realizado a un grupo de mujeres.

El miedo viene provocado principalmente por la presencia de dispareunia, que no cicatrice bien la episiotomía o bien por el miedo a volver a quedarse embarazadas. El dolor puede ser producido en la mayoría de los casos por el trauma perineal y la dispareunia producida al querer satisfacer al compañero sentimental¹.

Se sabe que la sexualidad durante el embarazo difiere de la vida sexual de una mujer no gestante, diferentes estudios nos enseñan variaciones en los resultados².

Durante el embarazo el deseo sexual disminuye durante el primer trimestre y puede ir provocado por la presencia de vómitos y náuseas, miedo a dañar al feto o incluso el miedo a que se produz-

ca un aborto.

A lo largo del tercer trimestre predominan problemas relacionados con el aumento excesivo del volumen abdominal, la falta de atractivo físico y motivos comunes con otros trimestres. Es en este trimestre cuando se produce el mayor descenso del deseo sexual, frecuencia de las relaciones sexuales y modificaciones en el coito.

Un 45% prefería la posición cuadrúpeda conforme avanza la gestación, siendo la posición "misionero" la preferida al comienzo de la gestación. En el 68% de los casos las mujeres declararon evitar las relaciones sexuales durante el primer trimestre siendo un alto porcentaje de estas también las que lo intentaron evitar durante el tercer trimestre.

Se ha demostrado que tanto la satisfacción sexual, el deseo y la frecuencia del coito disminuye significativamente conforme avanza la gestación. Se demostró que el aumento de este tipo de creencias venía infundado porque solo el 22 % recibió información adecuada por parte del médico sobre actividad sexual durante la gestación. Se demostró con esto que la información suministrada a las mujeres por parte del profesional sanitario competente es escasa y es necesario un programa de educación y consejería sobre actividad sexual durante el embarazo que debe ser difundida tanto a médicos como a mujeres^{3,4,5}.

En cuanto al placer, otros afirman que no sigue la misma evolución ya que existe un descenso en

el placer en un 59% de las mujeres durante el primer trimestre, en el segundo trimestre hay un aumento hasta el 75 – 84% y finalmente es en el tercer trimestre cuando se produce una brusca bajada hasta el 40 – 41%. Se ha descrito que una quinta parte de las mujeres descubren el orgasmo por primera vez durante el embarazo^{6,7,8,9,10}.

En un estudio realizado por Khamis, el 37% de las mujeres reconocen un aumento global del deseo durante toda la gestación¹¹.

Sin embargo, a pesar de las diferencias halladas entre los tres trimestres de gestación, actualmente no se ha descrito que haya correlación entre el grado de satisfacción sexual antes y durante la gestación, al igual que durante el puerperio¹².

Los datos que aportaron las mujeres para explicar la disminución de la frecuencia coital fueron, malestar físico durante las relaciones sexuales y la presencia de una serie de mitos que persisten generación tras generación.

Razones que son sumadas a que la mujer tiene una visión subjetiva de sí misma que la hace verse menos atractiva.

Si pasamos al período de postparto, a los 40 días, múltiples son las causas que hacen que muchas mujeres atrasen todo lo posible el inicio de las relaciones o que las eviten por completo. El momento de inicio de las relaciones sexuales viene marcado por la recuperación del bienestar físico y emocional del propio cuerpo¹.

■ Investigación & Cuidados

La función sexual durante el postparto, el tipo de parto, no tiene que ver con la reanudación temprana de las relaciones sexuales y que sin embargo la presencia o no de episiotomía, si era una de las causas más destacadas de que no hubiera relaciones sexuales. De total de mujeres que inician las relaciones de forma temprana el porcentaje a las que no se les realizó episiotomía era mucho mayor que las que sí, siendo a las que no se les realizó de un 66,7% frente a un 25,6% que si la poseían¹³.

Mujeres que tenían una vida sexual activa durante el embarazo y a las que posteriormente se les realizó una episiotomía, apuntaron tener dificultades por factores como dolor, miedo, falta de excitación, lubricación etc...^{14,15}.

La actividad sexual se suele retomar hacia las 6 – 8 semanas postparto, pero el 95% no mantienen una actividad más o menos regular hasta el tercer mes postparto¹⁶.

Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia de ansiedad, debido a problemas anteriormente mencionados y a la propia pareja que en muchos casos puede ser el factor más estresante, ya que en el 96% de los casos, fue el marido el que más interés puso para el inicio de las relaciones sexuales. A veces esta ansiedad viene provocada por los mitos que han existido a lo largo de los años y que no se han conseguido cuestionar y cambiar gracias a una adecuada educación sexual durante el embarazo y postparto. En este momento es cuando nos planteamos, si una adecuada actitud previa hacia la sexualidad, ejercería un papel importante en la vivencia de las relaciones sexuales durante el embarazo y puerperio, consiguiendo una vida sexual activa y satisfactoria¹⁷.

HIPÓTESIS:

El tipo de parto, la información de las parejas y la calidad de las relaciones previas influyen en la respuesta sexual durante la gestación y el puerperio.

OBJETIVOS:

Objetivo general: Conocer cuál es la Respuesta Sexual durante el periodo de embarazo y puerperio y los factores que pudieran alterar la Salud Sexual en las parejas.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores o causas que puedan alterar la Respuesta Sexual en las gestantes y púerperas.
- Valorar el grado de información sobre sexualidad que tienen los sujetos de estudio.
- Conocer la percepción de las mujeres respecto a su Salud Psicoafectiva y Sexual.

METODOLOGÍA:

Diseño: Planteamos un estudio descriptivo transversal en las diferentes etapas del embarazo y el puerperio tardío.

Se informó a las mujeres del proyecto de estudio y su participación mediante la firma de un consentimiento informado.

El cuestionario es autocumplimentado y anónimo.

Se solicitó permiso al Comité de Bioética Asistencial (CBA) del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva.

Ámbito de estudio: Centro de Salud de Xàtiva y Hospital de día del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva del Departamento 14 de la Agencia Valenciana de Salud.

Población y muestra: Mujeres usuarias del Programa de Control de embarazo, parto y puerperio en el Centro de Salud y el Hospital de Xàtiva.

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas y púerperas mayores de 16 años.
- Embarazo y puerperio fisiológico.

Criterios de exclusión:

- Barrera idiomática.
- Patología obstétrica.
- Puerperio patológico.
- Sin pareja.

Variables:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad.
 - Nacionalidad.
 - Nivel de estudios.

- Variables Obstétricas:
 - Paridad.
 - Tipo de Parto: Eutócico o Distócico (Instrumental o Cesárea).
 - Afectación en el periné: Episiotomía, Desgarro perineal o Integridad perineal.
- Factores psicoemocionales:
 - Ansiedad, Depresión o posibilidad de Ansiedad y Depresión.
- Nivel de Información: Si/No. Si es que si, especificar quién fue el informador.
- Sexualidad:
 - Nivel de conocimientos previos.
 - Actividad sexual: Si/No. Motivos
 - Nivel de deseo.
 - Posturas en relaciones sexuales: Cuadrúpeda, Misionero, Andrómaco, Dax o Variadas.
 - Molestias: No/Si. Si es que si, en que zona.
 - Nivel de excitación.
 - Excitación previa al estado actual (Gestación o Puerperio).
 - Dificultad en el orgasmo.
 - Tipo de orgasmo previo al estado actual (Gestación o Puerperio)
 - Dolor en la penetración.
 - Dolor tras la penetración.
 - Sentimiento tras la relación sexual.
 - Satisfacción general.

