



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO CLINICO INTEGRAL DEL NORTE**

**CARACTERISTICAS DEL EJERCICIO DE LA FUNCION SEXUAL DE LAS  
PACIENTES EMBARAZADAS. CONSULTA PRENATAL DEL H.U.A.L.  
OCTUBRE 2008-DICIEMBRE 2008**

Trabajo de investigación presentado ante  
la Universidad de Carabobo para ascender  
a la categoría de Profesor Asistente

Autor: Dr. Mario José Muñoz Sequera

Tutor: Dr. Saúl Mederos

**Valencia, Enero 2009**

## INDICE GENERAL

Valencia, Enero 2009 .....	i
LISTA DE CUADROS .....	iv
RESUMEN .....	v
SUMMARY .....	vi
CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL TUTOR .....	vii
AGRADECIMIENTOS .....	viii
INTRODUCCION .....	1
EL PROBLEMA .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
OBJETIVO GENERAL .....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
JUSTIFICACION .....	7
ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
MARCO TEÓRICO .....	10
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
BASES TEÓRICAS .....	14
RESPUESTA SEXUAL HUMANA. Fases del ciclo sexual en la mujer: .....	15
MARCO METODOLOGICO .....	23
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	23
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	23
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN .....	24
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO .....	24
TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	24

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	25
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	47
DISCUSION .....	47
CONCLUSIONES .....	50
RECOMENDACIONES .....	52
BIBLIOGRAFIA .....	53
ANEXO A.....	57
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	58
ANEXO B.....	59
Encuesta de la Función sexual en pacientes de la consulta Prenatal.....	60
ANEXO C.....	62
SISTEMA DE VARIABLES.....	63
ANEXO D.....	65
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO .....	66

## LISTA DE CUADROS

CUADRO	PÁGINA
1. Distribución porcentual edad.....	25
2. Distribución porcentual procedencia.....	26
3. Distribución porcentual ocupación.....	27
4. Distribución porcentual estado civil.....	28
5. Distribución porcentual edad de la menarquía.....	29
6. Distribución porcentual edad de la sexarquía.....	30
7. Distribución porcentual número de parejas sexuales.....	31
8. Distribución porcentual número de gestaciones.....	32
9. Distribución porcentual número de partos.....	33
10. Distribución porcentual número de abortos.....	34
11. Distribución porcentual edad gestacional.....	35
12. Distribución porcentual fuerza del deseo sexual.....	36
13. Distribución porcentual facilidad para despertar el interés sexual, lubricación y alcanzar el orgasmo.....	37
14. Distribución porcentual práctica del sexo oral.....	38
15. Distribución porcentual frecuencia del sexo oral.....	39
16. Distribución porcentual frecuencia de relaciones sexuales.....	40
17. Distribución porcentual ocurrencia de cambios en el deseo sexual..	41
18. Distribución porcentual tipo de cambio en el deseo sexual .....	42
19. Distribución porcentual etapa del embarazo en la cual ocurrieron los cambios de disminución o aumento del deseo sexual.....	43
20. Distribución porcentual posición sexual utilizada en el tercer trimestre del embarazo.....	44
21. Distribución porcentual creencia de daño al feto durante las relaciones sexuales e información dada por el médico acerca de la sexualidad y embarazo.....	45
22. Distribución porcentual hasta que etapa estima tener relaciones.....	46

## RESUMEN

### CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CONSULTA PRENATAL DEL H.U.A.L OCTUBRE 2008 – DICIEMBRE 2008.

**Autor:** Dr. Mario José Muñoz S.

**Tutor:** Dr. Saúl Mederos

**Enero 2009**

**Objetivo:** Determinar las características del ejercicio sexual de las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal del H.U.A.L. en el período Octubre-Diciembre 2008. **Metodología:** El estudio se realizó de manera descriptiva, de tipo no experimental, de campo y de secuencia transversal. La muestra no probabilística, intencional fue de 272 pacientes embarazadas entre las 26 y 40 semanas que respondieron una encuesta diseñada para obtener los datos sociodemográficos y las características del ejercicio de la función sexual, la validación fue determinada por el mapa operativo de variables a partir del objetivo general y de los específicos y el juicio de tres expertos. **Resultados:** la mayoría de las pacientes estaban entre las edades de 18 a 35 años, de oficios del hogar, concubinas, con una sola pareja, menarquía entre 12 a 14 años, sexarquía entre 16 a 19 años, primigestas, nulíparas, dos tercios sin abortos previos y con edad gestacional de 26 a 32 semanas, con deseo sexual medianamente fuerte, facilidad alta y mediana para: despertar el interés sexual, lubricación vaginal y obtención de orgasmo. Casi la mitad de las pacientes practica el sexo oral y tienen una frecuencia sexual alta el 64,3% y media el 19,7%. El 78,7% presentó disminución del deseo sexual; al principio él 50% y al final del embarazo él 34,9%; el 21,3 % presentó aumento del deseo sexual, mayoritariamente en la mitad del embarazo, las posiciones sexuales más utilizadas fueron la de costado y la mujer arriba en el tercer trimestre, la mayoría no cree que las relaciones sexuales produzcan daño al feto. 37,4% estima que se pueden tener relaciones sexuales hasta 1 mes antes del parto, 29,9% hasta el final de la gestación. **Conclusión:** Durante el embarazo, disminuye la libido, aunque este grupo presenta una frecuencia sexual alta y media y facilidad para alcanzar el orgasmo.

**Palabras clave:** embarazo, relaciones sexuales

**SUMMARY**  
**CHARACTERISTIC OF THE EXERCISE OF THE SEXUAL FUNCTION OF**  
**THE PREGNANT PATIENTS. PRENATAL CONSULTATION H.U.A.L**  
**OCTOBER 2008 - DECEMBER 2008.**

**Author:** Dr. Mario Jose Muñoz S.

**Tutor:** Dr. Saúl Mederos

January 2009

**Objective:** To determine the characteristics of the sexual exercise of the pregnant patients who went to the prenatal consultation of the H.U.A.L. in the period October-December 2008. **Methodology:** The study was made in descriptive way, of non-experimental type, field and cross-sectional sequence. The non probabilistic, intentional sample was of 272 pregnant patients, between the 26 and 40 weeks, who answered a survey designed to collect the socio-demographics data and the characteristics of the exercise of the sexual function; the validation was determined by the operations map of variables derived from the general and specific objectives and the judgment of three experts. **Results:** Most of the patients were between 18 to 35 years old, home workers, concubines, with a single pair, menarche between 12 to 14 years, first sexual relation between 16 to 19 years, primigravida, nulliparous, two thirds without previous abortions and with a gestational age of 26 to 32 weeks, with sexual desire moderately strong, high and medium facility to wake up the sexual interest, vaginal lubrication and obtaining of orgasm. Almost half of the patients practices oral sex and have high a sexual frequency average 64.3% and 19.7%, medium frequency. 78.7% displayed diminution of sexual desire; in the beginning of the pregnancy 50% and the end of the pregnancy 34.9%; the 21.3% presented/displayed increase of sexual desire in the pregnancy, mainly in the middle pregnancy, the used sexual positions more were the one of flank and the woman arrives in the third trimester, the majority does not think that the sexual relations produce damage to the fetus, and have received information about the sexuality and pregnancy, by its doctor. 37.4% esteem that can be had sexual relations up to 1 month before the childbirth, 29.9% until the end of the gestation. **Conclusion:** During the pregnancy, the libido diminishes, although this group presents a sexual frequency high and average and facility to reach orgasm.