Instrumentalización y procedimiento de recogida de datos: Cuestionarios estructurados y cuestionario HAD durante el embarazo y parto.

Embarazo: Se entregó el cuestionario en los tres trimestres de embarazo a las gestantes que acudieron a la consulta de la Matrona de Atención Primaria y ha Hospital de día del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva y se recogieron cumplimentadas en la visita siguiente. (Anexo I y III).

Puerperio: Se entregó el cuestionario durante el puerperio precoz en la planta de Maternidad ó consulta de la matrona de Atención Primaria; ambas se recogieron a los dos meses posparto en la consulta de la

Matrona de Atención Primaria y consulta de Pediatría del Centro de Salud de Xàtiva. (Anexo II y III).

Análisis estadístico de los datos: Se realiza mediante software informático SPSS v19 para Windows. La comparación entre variables se realizó a través de la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y la p de Pearson para variables cuantitativas. Debido a la escasa muestra para alguna de las variables en las que no se pudo utilizar ninguna de las dos pruebas anteriores, fueron necesarias las pruebas de Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient.

Consideraciones éticas: Se solicitó permiso al Comité de Bioética Asistencial (CBA) del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva, el cual de acuerdo con la declaración de Helsinki autorizó la puesta en práctica del protocolo de investigación. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes (en los registros informáticos, se estableció un código de identificación). Así mismo, todos los miembros del equipo investigador adquirieron el compromiso de cumplir el Código Deontológico de Enfermería de la Comunidad Valenciana, publicado en Julio de 2009 por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Las mujeres que han participado en el estudio recibieron de forma verbal información acerca de los objetivos del estudio, quedando reflejado su consentimiento para la participación al inicio del cuestionario.

RESULTADOS:

A) MUESTRA:

A.1. Características sociodemográficas.

La muestra fue recogida entre Enero de 2.011 y Enero de 2.012 y consta de 146 mujeres. El número total de mujeres (gestantes y púrpas) en el CS Xàtiva durante ese periodo fue de 250. Nuestra muestra supone pues, el 58,4% del total de mujeres atendidas en el centro de Salud y hospital de día del Hospital.

El análisis de la población no refleja que haya diferencias significativas en cuanto a las características sociodemográficas. La edad media de la muestra fue de 32,80 años, siendo la edad mínima de de 22 años y máxima de 42 años.

Tabla 1. Características Sociodemográficas					
EDAD	MEDIA	DE	N. ESTUDIOS	N	%
1º Trimestre	31,85	4,18	Primarios	14	9,58
2º Trimestre	32,06	4,07	Secundarios	55	37,67
3º Trimestre	32,50	3,90	Universitarios	77	52,73
Puerperio	34,85	3,10			
NACIONALIDAD	N	%	MUESTRA	N	%
Española	137	93,83	1º Trimestre	20	13,69
Rumana	4	2,73	2º Trimestre	16	10,95
Ucraniana	3	2,05	3º Trimestre	68	46,57
Italiana	1	0,68	Puerperio	42	28,76
Argelina	1	0,68	Total	146	100

A.2. Características obstétricas.

Respecto a las características obstétricas de las mujeres durante la gestación, hay pocas diferencias entre primigestas y multigestas.

Según el tipo de parto podemos decir que un 61,9% tuvieron un parto eutócico, el restante porcentaje corresponde a partos distócicos vía vaginal o abdominal (cesárea).

Dentro de los partos por vía vaginal que son el 83,32%, al 61,9% se les realizó episiotomía, en un 19,04% se produjo desgarro, siendo el porcentaje de perinés íntegros el 19,04%. (Tabla 2).

Tabla 2. Características obstétricas					
GESTACIÓN	N	%	PARIDAD	N	%
Primigesta	50	48,07	Primípara	16	38,09
Secundigesta	34	32,69	Secundípara	18	42,85
Multigesta	20	19,23	Múltipara	8	19,04
TIPO DE PARTO	N	%	ESTADO PERINÉ	N	%
Vag. Eutócico	26	61,90	Episiotomía	26	61,99
Vag. Instrumentado	9	21,42	Desgarro	8	19,04
Cesárea	7	16,66	Periné íntegro	8	19,04

B) FACTORES O CAUSAS QUE PUEDEN ALTERAR LA RESPUESTA SEXUAL.

B.1. Frecuencia.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales por trimestres, en el primer trimestre es de un 95%, un 93,75% en el segundo y un 76,47% en el tercer trimestre.

Durante la gestación hemos analizado las siguientes variables relacionadas con la alteración de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y satisfacción por trimestres.

B.2. Fase de deseo.

En cuanto al nivel de deseo, en el primer trimestre un 20% de las mujeres consideran su nivel de deseo alto, un 35 % moderado y un 45% bajo, sin embargo en el segundo trimestre se denota un ascenso hasta un 43,75 % de las mujeres de la muestra que lo consideran alto frente a un 31,25% que lo interpretan como moderado, y un 25% bajo, viendo que durante el tercer trimestre un 26,47 % de mujeres que contestan que es alto y un 25% lo consideran moderado y un 48,52% bajo.(Figura 1).

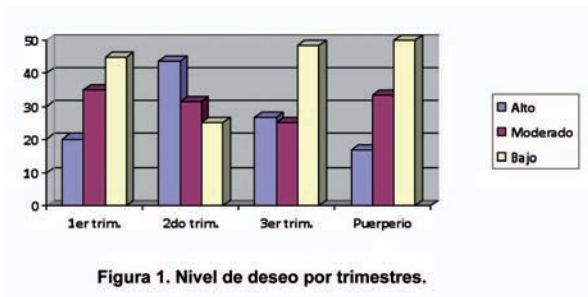


Figura 1. Nivel de deseo por trimestres.

Analizando el nivel de deseo durante el puerperio hallamos que las mujeres se encuentran en un 16,66% con un nivel alto de deseo, en un 33,33% nivel moderado y un 49,99% bajo.

B.3. Fase de excitación.

Cuando se compara el nivel de excitación observamos que en el tercer trimestre, un 41,35% (23,08%+18,27%) de las mujeres embarazadas tienen un nivel de excitación entre moderado y alto respectivamente, en cambio en el primer y segundo trimestre es un 29,81% (17,31%+12,5%), ligeramente más bajo. (Figura 2).

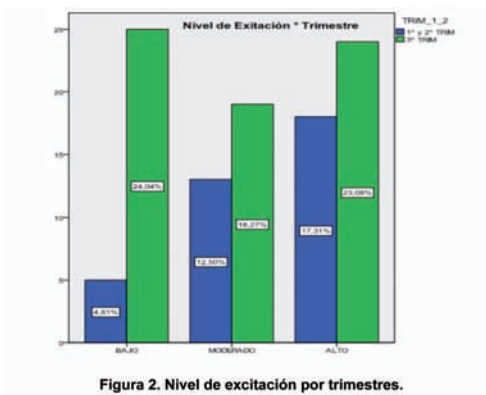


Figura 2. Nivel de excitación por trimestres.

Al hacer un contraste de hipótesis para ver si existe relación entre el nivel de excitación y los trimestres (donde hipótesis nula= no existe relación entre ambas variables y la hipótesis alternativa= existe relación entre el trimestre de embarazo con nivel de excitación), concluimos a través de la prueba Chi-cuadrado en que se relacionan con un nivel del 95% de confianza para una p=0,049. Es decir podemos pensar que hay relación entre el nivel de excitación de las mujeres embarazadas y los trimestres.

Con respecto al nivel de excitación en el puerperio hallamos un porcentaje de mujeres que refieren un nivel de excitación muy alto 11,90%, alto en un 11,90%, moderado un 30,95%, siendo el nivel bajo de 16,66% y muy bajo de 7,14%. El 21,42% restante no tuvieron actividad sexual durante los dos primeros meses. (Figura 3).

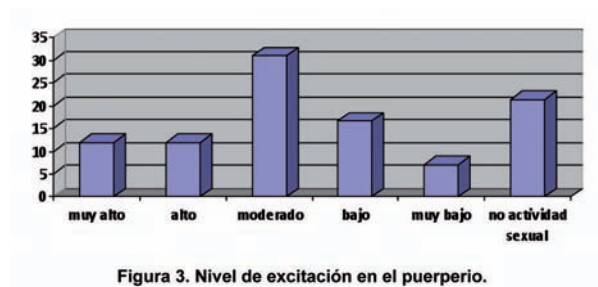


Figura 3. Nivel de excitación en el puerperio.

Si comparamos el nivel de satisfacción de las relaciones sexuales antes del embarazo y el nivel de excitación durante el embarazo podemos concluir que no se relacionan (p=0,076), por lo tanto el nivel de satisfacción previa al embarazo actual no influye en su nivel de excitación durante la gestación. (Figura 4).

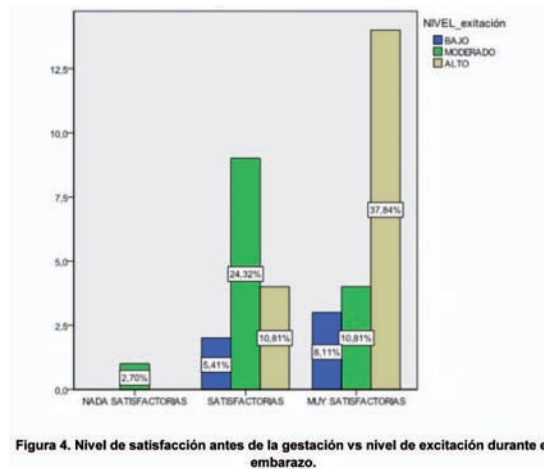


Figura 4. Nivel de satisfacción antes de la gestación vs nivel de excitación durante el embarazo.

Investigación & Cuidados

B.3. Fase de orgasmo.

Respecto a la dificultad de alcanzar el orgasmo, se observa que hay un 64,4% de mujeres a las que no le es difícil llegar al orgasmo durante la gestación, un 13,4%, que le es difícil o muy difícil, frente al grupo de 17,3%, que no tiene actividad sexual. (Tabla 3).

	N/C	No act. Sex	Muy difícil	Difícil	Poco difícil
n	5	18	4	10	67
%	4,8	17,3	3,8	9,6	64,4

Tabla 3. Dificultad de alcanzar el orgasmo durante la gestación.

Pero si hacemos un análisis por los diferentes trimestres y el puerperio, nos encontramos que a medida que avanza la gestación aumenta la dificultad para alcanzar el orgasmo, aunque llama la atención que del total de la muestra (n=146) sólo el 81,51% mantenían relaciones sexuales. (Tabla 4).

PERIODO/ N(%)	NC	No act. Sex	Muy difícil	Difícil	Poco difícil	Total N
1º trimestre	1(5%)	0	0	1 (5%)	18 (90%)	20
2º trimestre	0	2 (12,5%)	0	2 (12,5%)	12 (75%)	16
3º trimestre	4 (5,88%)	16 (23,2%)	4 (5,88%)	7 (10,29%)	37 (54,41%)	68
Puerperio	1(2,38%)	9 (21,42%)	6 (14,28%)	5 (11,90%)	21 (50%)	42
TOTAL	6 (4,10%)	27 (18,49%)	10(6,84%)	15 (10,27%)	88 (60,27%)	146

Tabla 4. Dificultad en alcanzar el orgasmo.

B. 4. Grado de satisfacción.

En cuanto a la satisfacción en las relaciones sexuales referidas durante el embarazo y el puerperio, encontramos que: el 75% de mujeres están satisfechas tanto en el primer como en el segundo trimestre, mientras que disminuye a un 58, 82% durante el tercero. Sin embargo, durante el puerperio sólo el 7,14% están satisfechas. (Tabla 5).

PERIODO/N (%)	Insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Satisfecha	No act. sexual
1er trimestre	2 (10%)	0	15 (75%)	3 (15%)
2º trimestre	0	2 (12,5%)	12 (75%)	2 (12,5%)
3er trimestre	0	12 (17,84%)	40 (58,82%)	16 (23,52%)
Puerperio	24 (57,14%)	6 (14,28%)	3 (7,14%)	8 (19,04%)
TOTAL (n=146)	26 (17,80%)	20 (13,69%)	70 (47,94%)	29 (19,86%)

Tabla 5. Satisfacción en las relaciones sexuales.

B.5. Molestias durante la estimulación en la gestación y puerperio.

Otra variable a analizar cuando hay relaciones sexuales, es la presencia de molestias en el momento de la estimulación (táctil), ya que puede influir en la alteración del patrón sexual. Se ha detectado que un 69% de mujeres de nuestro estudio no presentan ninguna molestia a este nivel. Del 31,1% restante, las zonas afectas son: el 64,70% de las mismas las refiere en los pezones y un 35,29% en el área genital. Las mujeres no indican molestias significativas en el clítoris, ano ni otras zonas. (Tabla 6).

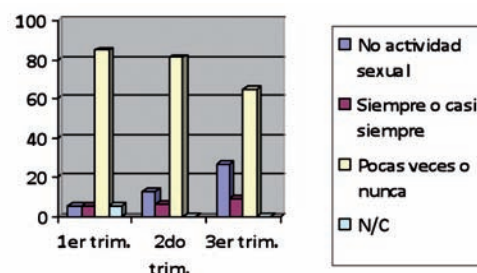
	n	%
PEZONES	22	64,70
ÁREA GENITAL	12	35,29
Total	34	100

B.6. Molestias durante y después de la penetración en la gestación.