**Key words:** pregnancy, sexual relations

## **CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL TUTOR**

Por medio de la presente, el suscrito Dr. Saúl Mederos, C.I: 3.494.789, Profesor Titular Jubilado, del Departamento de Salud Pública de La Universidad de Carabobo, le hace saber a la Comisión de Investigación del Departamento Clínico Integral del Norte que acepta ser el tutor del trabajo de Investigación titulado “ CARACTERISTICAS DEL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CONSULTA PRENATAL DEL H.U.A.L. Octubre - Diciembre 2008.”, del Dr. Mario J. Muñoz Sequera C.I.: 4.453.756, para ascender a la categoría de Profesor Asistente.

Sin otro aspecto a que hacer referencia

Atentamente:

---

Dr. Saúl Mederos

Valencia, 27 de Enero de 2009.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios al que he tenido presente en todos los aspectos de mi vida y ha hecho de mí una persona de firmes metas de superación a pesar de todos los obstáculos; me ha concedido como virtud la paciencia y como regalo, una fe inquebrantable.

A mi esposa Vilma y mis hijos: Carolina, Alejandra, Susana, Mario, razón de ser de mí existir.

Al Profesor Guillermo Ramos quien desde un principio me brindó una excelente asesoría en los aspectos metodológicos y el análisis estadístico de este trabajo.

A mi abuela Rosa, mi hermano Luis Felipe y mi papá Mario que desde el cielo seguramente me envían sus bendiciones.

A todos mis familiares y amigos, que han estado pendientes siempre de mis pequeños logros.

A mi tutor Saúl Mederos que me orientó a conseguir la vía para realizar este trabajo a través de sus consejos y sus amigos que de una manera desprendida y noble me ayudaron.

## INTRODUCCION

Los efectos del embarazo sobre las funciones sexuales no son uniformes. Para unas mujeres la gestación es un período de mayor conciencia sexual, otras no advierten cambio alguno o bien experimentan una disminución de la sexualidad

Algunas parejas se encuentran con que bien avanzado el embarazo, la sensación de incomodidad que produce el vientre hinchado y el temor de lastimar al feto, llevan a la abstinencia voluntaria de toda relación sexual. En otros casos, los ajustes introducidos en las posiciones sexuales o el recurso a contactos íntimos con exclusión del coito, bastan para superar la contingencia.

Es importante recordar que las relaciones sexuales no se limitan exclusivamente al coito: el sexo oral, los masajes sensuales y la masturbación mutua están entre las opciones del sexo no coital que pueden resultar enormemente gratificante y pueden ayudar a mantener el sentido de la intimidad de una pareja vivo y sano <sup>(1)</sup>.

Es importante señalar que existen cambios que pueden afectar la vida sexual de la pareja <sup>(2)</sup>. Durante el primer trimestre del embarazo se presentan todos los tipos de respuestas, desde la permanencia del deseo a los niveles previos al embarazo hasta la mujer que teniendo serias molestias como náuseas y vómitos, pierde interés en la actividad sexual.

Durante el segundo trimestre parece predominar un incremento en el deseo y respuestas sexuales que disminuyen en el tercero <sup>(3)</sup>.

Autores <sup>(1)</sup>; encuentran variaciones y por tanto es difícil establecer un criterio uniforme. Es importante señalar que, a menos que existan circunstancias especiales como amenaza de aborto o hemorragia, la actividad sexual durante el embarazo no es nociva para la madre ni para el producto y tampoco adelanta el trabajo de parto <sup>(3)</sup>.

Máster y Johnson en 1966, detectaron unas marcadas diferencias en las pautas de conducta sexual durante el primer trimestre del embarazo. Nada tiene de extraño que

las mujeres que padecían náuseas matutinas y una gran fatiga, comunicaran que había decrecido su interés por el sexo y la frecuencia de la actividad sexual, pero otras mujeres presentaban lo contrario; no obstante, en el segundo trimestre, el 80% de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo como de la respuesta física. Por último, en el tercer trimestre se observaba una pronunciada caída en cuanto a la frecuencia del coito. Las mujeres creían que ello se debía a la pérdida de atractivo físico, por lo general los esposos refutaron esta explicación y alegaron que no hacían el amor en la misma medida que antes porque temían dañar al feto o a su mujer <sup>(1)</sup>.

El embarazo es un período de cambios físicos y psicológicos, que en conjunción con influencias culturales, religiosas, sociales y emocionales pueden afectar la actividad sexual durante el mismo <sup>(4)</sup>.

Desde la perspectiva biológica, la función sexual y la función de reproducción en la especie humana están íntimamente ligadas ya que en ambas, intervienen estructuras orgánicas comunes. Dado que la reproducción humana conlleva la unión de los gametos del varón y de la mujer (fecundación), y puesto que salvo situaciones especiales en las que interviene la tecnología para la fecundación, es necesario el ejercicio de la función sexual mediante el coito; se tiende a considerar la función sexual y la función reproductiva como inseparables o, incluso, a identificarlas, error de concepto muy común entre la mayoría de la población, lo que afecta el ejercicio de la función sexual <sup>(5,6)</sup>.

La investigación científica relativa a la mujer durante el período del embarazo se ha dirigido mayormente a resolver los problemas relacionados con su función de reproducción y ha obviado, por decir poco los que tienen que ver con su función sexual, de tal manera que los cambios ocurridos en ésta durante tal período no son totalmente conocidos y, a menudo, inadecuadamente tratados <sup>(7)</sup>.

Como existen muchas interrogantes y conceptos errados con relación al tema de la sexualidad durante la gestación, esta investigación tiene como objetivo principal, determinar el comportamiento de las pacientes embarazadas durante el ejercicio de su función sexual que acudieron a la consulta prenatal del H.U.A.L. en el período Octubre 2008 a Diciembre 2008.

## **EL PROBLEMA**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Hasta mediados del siglo XX, muchas personas, entre ellas algunas autoridades médicas, consideraban que la mujer no era capaz de alcanzar un orgasmo. Esta creencia era reflejo indudable de un prejuicio cultural, porque el sexo era un acto que el hombre perpetraba para su exclusiva gratificación, donde la mujer actuaba en forma pasiva. Hoy en día nadie pone en duda que el orgasmo es un proceso normal en ambos sexos <sup>(8)</sup>.

El sexo femenino ha sido discriminado por muchas culturas y a través del tiempo, cabe destacar que en los años 50 el estudio de Alfred Kinsey, revoluciona la sexualidad con su “informe Kinsey” donde intenta describir el comportamiento sexual femenino a partir de entrevistas con más de doce mil mujeres <sup>(9)</sup>.

En los años setenta se produce la revolución sexual y eclosión de los movimientos feministas; las mujeres empezaron a alzar la voz y a hablar de su sexualidad, ya no estaban dispuestas a ser menos que los hombres en ningún aspecto de la vida; para entonces los investigadores Máster y Johnson, encontraron que varias mujeres que participaron en experiencias sexuales de laboratorio, describieron que los orgasmos provenientes de estímulos directos como la masturbación eran fisiológicamente más satisfactorios que el coito aunque este último era más satisfactorio desde el punto de vista emocional <sup>(8)</sup>.

Una década después la investigadora norteamericana Sheré Hite (1976) en su “informe Hite” entrevista a tres mil mujeres de diversos estratos económicos, sociales y culturales, explorando sus sentimientos y anhelos. Y a pesar de la “revolución sexual” desencadenada por todos estos nuevos conocimientos, la investigadora Hite afirma que hoy en día las mujeres enfrentan la misma situación que describen las del “informe Hite”, aun cuando sienten que tienen más derecho a hablar en voz alta de

sus sentimientos sexuales y tener sus propias vidas, para muchas es difícil comunicar sus anhelos a su pareja. La mayoría de las mujeres temen que cualquier señal de autoexpresión fuera del “escenario normal” puede causar controversia y ser interpretada por su pareja como una amenaza <sup>(10)</sup>.

En Venezuela, en el año 1972, Bianco y colaboradores, inician una escuela dedicada al estudio de la conducta sexual humana. En 1989 comienza una investigación con el propósito de determinar el patrón sexual del venezolano cuyos componentes comprenden el sexo y su proceso de diferenciación, y la función sexual y su proceso de activación o unidad, situación / estímulo sexual -> respuesta sexual <sup>(11)</sup>.

En lo que respecta a la actividad sexual durante la gestación, ésta todavía se rodea de un halo de misterio y mitos, como consecuencia de la falta de comunicación entre el Obstetra y la gestante; esta no es la única razón pero si una de la más importante. Uno de los miedos más constantes es la incertidumbre que el acto sexual puede dañar el feto o producir abortos o partos prematuros, por lo que algunas parejas disminuyen la frecuencia de sus relaciones sexuales durante la gestación. <sup>(12)</sup>.

Ahora bien, el embarazo puede ser una época maravillosa para la pareja, a pesar de lo cual persiste la creencia de que ésta supone una restricción de la actividad sexual y aunque el embarazo puede ofrecer la oportunidad de disfrutar del sexo sin las preocupaciones de la contracepción y propiciar la consolidación de la relación de pareja, durante esta etapa la sexualidad de la misma puede presentar altibajos <sup>(13)</sup>.

Si el embarazo se desarrolla con normalidad, no hay ninguna razón que le impida a la pareja continuar su vida sexual. No obstante, los resultados de los estudios de Máster y Johnson <sup>(1)</sup>, encontraron una disminución en el interés sexual de la mujer durante el primer trimestre, recuperándose en el segundo trimestre el interés por el sexo y la habilidad para disfrutarlo pero que en el tercer trimestre se presentaba de nuevo una disminución del mismo. Sin embargo cabe destacar que también reportaron que las relaciones sexuales pueden continuar hasta las últimas semanas de la gestación, con la

única diferencia que las posiciones coitales deben ser modificadas, debido al incremento de la circunferencia abdominal <sup>(1)</sup>.

A nivel hospitalario la función sexual evaluada por medio de la historia clínica, es muchas veces puesta de lado, porque se le da mayor importancia a la parte física y biológica que al aspecto sexual además de factores sociales y culturales que inciden sobre este hecho.

Por lo anteriormente expuesto, es importante determinar cómo es en la actualidad, “el comportamiento de la mujer embarazada venezolana durante el ejercicio de su función sexual” y se plantearon las siguientes interrogantes:

¿Cuáles serán las características de las mujeres en cuanto al ejercicio de su función sexual durante el embarazo?

¿Habrà alguna diferencia en la calidad de la función sexual en las tres etapas del embarazo?

¿Cómo serán los hábitos sexuales de las gestantes y cómo afronta los cambios bruscos que experimenta su organismo?

Todas estas interrogantes, fueron tratadas en esta investigación con la finalidad de ofrecer a la embarazada la alternativa de continuar disfrutando ampliamente de su función sexual.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las características del ejercicio de la función sexual de las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal del H.U.A.L. en el período octubre - diciembre 2008.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Establecer las características sociodemográficas de las pacientes en estudio: edad, lugar de procedencia, ocupación, estado civil, número de gestaciones, paridad, menarquía, sexarquía, edad gestacional número de parejas sexuales.
2. Describir los hábitos sexuales: intensidad del deseo sexual, facilidad de despertar el deseo sexual, lubricación vaginal, frecuencia de las relaciones sexuales, facilidad para alcanzar el orgasmo, práctica del sexo oral, posturas sexuales.
3. Establecer los cambios del deseo sexual que ocurrieron en cada una de las tres etapas de la gestación.
4. Identificar las creencias de la gestante acerca de la influencia de las relaciones sexuales en el embarazo y el feto.

## **JUSTIFICACION**

La sexualidad se reconoce en todas las épocas de la vida como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, además de ser el placer sexual, fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando está libre de conflictos y angustias, promueve el desarrollo personal y social <sup>(9)</sup>.

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer atraviesa cambios físicos y hormonales; estos últimos pueden provocar que se incremente el deseo sexual y la sensibilidad de algunas, pero otras experimentan un descenso de la libido, cansancio y malestar matutino. Los cambios físicos, tal vez hagan que las parejas tengan que cambiar sus técnicas y posturas sexuales por miedo a lastimar al feto <sup>(14)</sup>.

El presente trabajo de investigación tiene pertinencia social en nuestro medio ya que a pesar de haber sido estudiado por diferentes investigadores, las interrogantes no han sido completamente resueltas. Se pretende que los resultados obtenidos en esta investigación contribuyan al desarrollo teórico sobre el tema, a profundizar en lo ya estudiado y a sensibilizar a los médicos Gineco-obstetras y de otras especialidades sanitarias, para que estén preparados para proporcionar consejos acerca de los aspectos emocionales, y sexuales del embarazo, incluyendo los cambios que deben ser esperados durante ese tiempo y tiene relevancia institucional porque servirá de aporte en la conducción y manejo de la educación sexual de la embarazada que acude a nuestro centro asistencial; lo anteriormente señalado, justificó la realización de esta investigación.

## **ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Alcances teóricos**

Aportar información que amplíe los conocimientos actuales sobre la sexualidad de la paciente embarazada y la calidad del ejercicio de la misma.

### **Alcances prácticos**

Impartir charlas sobre el manejo y orientación de la función sexual en las embarazadas en la consulta prenatal que involucre a médicos especialistas, residentes de Postgrado, alumnos de Pregrado y personal de enfermería.

### **DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo de investigación estuvo orientado a determinar el comportamiento durante el ejercicio de la función sexual de las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal del H.U.A.L. en el período Octubre 2008 - Diciembre 2008.

### **LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Una limitación que se presentó durante la investigación, fué la negativa de algunas pacientes a participar en la misma por considerar que informar acerca de su sexualidad es algo penoso, a pesar que se les advirtió que los datos aportados serán estrictamente confidenciales cuyo fin fue realizar un estudio científico y por otro lado se les solicitó su consentimiento informado; otra limitación es la insuficiente información de estudios nacionales, acerca del tema en estudio.

## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El primer estudio detallado sobre la actividad sexual durante el embarazo fue parte del trabajo innovador de William Máster y Virginia Johnson en 1966, quienes estudiaron un grupo de 101 gestantes multíparas y primíparas e informaron una disminución inicial del deseo y frecuencia del coito durante el primer trimestre; durante el segundo trimestre ocurrió cierto aumento en el interés y actividades sexuales y el tercer trimestre mostró una disminución importante del mismo.(1).

Solberg y col. en 1973, entrevistaron a 260 mujeres en el período del postparto inmediato, reportando como hallazgo más importante disminución uniforme e invariable de la actividad sexual durante el embarazo en la mayoría de las mujeres; no hallando relación con la edad, duración del matrimonio o nivel educativo. Se reporta una disminución de la frecuencia coital que finalizaron en orgasmo conforme avanzaba el embarazo; en lo que respecta a las posiciones coitales encontraron una disminución de la frecuencia de la posición del misionero, haciéndose más frecuente la de lado en el último trimestre y la penetración posterior que se realizaba rara vez previo al embarazo, fue la de mayor frecuencia <sup>(2)</sup>.