Debido a que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye a medida que avanzan los trimestres, hemos querido estudiar otras posibles causas como puede ser el dolor durante y después de la penetración. Aumenta ligeramente el porcentaje de mujeres que presenta siempre o casi siempre dolor durante la penetración pasando de un 5% de casos durante el primer trimestre a un 8.82% durante el tercer trimestre.

También se ha observado que las molestias después de la penetración decrecen por trimestres al contrario que sucede durante la penetración, pasando de un 5% a un 2.94%.

Encontrando un ascenso en los porcentajes de abstinencia sexual a medida que se desarrolla la gestación llegando a un 26.47% en el tercer trimestre. (Figura 5).



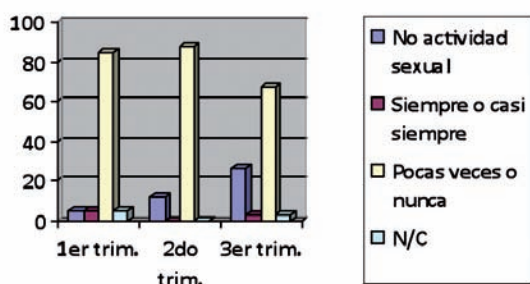


Figura.5. Dolor durante y después de la penetración en la gestación.

B.7. Posturas según trimestre de gestación.

Otro apartado de nuestro trabajo fue investigar cuales eran las posturas más utilizadas durante la gestación en cada uno de los trimestres. Hemos observado que a lo largo de la gestación hay una variación en el uso de diferentes posturas. En el primer trimestre destaca la posición “misionero” y “variadas”, en el segundo no se observa ningún cambio y en el tercer trimestre aumenta el uso de la posición “cuadrúpeda” y aparece la posición “dax o de lado” y “andrómaca” las cuales son más utilizadas en esta etapa. Nos ha llamado la atención que un 27,88 % no conteste esta pregunta en el cuestionario. Hay diferencias significativas según el trimestre en relación a la postura utilizada, siendo $p=0.004$. (Tabla 7).

POSTURAS	TRIM			Total
	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	
VARIADAS	6	4	8	18
CUADRUPEDA	1	0	3	4
MISIONERO	4	1	5	10
ANDROMACO	1	4	8	13
DAX O DE LADO	0	1	29	30
N/C	8	6	15	29
Total	20	16	68	104

B.8. Tiempo de inicio de las relaciones sexuales en relación al tipo de parto.

En cuanto al tiempo de inicio de recuperación de las relaciones sexuales durante el puerperio hemos querido estudiar si influía el tipo de parto que hayan tenido con una temprana o tardía recuperación de las relaciones sexuales, llegando a la conclusión de que la mayoría, indiferentemente del tipo de parto, recuperan al mismo tiempo la respuesta sexual estimándose de media en un mes y medio. Siendo el 46.15% de los vaginales eutócicos, el 44.44% de los vaginales distócicos y 57.14% de cesáreas. (Tabla 8).

Tipo parto actual	No iniciada	1 mes	Un mes y medio	2 meses	Total
Eutócico (%)	15,38	34,61	46,15	3,84	61,90
Instrumentado (%)	22,22	33,33	44,44	0	21,42
Cesárea (%)	28,57	2,38	57,14	0	16,66
Total	8	13	20	1	42

Aún recategorizando las variables, el análisis de Chi-cuadrado no es lo más adecuado, por no cumplir sus condiciones. Usando otras pruebas en las que no son necesarias estas condiciones, Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient, usadas para variables nominales donde el p -valor para todos ellos es $0,222 > 0,05$ lo que indica no rechazar la hipótesis nula, luego no hay relación entre ellas.

B.9. Estado del periné.

Al analizar la relación entre la presencia de episiotomía y el inicio de las relaciones sexuales, observamos que de las mujeres que no tienen episiotomía, el 87,6% inician las relaciones entre el mes y mes y medio.

Sin embargo, en las mujeres que si tienen episiotomía, el 73,1%, las inician entre el mes y mes y medio. (Tabla 9).

Episiotomía	Inicio relación sexual				Total
	No iniciada	1 mes	1mes y medio	2 meses	
No	2 12,5%	7 43,8%	7 43,8%	0 0%	16 100%
Si	6 23,1%	6 23,1%	13 50,0%	1 3,8%	26 100%
Total	8 19,0%	13 31,0%	20 47,6%	1 2,4%	42 100%

La tabla representa la frecuencia pero no es adecuada para la prueba Chi cuadrado. Por tanto usamos las pruebas para variables nominales que son las pruebas Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient cuyo p -valor es $0,222 > 0,05$.

Lo que quiere decir que no hay significación estadística, por lo tanto en presencia o ausencia de episiotomía inician las relaciones al mes y medio.

B.10. Manifestaciones más frecuentes durante las RRSS en el puerperio.

De la muestra del total de mujeres púerperas ($n=42$) hemos encontrado las siguientes manifestaciones a la hora de mantener o no relaciones sexuales, en

Investigación & Cuidados

una pregunta de respuestas múltiples (pregunta 5, apartado B, anexo II), el 66,66% contestan que ahora están más pendientes de su bebé, el 54,76% han contestado que están agotadas físicamente, el 45,23% responden que su apetito sexual está disminuido, seguido del 35,71% que contestan que tienen dolor en la zona genital. (Figura.6). Estos factores coinciden con los datos encontrados en la bibliografía revisada.

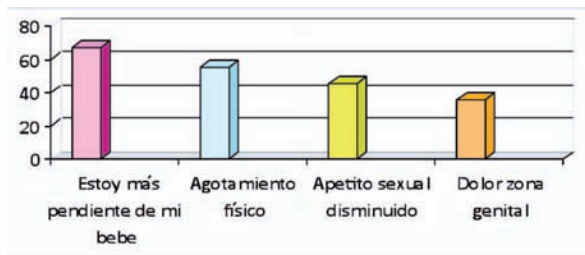


Figura 6. Manifestaciones más frecuentes en las RRSS durante el puerperio.

C) GRADO DE INFORMACIÓN.

C.1. Información sobre sexualidad en relación a la actividad sexual durante el embarazo y puerperio.

Uno de los objetivos de nuestro estudio fue demostrar: a) si había correlación entre la presencia o no de información sobre sexualidad y la existencia de relaciones sexuales y b) si había correlación entre la presencia de información y el tiempo de inicio de relaciones sexuales durante el puerperio, y c) conocer la procedencia de la información.

C.1.a. Presencia información vs existencia relaciones sexuales.

Se ha observado que el 51,9% de las mujeres no han obtenido información sobre sexualidad en ningún momento de su vida, por lo tanto uno de los objetivos ha consistido en conocer la relación entre la información de las mujeres y la presencia o no de relaciones sexuales, siendo destacable que un 24,07% de las mujeres que no recibieron información no tenían relaciones durante el embarazo frente a un 75,92% que no tenían información y sí que mantenían relaciones. Se evidencia que aumenta el porcentaje de mujeres que tienen relaciones sexuales al tener información en el 81,63% de los casos. (Tabla 10).

Relaciones sexuales	Información		Total
	No (%)	Si (%)	
No	24.07	18.36	
Si	75.92	81.63	
Total	100	100	104

C.1.b) Presencia de información y reanudación de las relaciones sexuales.

Se demuestra que no existe relación entre el nivel de información y el tiempo de inicio de las relaciones sexuales ($p=0,16$). (Tabla 11).

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	INFORMACIÓN		Total
	NO	SI	
NO	6 75,0%	2 25,0%	8 100%
SI	15 44,1%	19 55,9%	34 100%
Total	21 50,0%	21 50,0%	42 100%

C.1.c. Fuente de Información de las gestantes y puérperas.

También se ha investigado no solo acerca del número de mujeres que no tienen información sobre sexualidad, sino también, de las que sí la tienen (48,1%), cual es la fuente de donde la han obtenido. De este porcentaje podemos decir que la matrona ha participado junto con otras fuentes en un 20,1% de los casos. (Tabla 12). Destaca el porcentaje de mujeres sin información sobre sexualidad (51,9%), llegado este momento de sus vidas.

PROCEDECIA DE LA INFORMACION	n	%
SIN INFORMACIÓN	54	51,9
ESTUDIOS	18	17,3
INTERNET Y LIBROS	5	4,8
CONSULTA MATRONA Y SEXOLOGO	12	11,5
ESTUDIOS, INTERNET Y LIBROS	3	2,9
ESTUDIOS ,CONSULTA MATRONA Y SEXOLOGO	4	3,8
CONSULTA MATRONA, SEXOLOGO Y FAMILIA	5	4,8
ESTUDIOS Y FAMILIA	2	1,9
NO CONTESTA	1	1
Total	104	100

Sin embargo, durante el puerperio la matrona participa, junto con otras fuentes, en el 45,3% de la información que se recibe, aunque sigue llamando la atención la falta de información que es del 50%. (Tabla 13).

	n	%
SIN INFORMACIÓN	21	50,0
INTERNET Y LIBROS	1	2,4
CONSULTA MATRONA Y SEXOLOGO	18	42,9
FAMILIA Y AMIGOS	1	2,4
CONSULTA MATRONA, SEXOLOGO Y FAMILIA	1	2,4
Total	42	100

C.1.2. Mitos sobre las relaciones sexuales en el embarazo y puerperio.

Una vez que se ha descrito el nivel de información que tienen las mujeres de estudio hemos querido analizar las ideas o creencias sobre sexualidad que tienen los sujetos de la muestra y nos encontramos que un 47,1% mostraban alguna creencia errónea. De estas; el 26,92% desconocen que las relaciones sexuales al final del embarazo pueden ayudar a desencadenar el trabajo de parto, un 9,61% creen que en los embarazos gemelares no pueden mantenerse relaciones, un 6,73% de ellas creen que en el último trimestre no deben mantenerse relaciones, un 2,88% no creen que haya que abstenerse de relaciones sexuales ante complicaciones como amenaza de aborto y solo un 0,96% creen que la penetración vaya a dañar al bebe.

En cuanto al nivel de información que tienen las mujeres en el puerperio estudiamos una serie de preguntas que nos ofrecen una noción de lo que piensan sobre cómo iniciar las relaciones sexuales. Hasta un 64,28% creen que no se pueden mantener durante la “cuarentena”, un 14,28% opinan que se pueden mantener desde el primer día, un 19,04% no creen que haya que utilizar ningún método anticonceptivo, y un 90,47% contestan que la lactancia materna no les protegería de un nuevo embarazo, frente a un 4,76% que creen que sí. (Tabla 14).

	n	Correcto		N/C
		Correcto	Incorrecta	
No se pueden mantener hasta pasada la cuarentena	42	33,33	64,28	2,38
¿Se pueden mantener desde el primer día?	42	80,95	14,28	4,76
¿Se pueden realizar sin método anticonceptivo?	42	76,19	19,04	4,76
¿La LM me protege de un nuevo embarazo?	42	90,47	4,76	4,76

C.1.3. Qué entienden por relaciones sexuales.

Profundizando un poco más en los conocimientos sobre las relaciones sexuales para saber en qué consisten estas para ellas, un 27,88% de las mujeres no considera que el sexo oral esté dentro del marco de una relación sexual, un 18,26% no consideran las caricias, un 18,26% no considera los besos, y un 30,76% no considera la masturbación a su pareja. (Figura 7).

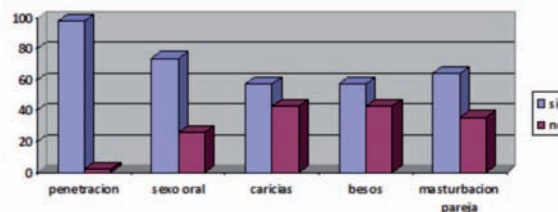


Figura.7. Prácticas incluidas en las relaciones sexuales.

D) SALUD PSICOAFECTIVA Y SEXUALIDAD.

D.1. Relación de las RRSS con la aparición de ansiedad y depresión en el embarazo.

Hemos decidido analizar si el tener o no relaciones sexuales durante el embarazo influye en la aparición o no de ansiedad o depresión en el embarazo. Para obtener esta información, realizamos en el cuestionario una serie de preguntas en el último apartado denominado aspectos psicoemocionales, basado en el cuestionario validado de ansiedad-depresión “HAD”, incluido en el anexo III.

De las mujeres que tienen relaciones sexuales durante la gestación, concretamente un 49,04% presenta ansiedad y un 14,42% posible ansiedad.

Al realizar la prueba de la Chi-cuadrado con un 95% de confianza, sobre la hipótesis de existencia de relación entre las variables “relación sexual en el embarazo” y “ansiedad”, se obtiene significación respecto a la dependencia entre las dos variables ($p=0,004$). (Tabla 15).

Relaciones sexuales	HAD: ANSIEDAD			Total
	POSIBLE ANSIEDAD		NO ANSIEDAD	
	ANSIEDAD	POSIBLE ANSIEDAD		
NO	5	9	8	22
SI	51	15	16	82
Total	56	24	24	104

Sin embargo, al realizar el análisis de la relación entre la presencia de relaciones sexuales y la aparición

Investigación & Cuidados

de depresión, se observa que el grupo de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el embarazo no influyó en la aparición de una posible depresión o depresión, teniendo en cuenta un 5% de nivel de significación ($p=0,273$). (Tabla 16).

Tabla 16. Depresión vs presencia de relaciones sexuales durante la gestación.

Relaciones sexuales	HAD: DEPRESIÓN		Total
	NO DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	
NO	15	7	22
SI	65	17	82
Total	80	24	104

D.2. Relación de las RRSS con la aparición de ansiedad y depresión en el puerperio.