Vera y col, en 1998, realizaron un estudio en Yucatán, México en 12 mujeres durante el embarazo y puerperio, mediante una entrevista, encontrando que 41.7% habían cursado primaria completa, 25.8% primaria incompleta, 25% secundaria y 8.3% era analfabeta. Con lo que respecta al estado civil 75% era casada y 25% vivía en concubinato; el promedio del inicio de la vida sexual fue de 19.1 años; 33% era primigesta, 25% tercigestas y 42% con 4 gestaciones o más (hasta 10). El promedio de edad gestacional fue de 29.6 semanas. En cuanto al deseo sexual 75.7% manifestó una disminución del mismo durante el primer trimestre manteniéndose ausente en 16.3% durante toda la gestación, y 8% manifestó un aumento del mismo, disminuyendo posteriormente en el segundo trimestre. La frecuencia del coito

disminuyó significativamente durante el embarazo al compararse con la etapa previa a éste, de  $2.58 \pm 2.19$  a  $1.75 \pm 1.81$  veces a la semana. En cuanto a las posiciones coitales: 16.7% variaban sus posiciones antes del embarazo y 83.3% no, utilizando la del misionero. Durante la gestación 33.3% varió sus posturas coitales, predominando la posición de las cucharas, 66.7% no variaron su posición, utilizando la del misionero de forma exclusiva <sup>(15)</sup>.

Vásquez J, y col, en 1997 realizó un estudio prospectivo en Iquitos, Perú, mediante la aplicación de una encuesta en 260 púerperas encontrando que 7.3% era menor de 15 años, 27.3% tuvo entre 15 y 19 años, 57.3% entre 20 y 35 años y 8.1% era mayor de 35 años. El 92.4% inició sus relaciones sexuales antes de los 20 años; el 87.3% disminuyó su frecuencia sexual respecto a su etapa pre-gravídica y 70% presentó disminución de la libido; 17.7% tenía miedo de dañar al feto durante las relaciones sexuales. En la segunda mitad del embarazo 41% prefirió la posición de costado y el 12.7% practicó el felatio y el cunnilingus 41.2% contestó que su frecuencia de orgasmo había disminuido; 24.6% reconoció que se masturbaba durante la gestación. El 11.5 % tuvo su última relación dentro de la semana antes del parto y 17.7% dentro del mes antes del mismo <sup>(16)</sup>.

Oruc y col, en 1997, realizaron un estudio en 158 mujeres asistidas en 6 centros de salud de Manisa, Turquía mediante un cuestionario sobre variables demográficas y comportamiento sexual durante el embarazo, encontrando que la edad promedio fue de 25 años con un rango de 15 a 40. Todas estaban casadas y de religión musulmana, sólo 30% estaban empleadas. La frecuencia promedio de relaciones sexuales fue de 12.4 por mes antes del embarazo y disminuyó a 6.6 por mes durante la gestación. La frecuencia disminuyó a medida que avanzó el embarazo desde una frecuencia mensual de 8.09, 7.21 y 5.29 en el primero, segundo y tercer trimestre respectivamente. El deseo sexual disminuyó, en 39.2% de las mujeres, aumentó en el 4.4% y no se modificó en el 56.3% de los casos. Cuando se comparó la calidad del

orgasmo antes y después del el embarazo, 21.5% mostró declinación intensa, 31.6% leve declinación y 46.85 ausencia de diferencia <sup>(17)</sup>.

Sanabria y col, en 1998, realizaron una investigación en el Hospital Central “Dr. Urquinaona” de Maracaibo, Venezuela, en 73 pacientes con diagnóstico inequívoco de Rotura prematura de membranas (RPM) de las cuales 50 tuvieron coito en la semana previa a su ingreso, relacionando la posición coital con la RPM; la edad gestacional promedio de ingreso fue de 34 semanas, al indagarse sobre las posiciones coitales se encontró que la posición cara a cara con la pareja encima fue la más común 46%; (n=43), mientras que la posición cara a cara de lado alcanzó un 22%; (n=11) y la penetración vaginal por detrás se ubicó en un 18%; (n=9), sólo un 14% (n=7) de las pacientes refirieron el uso de la posición cara a cara con la pareja debajo; lo que sugiere asociación entre dicha posición y la RPM, sin que se pueda establecer una relación causa-efecto pero hacen la acotación de que esta posición impide controlar el grado de penetración del pene que pudiera hacer contacto con el cuello uterino estimulando las contracciones uterinas; además, el aumento marcado del volumen de abdomen por el embarazo dificulta la posición superior del varón, la cual por otra parte, favorece el mantenimiento del semen en la vagina, lo que puede estimular las contracciones uterinas lo que puede favorecer la RPM <sup>(18)</sup>.

Carrillo, Luz Marina, en el año 2000, realizó un estudio mediante una entrevista de 100 embarazadas con el fin de determinar las Características socioeducativas, condiciones del embarazo y función sexual en gestantes que acudieron a consulta prenatal de la Fundación Hospital de Tárriba (FUNDAHOSTA) del Estado Táchira, Venezuela, encontrando que el promedio de edad es de 24.8 años, con un promedio de edad gestacional de 21-28 semanas, todas saben leer y escribir, y son venezolanas y no tienen ocupación fuera del hogar; el 50% rechaza su embarazo y constituyen un grupo altamente disfuncional desde el punto de vista sexual. La mayoría (84%) no utiliza las fantasías sexuales para activarse sexualmente; una proporción elevada tiene

una frecuencia de coito vaginal mayor que la frecuencia sexual (deseo). El 71% de las gestantes manifiesta que su respuesta sexual es generalmente incompleta (24% nunca ha conseguido el orgasmo), un 67% está inconforme con su tiempo de funcionamiento sexual y un 52% está poco satisfecha sexualmente. Los temores a dañar al feto, y la dispareunia son muy comunes, lo que muestra un panorama francamente alarmante <sup>(19)</sup>.

Alonso y col, realizaron un estudio en 140 gestantes en su segundo y tercer trimestre que asistieron al control prenatal en la clínica Sur Prudencio Padilla de Barranquilla, Colombia en el periodo Julio-Octubre 2003, con el propósito de determinar “las características biosicosociales y frecuencia de relaciones sexuales” observándose que la mayoría de las mujeres estaban entre las edades de 26 a 33 años y su nivel de educación no pasaba de de algún grado de secundaria o la misma completa, 7 de cada 10 eran multíparas y se ocupaban básicamente en tareas de hogar y que las edades más frecuentes de inicio de relaciones sexuales se encontraron en el grupo de 20-24 años, seguido del de 16-19 años. En cuanto al trimestre que mostró mayor frecuencia de relaciones sexuales fue el primero 60.8%, seguido del segundo 32.1% y del tercero con un 7.1%; así mismo se determinó que la mayoría de las mujeres (55%) mantenían relaciones sexuales de 2 a 3 veces a la semana, seguido de un 34.3% que mantenía entre 0 a 1 veces a la semana y el resto mantenía entre 4 o más relaciones sexuales a la semana (10.7%); la posición de costado fue la más utilizada <sup>(20)</sup>.