Utilizando la misma tabla que para la ansiedad durante el embarazo, la prueba de la Chi-cuadrado no es posible porque no cumple los criterios necesarios, que son que cada celda como mínimo sumara cinco puntos, por lo que transformamos la variable en dos categorías, obteniendo una $p=0,830$; es decir no existe relación entre la variable tiempo de inicio en la relación sexual y la aparición de ansiedad. (Figura 8).

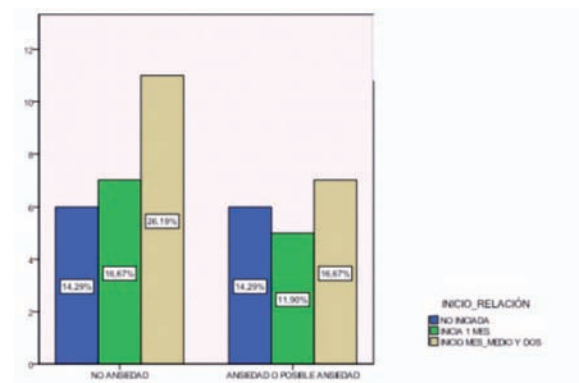


Figura 8. Inicio de las RRSS vs ansiedad durante el puerperio.

Es preciso utilizar para esta tabla la prueba Kendall's tau-c y la prueba Spearman Correlation que se presenta abajo (pruebas para contrastes de variables ordinales) obteniéndose los p-valores correspondientes de 0,585 o 0,576 mayores a 0,05 indicando por tanto la no existencia de relación entre estas variables, la correlación entre estas variables es cercano a cero.

Respecto a la relación entre el inicio de las relaciones sexuales en el puerperio y la aparición de depre-

sión o posible depresión y aún haciendo la transformación de la variable depresión en dos categorías no podemos aplicar la prueba Chi-cuadrado debido a que no cumple las condiciones de la prueba. Lo que se puede hacer es interpretar la tabla de frecuencias. (Tabla 17).

Tabla 17. Inicio de las RRSS vs depresión en el puerperio

INICIO / %	No depresión	Depresión o posible depresión
No inicio de RRSS	66.7	33.3
Inicio al mes	83.3	16.7
Inicio al mes y medio	77.8	22.2
Total	76.2	23.8

DISCUSIÓN

El perfil de la muestra es de una mujer española, joven, universitaria y secundigesta, pero esto, contrariamente a lo que se pudiera pensar, no evita que se sigan confirmando los motivos de la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en el embarazo y puerperio, tal y como muestran los estudios pasados^{3,4,5}, pero a su vez no vimos diferencias estadísticamente significativas entre el grado de información y la actividad sexual durante el embarazo ni en la recuperación de éstas durante el puerperio. Todo lo anterior confirma la presencia de mitos o ideas erróneas en la sexualidad durante esta etapa de sus vidas que se sigue manteniendo a pesar de la accesibilidad que se tiene a las diferentes fuentes de información¹⁷.

Aunque la mayoría de la muestra considera que la penetración es la actividad más habitual dentro de las relaciones sexuales, es decir, entendiendo la relación sexual como coito, no ocurre lo mismo con otras prácticas (sexo oral, caricias, besos y masturbación a la pareja).

Respecto a la integridad del periné, ni la presencia o no de episiotomía ni el tipo de parto tienen significación estadística respecto al tiempo de reanudación de las relaciones sexuales, que se estima en mes o mes y medio¹³. Siendo contrario a lo hallado por otros autores^{14,15}.

A lo que la respuesta sexual y sus fases se refiere, se confirma el aumento de deseo en el segundo trimestre y la disminución tanto en el primer como tercer trimestre, así como encontramos en la bibliografía; la

fase de excitación está aumentada en el tercer trimestre, siendo significativamente estadístico respecto a los otros dos trimestres, a diferencia de la literatura revisada, aunque no haya relación respecto a la satisfacción antes del embarazo; respecto a la fase de orgasmo, aunque en su mayoría no les era difícil alcanzarlo, las dificultades aumentaban a medida que avanzaba la gestación, y aún más en el periodo de puerperio^{6,10}.

Refiriéndonos al grado de satisfacción éste es inversamente proporcional, a medida que avanza la gestación, teniendo mayor insatisfacción en el puerperio. Posiblemente esto sea debido a las ideas erróneas o miedos que afloran y que no son abordados correctamente para el reinicio de las mismas a nivel de pareja^{3, 4, 5}.

En cuanto a las molestias en la estimulación durante el embarazo, la mayoría de mujeres de nuestro estudio no presenta ninguna molestia y de las pocas que las presentan es en la zona del pezón; el dolor durante la penetración aumenta ligeramente a medida que avanza la gestación, sin embargo disminuyen las molestias después de la penetración a medida que avanza el embarazo.

A la hora de realizar el coito las posturas más utilizadas son las que se corresponden con las encontradas en estudios anteriores habiendo diferencias significativas según el trimestre en relación a la postura utilizada: misionero para primer trimestre, la cuadrúpeda para el tercero y como novedad, en este período aparecen la posición Andrómaco y Dax o de lado⁴.

De todas las fuentes donde recaban la información las mujeres, la presencia o participación de la matrona como informadora es escasa durante el embarazo, y aunque mejora durante el puerperio, no es todo lo deseable y efectiva que debería ser en vista del mantenimiento de la actitud sexual en este período de la vida.

En cuanto a las causas de retraso o no inicio de las relaciones sexuales en el puerperio se confirman los estudios revisados en nuestra búsqueda bibliográfica^{14,15}.

Finalmente, las mujeres que mantenían relaciones sexuales durante el embarazo presentaban índices más altos de ansiedad, pero no de depresión. Sin embargo en el puerperio no hay una relación estadísticamente significativa entre el inicio de las relaciones y la presencia de ansiedad o depresión.

Implicaciones para la práctica:

Dificultades y limitaciones del estudio:

Lo que nos hemos encontrado en general como limitaciones han sido: la falta de colaboración de la mujer, a veces por limitación del idioma, y sobre todo la pérdida de muestra durante el puerperio por olvido de entrega de la encuesta.

Otra de las limitaciones que hemos tenido ha sido a la hora de analizar los resultados con la prueba de Chi-cuadrado por no cumplir las condiciones necesarias para ello, es decir, falta de respuesta de algunos ítems, teniendo que reagrupar variables y utilizar otro tipo de prueba.

A la hora de analizar los datos, las preguntas abiertas en los cuestionarios nos han llevado a una dificultad en su interpretación, dado que algunas opciones de respuesta eran multivariantes, y carecemos de la formación suficiente para su análisis.

Para finalizar hemos obtenido un sesgo de recogida, porque las muestras en los diferentes periodos no son homogéneas aunque si válidas para el estudio, el hecho de recogerlas nosotros en el Hospital durante la monitorización fetal ayudó a que no se perdieran tantas.