Silva E, Díaz V, y Mejías A, realizaron un trabajo de investigación en el año 2006, con el propósito de estudiar la respuesta sexual femenina durante el embarazo, en 58 pacientes que asistieron a la consulta prenatal del Ambulatorio Urbano II, Los Curos del estado Mérida, Venezuela cuyos resultados indicaron que las mujeres con mayor grado de instrucción tienen mayores alteraciones en su respuesta sexual al compararlas con otros grupos de menor formación académica, también se evidenció una disminución de la libido en las embarazadas durante el primer y último trimestre

de edad gestacional y sentimientos de compromiso por complacer a su pareja y sostener relaciones sexuales con ella a pesar de no desearlas <sup>(21)</sup>.

## **BASES TEÓRICAS**

Las actividades referidas al sexo se denominan sexuales; por lo que la función sexual, expresa las actividades propias o características propias del sexo <sup>(33)</sup>. La función sexual es el resultado de un proceso de activación de la unidad: Situación/estimulo, Respuesta y Tiempo de funcionamiento.

**Situación/estímulo:** Es la acción mediante la cual ocurre un cambio en el ambiente externo o interno del organismo que induce o provoca una respuesta sexual. En ella se reconocen tres aspectos fundamentales:

**Administrador del estímulo:** tiene que ver con la fuente de estimulación sexual (persona u objeto). En cuanto a este aspecto se puede ser; heterosexual, homosexual o bisexual. Por lo general la embarazada posee un patrón heterosexual. El estímulo puede ser muy variable, se pueden mencionar algunos como el contacto físico, una invitación verbal, una mirada, un gesto corporal, un recuerdo mental, el roce de los genitales con la ropa, el frotamiento durante la higiene diaria, entre otros <sup>(22)</sup>.

**Método de aplicación del estímulo:** se relaciona con el tipo de estructura activada (vista, olfato, gusto, tacto, oído) y con el procedimiento utilizado. Durante el embarazo aumenta la capacidad de desarrollar fantasías eróticas y es frecuente la búsqueda de diversas maniobras excitadoras y posiciones usadas durante el coito <sup>(22)</sup>.

**Frecuencia de administración:** Se refiere a la cantidad de veces que durante un período determinado el sujeto desea activar la función sexual, la cual puede ser alta, media o baja. <sup>(33)</sup> Hay personas que desean hacerlo cada día o cada 2, 3 o 4 días; estas se denominan de frecuencia alta. Hay otras en que la activación ocurre cada 5, 6, 7, 8, o nueve días; estas se consideran de frecuencia media. En tanto existen otras

personas en las cuales la activación de la función sexual ocurre cada 10, 11, 12, 13, 14 y más días; estas se consideran de frecuencia baja <sup>(22)</sup>.

**Respuesta:** Se caracteriza por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan prácticamente todo el organismo y que son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos. Esta respuesta ocurre en la forma de dos fenómenos fisiológicos fundamentales: la vasocongestión, superficial y profunda y la miotonía generalizada y específica. Estos fenómenos provocan una serie de reacciones que por su ubicación pueden ser divididos en genitales y extragenitales. En los trabajos de Masters y Johnson <sup>(1)</sup>, se describieron con precisión científica las reacciones funcionales que experimentan los hombres y las mujeres durante las diversas etapas del ciclo de respuesta sexual y la dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgásmica y resolución <sup>(1)</sup>.

**Tiempo de funcionamiento:** Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la función sexual hasta que termina la respuesta <sup>(22)</sup>.

**RESPUESTA SEXUAL HUMANA.** Fases del ciclo sexual en la mujer:

### **Fase de excitación**

La excitación es consecuencia de la estimulación sexual que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas; contacto físico directo, a través del olfato, la vista, el pensamiento o las emociones. La primera señal de excitación sexual en la mujer es la aparición de una lubricación vaginal que se inicia de 10 a 30 segundos después del principio de la estimulación sexual, producida por vasoconstricción a nivel de las paredes vaginales que provoca un fenómeno llamado “trasudación” <sup>(9)</sup>.

A medida que aumenta la excitación ocurre la dilatación y alargamiento de la vagina fundamentalmente en los dos tercios internos del conducto. La superficie arrugada se alisa y la mucosa se adelgaza con la expansión. El alargamiento vaginal aumenta hasta un 25% más con relación a las dimensiones previas. La vulva adquiere un tinte

púrpura, conforme continúa la excitación el útero se eleva y se dirige hacia adelante, produciendo un efecto de cúpula en los dos tercios internos de la vagina. El clítoris crece y continúa aumentando durante todas las fases del ciclo. Al final de esta fase, las glándulas de Bartholino que al inicio de la excitación no presentan actividad secretoria producen una secreción escasa y luego, generalmente, se suspende para reanudarse hacia el final de esta fase o de la siguiente <sup>(9)</sup>.

Contrario a las creencias, estas glándulas no son las responsables de la lubricación vaginal <sup>(34)</sup>. A medida que la tensión sexual aumenta los pezones se tornan rígidos, la sangre venosa es atrapada en las glándulas mamarias lo que ocasiona un aumento de tamaño aproximadamente de un 25% al final de esta fase. Alrededor del 75% de las mujeres sexualmente estimuladas desarrollan un enrojecimiento de la piel que comienza en la región del estómago y garganta diseminándose hacia las glándulas mamarias. La miotonía, que es la tensión de los músculos voluntarios y algunas veces involuntarios comienza y aumenta durante esta fase, a medida que la tensión crece sus movimientos se vuelven más inquietos, potentes y rápidos. Durante esta fase y las subsiguientes aumenta la tensión voluntaria de los músculos de las nalgas y del ano. La presión arterial y la frecuencia cardíaca aumentan a medida que crece la excitación <sup>(23)</sup>.

### **Fase de meseta**

En la fase de excitación, se produce un aumento de la tensión sexual por encima del nivel o línea de arranque. En la fase de meseta, se mantienen e intensifican los niveles de excitación sexual, que en principio preparan el terreno para el orgasmo. La duración de la fase de meseta varía mucho de una mujer a otra <sup>(1)</sup>.

El tercio externo de la vagina, incluyendo su musculatura, se distiende con sangre venosa en una forma tan intensa, que el diámetro del conducto vaginal se reduce en un 33%. El músculo distendido se contrae con el orgasmo que se aproxima, lo que

provoca la compresión del pene. Esta congestión de los labios menores y del tercio externo de la vagina han recibido el nombre de “plataforma orgásmica”<sup>(1,9)</sup>.

El útero se eleva a su máximo, lo que ocasiona un aumento del tamaño de la “cúpula vaginal”<sup>(23)</sup>.

Los cambios en los labios mayores y menores que ocurren en la fase de excitación se intensifican. La coloración de los labios menores de las nulíparas progresa de un color rosa ceniza al rosa brillante y, finalmente a una tonalidad escarlata. Los labios menores de las multíparas pueden adquirir inclusive un color vino tinto oscuro. La intensidad del cambio de color en ambas circunstancias está directamente relacionada con el grado de excitación sexual y un cambio notorio de color constituye evidencia de orgasmo evidente<sup>(23)</sup>.

El clítoris muestra una repuesta singular al estímulo sexual que es similar en todas las mujeres. El cuerpo clitorídeo y el glande se retraen de su posición colgante en la zona pudenda y se esconden profundamente dentro de capuchón del clítoris y lo protege parcialmente del contacto directo aunque esto no ocasiona una pérdida de la sensación sexual<sup>(34)</sup>. El clítoris es una estructura muy sensible durante esta fase y el contacto directo produce una sensación más bien desagradable.

Al final de la fase de excitación o bien al principio de la meseta, se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojizas semejantes a las del sarampión, que ocurren en 50% a 75% de las mujeres, llamado “rubor sexual” que se extiende desde el esternón y zona superior del abdomen al cuello, espalda, brazos, nalgas, piernas y rostro y es producto de las alteraciones en el ritmo del flujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel<sup>(9)</sup>.

La tensión muscular ocurre desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Una mujer con frecuencia reacciona con gestos, fosas nasales dilatadas y tensión notoria en las comisuras labiales, los músculos del cuello se ponen rígidos y sobresalen

especialmente con la proximidad del orgasmo, la espalda se arquea y los músculos de los muslos se ponen muy tensos. En la misma fase se observan contracciones espásticas de los músculos de las manos y de los pies que adquieren la forma de garra. El aumento de la frecuencia respiratoria entrecortada es notorio desde el principio de esta fase.

En las embarazadas, la elevación uterina hacia arriba y atrás, observada comúnmente en esta fase, se pierde debido al aumento del tamaño del útero y a su ubicación en la cavidad abdominal <sup>(25)</sup>.

### **Fase orgásmica**

En esta fase la intensidad del enrojecimiento sexual y las reacciones miotónicas son paralelas a la intensidad del orgasmo y la mujer pierde el control voluntario de los músculos. Ella no está consciente de sus movimientos físicos. Hay contracciones involuntarias de la zona perineal, el recto y la parte baja del abdomen. Hay contracciones simultáneas y rítmicas del útero, de la plataforma orgásmica y del esfínter anal. Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas, con intervalos de 0,8 segundos. A medida que progresa el orgasmo, las contracciones disminuyen en intensidad y duración y los lapsos son menos regulares. Un orgasmo moderado puede tener entre tres y cinco contracciones, mientras que uno intenso puede tener de diez a quince <sup>(9,23,24)</sup>.

Momentáneamente durante esta fase, puede ocurrir una distensión involuntaria de la apertura externa de la uretra, que se manifiesta en algunas mujeres con necesidad de orinar durante o después del orgasmo <sup>(23)</sup>. El clítoris permanece retraído y no es visible porque está oculto detrás del capuchón.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, no solo de la pelvis. El patrón electroencefalográfico muestra cambios marcados durante el orgasmo. A menudo, las mujeres describen las sensaciones iniciales de un orgasmo como un

trance momentáneo, al que sigue rápidamente una sensación sumamente placentera, que suele comenzar en el clítoris y que se extiende por la pelvis <sup>(9)</sup>.

Las contracciones uterinas que se producen en la fase orgásmica pueden causar un espasmo tónico en el útero con disminución de la frecuencia cardiaca fetal, fenómeno de carácter transitorio que no tiene repercusión sobre el feto <sup>(24)</sup>

### **Fase resolutive**

En esta fase, se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante la etapa de excitación y meseta, las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de la vagina, lo que provoca la desaparición de la plataforma orgásmica. El útero retorna a su posición de reposo, desaparece la coloración de los labios, la vagina reduce su tamaño adquiere de nuevo su superficie arrugada y el tejido pierde su tonalidad oscura; el clítoris vuelve a su tamaño y posición habitual, las mamas disminuyen su tamaño y el tejido de la areola se distiende antes que los propios pezones, dando la falsa impresión de que han vuelto a ponerse erectos. Durante esta fase, la estimulación del clítoris, los pezones o la vagina puede resultar desagradable <sup>(9)</sup>.

El enrojecimiento sexual desaparece del cuerpo en orden inverso a como apareció en la fase de excitación y meseta. Aproximadamente la tercera parte de las mujeres desarrollan una película delgada de sudor sobre el pecho espalda, muslos y tobillos, a medida que el enrojecimiento de la piel desaparece, que es proporcional a la intensidad del orgasmo <sup>(24,25)</sup>.

El útero, que se había elevado, regresa con rapidez a su posición habitual y las contracciones uterinas cesan. Los labios mayores regresan a su tamaño normal y a su posición en la línea media cubriendo en forma parcial el introito vaginal <sup>(24,25)</sup>.

## **La Satisfacción sexual**

La cultura actual enfatiza la importancia del placer y la satisfacción sexual, especialmente el placer del hombre; si bien esto último estaría modificándose lentamente, dado un cambio importante, tanto en los valores como en la forma de vivir la sexualidad de hombres y mujeres en el mundo occidental <sup>(26)</sup>.

Por esta razón son diversos los estudios que a nivel internacional, se han realizado sobre la satisfacción sexual y es considerada como un barómetro de la calidad de la relación de pareja <sup>(26,,27,28,29)</sup>. Se destaca no solo la importancia del componente físico de la satisfacción sexual (por ejemplo, la frecuencia de relaciones sexuales y el orgasmo), sino también del componente afectivo y emocional. Además, estas investigaciones resaltarían el cambio en la percepción de la importancia que tiene la satisfacción sexual para hombres y mujeres, destacando la creciente valoración que este indicador estaría teniendo para las mujeres <sup>(30)</sup>.

La satisfacción sexual ha sido conceptualizada de diversas formas, si bien ha predominado su asociación con la frecuencia de las relaciones sexuales y más recientemente, con el orgasmo <sup>(30)</sup>. Se ha destacado la importancia de una serie de variables afectivas y relacionales como el amor, las sensaciones post-relaciones sexuales, la comunicación con la pareja o la iniciativa para tener relaciones sexuales. De esta forma, se ha mostrado que la satisfacción sexual está relacionada a las características y conductas de la pareja, a las emociones, a las prácticas sexuales, así como a diversas variables socio demográficas, como la edad, el nivel educacional, la situación civil o el nivel socioeconómico <sup>(29,30,31)</sup>.

La frecuencia de relaciones sexuales, así como el orgasmo, si bien han sido las variables más estudiadas y asociadas a la satisfacción sexual, serían solo una de las facetas de la actividad sexual, aunque, la ausencia total de relaciones sexuales podría llegar a ser un indicador de la calidad de la relación conyugal <sup>(32)</sup>.

También, se ha mostrado que las discrepancias en el deseo de tener relaciones sexuales, sería una variable fuertemente asociada a la satisfacción sexual, especialmente en contextos de fuerte desigualdad de género<sup>(33,34,35)</sup>.

La satisfacción sexual durante el embarazo sufre cambios importantes y cada pareja dependiendo de su personalidad y su vida sexual previa, reaccionará de manera diferente y cabe destacar que durante el primer trimestre del embarazo, la pareja inicia un período de adaptación. Físicamente, algunas mujeres no experimentan grandes cambios, pero la mayoría se ve afectada por molestias tales como náuseas, vómitos, cansancio o somnolencia<sup>(13)</sup>. En cuanto al deseo sexual, se puede observar que alrededor de 40% de las embarazadas refieren una disminución del mismo, la mitad manifiesta tener un impulso sexual similar al que presentaban antes del embarazo y entre un 5% y un 10% refiere experimentar un incremento. Además aparecen ciertos miedos relacionados con el temor de causar daño al feto si se mantienen relaciones sexuales<sup>(13)</sup>.

En el segundo trimestre, la mayoría de las mujeres manifiesta un aumento del deseo, la mayoría de las molestias físicas que caracterizaron el primer trimestre han desaparecido, lo que disminuye el temor a perder el feto y permite a la pareja sentirse más cómoda; a pesar de ello, la percepción de los primeros movimientos del feto, provoca en algunas personas un nuevo temor del daño que puede ocasionar el coito al feto. Así también, con el aumento de peso, propio de esta etapa, algunas mujeres se muestran preocupadas por su atractivo físico y, por tanto, por su capacidad de despertar el interés sexual del compañero<sup>(25)</sup>.