CONCLUSIÓN FINAL

Como conclusión y en vista de los resultados, podemos decir, que es necesario incorporar la tarea educativa en las competencias de la matrona en la práctica habitual, para fomentar una mejor Educación para la Salud Sexual y Afectiva en la embarazada o puerpera, en el Programa de Educación Maternal, tanto individual como grupal, aunque ello implique una amplia formación de las profesionales para su correcto desempeño desde Atención Primaria.

REFERENCIAS

1. Arsenaault MY, Lane CA, MacKinnon CJ, Bartellas E, Cargill YM, Klein MC, Martel MJ, Sprague AE, Wilson AK The management of nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002 Oct; 24(10):817-31; quiz 832-3. (10)
2. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Apr; 18(4):401-6. Epub 2006 Jul 27. (14)
3. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009; 110(7):427-31. (16)

■ Investigación & Cuidados

4. 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): 1381-1387.(6)
5. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc.* 2007; 82(1-2):65-90. (11)
6. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Reality of the impact of pregnancy on sexuality. Results about review of 200 Ivoirians pregnant women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011 Feb; 40(1):36-41. Epub 2010 Jun 4. (2)
7. Natália Rejane Salim, Natalúcia Matos Araújo, Dulce Maria Rosa Gualda. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(4): [08 pantallas] jul.-ago. 2010. (1)
8. Onah HE, Ilobachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Feb; 76(2):219-23.(9)
9. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010 Jan; 7(1 Pt 1):136-42. Epub 2009 Oct 20. (12)
10. Salakjit Wannakosit, MD, and Vorapong Phupong, MD. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual education group and nonsexual education group. *J Sex Med.* 2010 Oct; 7(10):3434-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x. (17)
11. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Ruggao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(4 suppl):S124-9. (4)
12. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet.* 2009 Mar; 279(3):353-6. Epub 2008 Jul 30. (3)
13. Signorello LB, Harlow BL, Chokos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Apr; 184(5):881-8; discussion 888-90. (8)
14. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(3 suppl):45-9.(5)
15. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom. Res* 1999; 47 (1), 27-49. (7)
16. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai.* 2007 Sep; 90(9):1744-8. (13)
17. Zahumensky J, Zverina J, Sottner O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H, Dvorska M, Krmar M, Kolarik D, Citterbart K, Otcenasek M, Halaska M. Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008 Sep; 29(3):157-63. doi: 10.1080/01674820701821047. (15)

ANEXO I: CUESTIONARIO EMBARAZO.

Habiendo sido previamente informada sobre el estudio a realizar y del carácter anónimo y confidencial del mismo; doy mi consentimiento para participar en este estudio rellenando el siguiente cuestionario:

A. Datos Sociodemográficos:

Fecha:

Edad:

Nacionalidad:

1. Estudios:

Primarios Secundarios Universitarios.

2. Tiempo libre diario:

Mas de 7 horas Menos de 7 horas

3. Situación gestacional

Fecha última regla _____

nº de embarazos _____

nº de partos vaginales _____

nº de cesáreas _____

nº de abortos _____

*(El nº se embarazos incluye los abortos, las cesáreas, los partos y el embarazo actual).

Tipo de partos previos (escribe el número dentro del cuadrado).

Vaginal normal _____

Vaginal instrumentado (ventosa, forceps). _____

Episiotomía Sí No

Desgarro Sí No

Cesárea _____

*(Corte en la zona genital realizado por la persona que asiste el parto para facilitar la salida del bebé, con la posterior sutura).

B. Información sobre sexualidad.

1. ¿Has recibido previamente información sobre sexualidad?

Sí No En caso de sí, explica brevemente.

¿Quién te la ha dado?

2. ¿Qué sabes sobre la sexualidad durante el embarazo? Contesta si o no

a) La penetración puede dañar al bebé.

Sí No

b) En el último trimestre pueden mantenerse relaciones sexuales Sí No

c) En las últimas semanas del embarazo mantener relaciones sexuales puede ayudar a desencadenar el trabajo de parto, Sí No

d) En caso de complicaciones (amenaza de aborto, sangrado, etc), deben suspender las relaciones sexuales Sí No

e) En el caso de embarazo gemelar ¿deben suspenderse las relaciones sexuales? Sí No

3. ¿Cómo eran las relaciones sexuales antes de estar embarazada?

Nada satisfactorias Poco satisfactorias
 Satisfactorias Muy satisfactorias

4. En el caso de haber tenido otro o más hijos anteriormente ¿como eran tus relaciones antes del actual embarazo?(solo contestar en el caso de que el embarazo actual no sea el primero)

Nada satisfactorias Poco satisfactorias
 Satisfactorias Muy satisfactorias

5. ¿En qué crees que consisten las relaciones sexuales? (marca tantas cruces como creas necesario).

Penetración Sexo oral
 Caricias Besos
 Masturbación individual
 Masturbación a tu pareja

C. Conocimientos sobre el deseo

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

Muy alto Alto Moderado Bajo
 Muy bajo o nada

2. Independientemente de tu deseo sexual, ¿mantienes relaciones sexuales?

A mi pareja no le apetece.
 Tengo miedo a sufrir un aborto.

La penetración puede dañar a mi bebe.

A) No: ¿por qué? Me han recomendado que no mantenga relaciones sexuales (médico, familiar, amigo etc).

¿Por qué?: _____

No me siento cómoda

No me siento atractiva con mi cuerpo.

Otras _____

B) sí ¿qué te lleva a hacerlo?

A mi pareja le apetece.

No tengo miedo.

Las relaciones sexuales son buenas para mi bebe.

Me han recomendado que mantenga. Rel. Sexuales (médico, familiar, amigo etc).

Me siento cómoda con los nuevos cambios que ha producido mi embarazo.

Me siento atractiva con mi cuerpo.

3. En caso de mantener relaciones sexuales, ¿qué posturas sexuales te resultan más cómodas o satisfactorias? _____

4. En el momento de la estimulación, ¿refieres molestias?

a) Sí, ¿dónde?:

Pezones Clítoris Área genital Ano

b) No

D. Conocimientos sobre la excitación

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Muy alto

Alto

Moderado

Bajo

Muy bajo o nada

No tengo relaciones sexuales

2. La excitación durante este embarazo es:

Peor que antes

Igual que antes

Mejor que antes

■ Investigación & Cuidados

E. Conocimientos sobre orgasmo.

1. En las últimas 4 semanas, cuando tienes relaciones, ¿te resulta difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil
- No tengo relaciones sexuales

2. El orgasmo durante este embarazo es:

- Peor que antes
- Mo en todas las relaciones sexuales
- Igual que antes
- Mejor que antes
- No tengo relaciones sexuales

F. Molestias

1. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca
- No tengo relaciones sexuales

2. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca
- No tengo relaciones sexuales

3. Cuando finalizas las relaciones sexuales, ¿cómo te sientes?

- Siento dolor en la zona genito-anal
- Siento calor en la zona genital
- Siento congestión ó presión en la zona genital

- No me relajo
- Me siento bien
- Me quedo más cansada de lo normal
- Me quedo con la sensación de no querer repetir
- No tengo relaciones sexuales

G. Satisfacción general

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha estás con tus relaciones sexuales con tu pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
- No tengo relaciones sexuales

ANEXO II: CUESTIONARIO 2 MESES POSTPARTO

Habiendo sido previamente informada sobre el estudio a realizar y del carácter anónimo y confidencial del mismo; doy mi consentimiento para participar en este estudio rellenando el siguiente cuestionario:

A. Datos sociodemográficos:

Fecha:

Edad:

Nacionalidad:

1. Estudios:

- Primarios
- Secundarios
- Universitarios.