Durante el tercer trimestre de gestación, la disminución del deseo es muy frecuente. Tan sólo un 5% de las mujeres aduce un aumento del deseo sexual, y un 40% manifiesta que el deseo es el mismo de siempre y algo más de la mitad se queja de una disminución o ausencia del mismo. Las sensaciones ante la estimulación y el orgasmo son menores, así como la frecuencia de este último, y la fase de resolución

es muy lenta. En esta etapa los cambios físicos han llegado a su punto máximo. Son conocidos los cambios posturales que requiere el coito en estos últimos meses, sustituyéndose las posturas del misionero por las laterales, a gatas o cualquier posición que evite presión sobre el abdomen. El orgasmo es valorado como menos intenso y menos frecuente en un porcentaje superior al 50%.<sup>(15)</sup>.

## MARCO METODOLOGICO

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo <sup>(36)</sup>.

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental.

La modalidad de la investigación es de campo.

La secuencia del estudio se realizó de manera transversal.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

#### **Población**

La población estuvo constituida por 272 pacientes embarazadas entre las 26 semanas y las 40 semanas de gestación que acudieron a la consulta prenatal del H.U.A.L. en el lapso comprendido entre el mes de Octubre-Diciembre de 2008, siendo éste el criterio de inclusión.

#### **Muestra**

La muestra de la investigación se seleccionó por la técnica del muestreo intencional, no probabilística, que se refiere a aquella en donde “la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra” <sup>(37)</sup>. La población y la muestra fue la misma ya que se estudiaron 272 embarazadas entre las 26 y 40 semanas de gestación que cumplieron con el criterio de inclusión, con el consentimiento informado de las mismas.

## **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN**

En esta investigación, la técnica fue la aplicación de una encuesta a las pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Para la recolección de datos se empleó como instrumento, una encuesta que consta básicamente de dos partes: la primera diseñada para obtener los datos socio-demográficos de las pacientes, que consta de 11 ítems específicos: edad, ocupación, lugar de procedencia, estado civil, menarquía, sexarquía, número de parejas sexuales, número de gestaciones, paridad, fecha de última regla y fecha de parto probable, semanas de gestación. La segunda parte consta de 13 ítems, que miden las características del ejercicio de la función sexual y las creencias de la influencia de las relaciones sexuales sobre el feto y el embarazo, de la muestra en estudio.

## **VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

Para efecto de la validez de este estudio, se realizaron dos procedimientos, el primero se basó en la elaboración de un mapa operativo de variables a partir del objetivo general y de los específicos. El segundo procedimiento consistió en la revisión de juicio de expertos. En este sentido se consultó con un experto en el área clínica (Maestría en Sexología); un experto en el área Metodológica y un experto en el área de Educación (Magister en Educación y Doctor en ciencias de la Educación).

## **TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Luego de la aplicación del instrumento, se elaboró una base de datos y la información recopilada se procesó con el paquete de Computación estadístico SPSS 10.0; con el mismo se construyeron tablas de frecuencia y se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Cuadro 1**

**Distribución de las embarazadas según grupo de edad**

<b>Edad (años)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<18	30	11,0
18 a 35	224	82,4
>35	18	6,6
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En este cuadro puede observarse que la mayoría de las pacientes se encontraban en el grupo de edad de 18 a 35 años (82,4%), seguidas por el de menores 18 años (11,0%) y por las mayores a 35 años (6,6%).

El rango de edad varió entre 14 y 42 años, con promedio de 25,11  $\pm$ 6,24 años.

## Cuadro 2

### Distribución de las embarazadas según procedencia

<b>Procedencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Valencia	127	48,1
Naguanagua	85	32,2
Los Guayos	13	4,9
San Diego	13	4,9
Otros Municipios	34	9,9
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En relación al área de procedencia, se pudo observar que la mayoría de las pacientes residían en el casco de la ciudad de Valencia (48,1%), seguidas por las residentes en el municipio Naguanagua (32,2%), el municipio los Guayos y San Diego (4,9%) cada uno y el resto del grupo residían en otros Municipios del Estado Carabobo (9,9%).

### Cuadro 3

#### Distribución de las embarazadas según ocupación

Ocupación	f	%
Estudiante	44	16,7
Empleada	36	13,2
Obrera	38	13,9
Del hogar	135	49,3
No reportados	19	6,9
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En relación al área en que se desempeñaban las pacientes; 49,3% pertenecía a oficios del hogar, seguidos del grupo de estudiantes (17,4%) y el de obreras (13,9%)

**Cuadro 4****Distribución de las embarazadas según estado civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Casada	70	25,9
Soltera	53	19,4
Concubina	125	45,9
No reportados	24	8,8
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El estado civil predominante de las pacientes fue el de concubina (45,9%), seguido por el de casada (25,9%) y en tercer lugar el de soltera (19,4%).

### Cuadro 5

#### Distribución porcentual de las embarazadas según edad de la menarquía.

<b>Menarquía (años)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
9 a 11	68	25,0
12 a 14	178	65,4
15 o más	24	8,9
No reportados	2	0,7
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de edad más frecuente de aparición de la menarquía fue el de 12 a 14 años (65,4%), seguido del de 9 a 11 años (25%) y el de 15 o más años (8,9%). El rango de edad de aparición de la menarquía varió entre 9 y 18 años con promedio de 12,44 con una desviación estándar de 1,50 años.

### Cuadro 6

#### Distribución de las embarazadas según edad de la sexarquía.

<b>Sexarquía</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
12 a 15	77	28,3
16 a 19	136	50,0
20 o más	57	21,0
No reportados	2	0,7
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de edad para el inicio de las relaciones sexuales varió entre 12 y 29 años con promedio de 17,69 años con una desviación estándar de 3,14 años; ubicándose el mayor número de casos entre los 16 a 19 años (50%); seguidas del grupo de 12 a 15 años de edad (28,3%) y el grupo de 20 o más años (21%).

### Cuadro 7

**Distribución de las embarazadas según número de parejas sexuales.**

<b>Nº. de Parejas Sexuales</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	122	44,9
2	94	34,7
3	36	13,2
4	7	2,5
5	6	2,2
6	3	1,1
No reportados	4	1,4
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de parejas sexuales de las pacientes estudiadas varió entre 1 y 6 con promedio de 1,84 con una desviación estándar de 1,03. El grupo predominante manifestó haber tenido una sola pareja (44,9%); 34,7% tuvo 2 parejas; 13,2% refirió haber tenido 3 parejas; 2,5% refirió haber tenido 4 parejas; 2,2% refirió haber tenido 5 parejas y 1,1% refirió haber tenido 6 parejas.

### Cuadro 8

#### Distribución de las embarazadas según número de gestaciones.

Número de gestaciones	f	%
1	95	34,9
2	67	24,6
3	58	21,3
4 o más	49	18,1
No reportados	3	1,1
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de embarazos varió entre 1 y 10 con promedio de 2,43 con una desviación estándar de 1,60. En la muestra estudiada, el mayor porcentaje (34,9%) de las pacientes eran primigestas, seguidas de las segundigestas (24,6%), las tercigestas (21,3%) y las que habían tenido 4 o más embarazos (18,1%).