2. Tiempo libre diario:

- Mas de 7 horas
- Menos de 7 horas

3. Situación gestacional.

Fecha última regla_____

nº de embarazos__

nº de partos vaginales__

nº de cesáreas_____

nº de abortos_____

*(El nº se embarazos incluye los abortos, las cesáreas, los partos y el embarazo actual).

Tipo de partos previos (escribe el número dentro del cuadrado).

Vaginal normal _____

Vaginal instrumentado (ventosa, forceps). _____

Episiotomía Sí No

Desgarro Sí No

*(Corte en la zona genital realizado por la persona que asiste el parto para facilitar la salida del bebé, con la posterior sutura).

Cesárea _____

Tipo de parto actual

Vaginal normal

Vaginal instrumentado (ventosa, forceps)

Cesárea

¿Te han hecho episiotomía? Sí No

¿Tuviste un desgarro? Sí No

B. Información sobre sexualidad:

1. ¿Has recibido información sobre sexualidad después del parto?

Sí No En caso de sí, explica brevemente.

¿Quién te la ha dado?

2. ¿Qué sabes sobre las relaciones sexuales después del parto?

a) No se pueden mantener hasta pasada la cuarentena.

Sí No

b) Se pueden mantener desde el primer día.

Sí No

c) Se pueden realizar sin método anticonceptivo.

Sí No

d) La lactancia materna me protege de un nuevo embarazo

Sí No

3. ¿En qué crees que consisten las relaciones sexuales? (marca tantas cruces como creas necesario).

Penetración

Sexo oral

Caricias

Besos

Masturbación individual

Masturbación a tu pareja

4. ¿Tuviste relaciones sexuales durante el embarazo?

No Sí

En caso afirmativo ¿cuándo?

5. ¿Has iniciado las relaciones sexuales?

A) Sí ¿cuándo? (señalar aproximadamente la fecha de inicio, por ejemplo, 1 mes después del parto, 1 mes y medio después del parto etc.) _____

B) No

Independientemente de tu respuesta marca si presentas alguna de estas opciones:

Me duele la zona genital

Me molestan las hemorroides

Mi apetito sexual está disminuido.

El apetito sexual de mi pareja esta disminuido

Ahora estoy más pendiente de mi bebé

Falta comunicación con mi pareja.

Por agotamiento y cansancio físico.

Estoy pendiente de la alimentación de mi hijo, tanto de día como de noche.

C. Conocimientos sobre el deseo:

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

Muy alto

Alto

Moderado

Bajo

Muy bajo o nada

2. En el momento de la estimulación: ¿refiere molestias?

a) Sí, ¿dónde?

Pezones

Clítoris

Área genital

Ano

b) No

D. Conocimientos sobre la excitación:

1. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasificas tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Muy alto

■ Investigación & Cuidados

- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada
- No tengo actividad sexual

2. Respecto a la excitación ¿cómo es?

- Peor que antes del embarazo
- Peor que durante el embarazo
- Igual que antes del embarazo
- Igual que durante el embarazo
- Mejor que antes del embarazo
- Mejor que durante el embarazo

3. ¿Notas sensación desagradable durante la excitación?

- Sí ¿Dónde? _____
- ¿Qué? _____
- No

4. En las últimas 4 semanas, ¿sentiste lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

E. Conocimientos sobre orgasmo:

1. En las últimas 4 semanas, cuando tienes relaciones sexuales, ¿te resulta difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- poco difícil
- No me es difícil

2. Respecto al orgasmo: ¿lo consigues?

- Peor que antes del embarazo
- Peor que durante el embarazo
- Igual que antes del embarazo

- Igual que durante el embarazo
- Mejor que antes del embarazo
- Mejor que durante el embarazo

F. Molestias:

1. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿sientes discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

G. Satisfacción general:

1. Cuando finalizas las relaciones sexuales, ¿qué sientes?

- Siento dolor en la zona genito- anal
- Siento calor en la zona genito- anal
- Siento congestión o presión en la zona genital- anal
- No me relajo
- Me siento bien
- Me quedo mucho más cansada de lo normal
- Me quedo con la sensación de no querer repetir
- Otras sensaciones: _____

2. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha estás con tus relaciones sexuales con tu pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
- No tengo actividad sexual

ANEXO III: ESCALA HAD

1. Me siento tensa o emocionalmente presionada durante las relaciones sexuales:

- Casi todo el tiempo
 Gran parte del tiempo
 Ocasionalmente
 Nunca

2. Sigo disfrutando de lo que solía disfrutar antes del embarazo:

- Sin ninguna duda
 Tanto como siempre
 No tanto como siempre
 Solo un poco
 Apenas

3. Tengo una sensación atemorizante, como si algo terrible estuviera por suceder:

- Muy clara y bastante atemorizante
 Sí, pero no demasiado
 Un poco, pero no me preocupa
 No la tengo

4. Puedo reír y ver el lado bueno de las cosas aun estando embarazada:

- Tanto como siempre
 Actualmente, no tanto
 Claramente, no tanto
 No puedo

5. Pensamientos preocupantes atraviesan mi mente durante este embarazo:

- Gran parte del tiempo
 En muchas ocasiones
 De tiempo en tiempo, pero no demasiado a menudo
 Solo ocasionalmente

6. Me siento alegre:

- Nunca
 No con frecuencia
 A veces
 La mayor parte del tiempo

7. Puedo permanecer sentada tranquila y sentirme relajada:

- Sí, claramente
 Usualmente
 No con frecuencia
 Nunca

8. Me siento enlentecida, apagada, desmotivada:

- Casi todo el tiempo Muy a menudo
 A veces Nunca

9. Tengo una sensación atemorizante, como un hormigueo en el estómago:

- Nunca Ocasionalmente
 Bastante a menudo Con mucha frecuencia

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Claramente
 No me ocupo tanto como debería
 Posiblemente no me cuido tanto
 Tengo más cuidado que nunca

11. Me siento inquieta, ansiosa, nerviosa, como si tuviese que estar en movimiento:

- Realmente mucho Bastante
 No demasiado Nada

12. Espero las cosas con interés, motivación, ilusión:

- Tanto como siempre
 Bastante menos que lo que era usual en mí
 Claramente menos que lo que era usual en mí //
 Apenas

13. Tengo repentinas sensaciones de pánico, miedo, temor:

- Realmente muy frecuentes Bastante a menudo
 No muy a menudo Nunca

14. Puedo disfrutar de mi tiempo libre:

- Con frecuencia A veces
 No a menudo Muy rara vez