**Cuadro 9****Distribución de las embarazadas según número de partos.**

<b>Paridad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Nulípara	111	41,0
Primípara	75	27,6
Segundípara	50	18,3
Tercípara	16	5,8
Multípara	16	5,8
No reportados	4	1,5
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de partos varió entre 1 y 8 partos, con un promedio de 1,94 con una desviación estándar de 1,31. En la muestra estudiada, el mayor porcentaje (41%), correspondió a las nulíparas, seguidas de las primíparas (27,6%); las segundíparas (18,3%); las tercíparas y las multíparas con 4 y más partos (5,8%) respectivamente

**Cuadro 10****Distribución de las embarazadas según número de abortos.**

<b>Nº de Abortos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0	205	75,3
1	46	17,0
2	13	4,7
3	4	1,5
No reportados	4	1,5
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de abortos varió entre 1 y 3 abortos, con un promedio de 1,33 con una desviación estándar de 0,60. El mayor porcentaje de este grupo correspondió a las que no habían tenido abortos (75,3%), seguido del grupo que había tenido 1 aborto (17%); 2 abortos, (4,7%) y 3 abortos, (1,5%).

**Cuadro 11****Distribución de las embarazadas según edad gestacional.**

<b>Edad de Gestación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
26 a 32	139	51,1
33 a 37	125	46,0
38 y más	8	2,9
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

El rango de edad gestacional varió entre 26 y 39 semanas de gestación, con un promedio de 32,52 con una desviación estándar de 2,88. El mayor porcentaje de las pacientes se ubicó en el grupo de 26 a 32 semanas de gestación (51,1%), seguido del grupo de 33 a 37 semanas (46%) y por último el grupo de 38 o más semanas de gestación (2,9%).

### Cuadro 12

#### Distribución de las embarazadas según fuerza del deseo sexual.

<b>Fuerza del deseo sexual</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Muy fuerte	21	7,72
Medianamente fuerte	153	56,25
Medianamente débil	80	29,41
Muy débil	12	4,41
No tiene	6	2,21
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

Este cuadro puede observarse que el mayor porcentaje de pacientes se ubicó en el grupo que considera que la intensidad de su deseo sexual es medianamente fuerte (56,25%), seguido del de medianamente débil (29,41); habiéndose encontrado dos extremos, uno que considera que es muy fuerte (7,72%) y otro muy débil (4,41%) y un grupo que refiere no tener fuerza en el deseo sexual (2,21%)

**Cuadro 13**

**Distribución de las embarazadas según facilidad para despertar el interés sexual, facilidad de lubricación durante la actividad sexual y facilidad para alcanzar el orgasmo.**

	Despertar Interés Sexual		Facilidad Lubricación		Facilidad de Orgasmo	
	f	%	f	%	F	%
Muy fácilmente	44	16,18	63	23,16	62	22,79
Medianamente fácil	203	74,63	178	65,44	158	58,09
Difícilmente	21	7,72	28	10,29	46	16,91
Nunca	4	1,47	3	1,11	6	2,21
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En este cuadro puede observarse que la gran mayoría de las pacientes manifestó que su facilidad de: despertar el interés sexual, lubricación vaginal durante la actividad sexual y capacidad de alcanzar el orgasmo era medianamente fácil con porcentajes de 74,63%, 65,44% y 58,09% respectivamente; seguido del grupo que respondió muy fácil (16,18%, 23,16% y 22,79% respectivamente), contrastando con el grupo que respondió difícilmente, (7,72%, 10,29% y 2,21% respectivamente); 1,47%, 1,11% y 2,21% manifestó que nunca se despertaba su interés sexual, ni presentaba lubricación vaginal ni alcanzó el orgasmo durante el embarazo.

**Cuadro 14****Distribución de las embarazadas según práctica del sexo oral.**

<b>Practica de Sexo Oral</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	130	47,8
No	142	52,2
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En el cuadro 14 puede observarse que 47,8%, (n=130), de la población en estudio practicó el sexo oral en el embarazo y 52,2%, (n=142) no lo practicó.

### Cuadro 15

#### Distribución porcentual según frecuencia del sexo oral.

<b>Frecuencia de Sexo Oral</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Frecuentemente	32	24,6
Pocas veces	83	63,8
Siempre	15	11,5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

Puede observarse que del total de pacientes (130), que practicó el sexo oral durante el embarazo: 63,8% reportó que lo practica pocas veces, mientras que 24,6% lo practica frecuentemente y 11,5% lo practica siempre.

### Cuadro 16

#### Distribución de las embarazadas según frecuencia de relaciones sexuales durante el embarazo.

<b>Frecuencia Relación Sexual</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Todos los días	17	6,3
3 veces/semana	74	27,5
2 veces/semana	82	30,5
1 vez/semana	49	18,0
Muy esporádicamente	53	19,7
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

Con respecto a la frecuencia de relaciones sexuales, 30,5% reportó tener relaciones sexuales dos veces a la semana, 27,5% tres veces a la semana y 6,3% todos los días, considerada una frecuencia alta mientras que 18% reportó tener relaciones sexuales una vez a la semana, considerada una frecuencia media y 19,7% refirió tener relaciones muy esporádicamente.

**Cuadro 17****Distribución de las embarazadas según ocurrencia de cambios en el deseo sexual durante el embarazo**

<b>Ha Cambiado Deseo Sexual</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	192	72,2
No	80	27,8
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En el cuadro puede observarse que 72,2% del grupo en estudio tuvo cambios en el deseo sexual durante el embarazo y 27,8% no los tuvo o sea que permaneció igual que antes del embarazo.

### Cuadro 18

**Distribución de las embarazadas según tipo de cambio en el deseo sexual durante el embarazo.**

<b>Tipo Cambio Deseo Sexual</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ha disminuido	153	78,7
Ha aumentado	39	21,3
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En este cuadro puede observarse que 78,7% (n=153) del grupo que tuvo cambios en el deseo sexual durante el embarazo, reportó disminución en el mismo; mientras que el restante 21,3% (n=39), refirió un aumento de su deseo sexual.

### Cuadro 19

**Distribución de las embarazadas según etapa del embarazo en la cual ocurrieron los cambios de disminución o aumento del deseo sexual.**

<b>Cambio Etapa de embarazo</b>	<b>Disminución</b>		<b>Aumento</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Al principio	77	50,0	4	10,3
En la mitad	23	15,1	35	89,7
Al final	53	34,9	0	0
<b>Total</b>	153	100	39	100

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En este cuadro puede observarse que del grupo que manifestó haber tenido cambios en el deseo sexual durante el embarazo, (n=192), 153 de ellas expresaron haber tenido disminución: 50% ocurrió al principio del embarazo, 15,1% se ubican en la mitad del embarazo y 34,95% los refirió al final del embarazo.

Del grupo que refirió haber tenido aumento del deseo sexual durante el embarazo, (n=39), 89,7% reportó que este ocurrió en la mitad de la gestación y 10,3% al principio de la misma.

### Cuadro 20

#### Distribución de las embarazadas según posición sexual utilizada en el tercer trimestre del embarazo.

<b>Posición única</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Combinacion de posiciones</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
De costado	90	33,09	Costado con 1 a 3 variantes	130	47,79
Mujer encima	75	27,57	Encima con 1 a 3 variantes	127	46,69
Mujer abajo	26	9,56	Abajo con 1 a 3 variantes	37	13,60
De rodillas	12	4,41	Rodillas con 1 a 3 variantes	45	16,54
De pié	1	0,37	De pié con 1 a 3 variantes	15	5,51

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En este cuadro puede observarse que la posición coital única más utilizada durante el tercer trimestre por el grupo en estudio fue la de costado con 33,09%, seguida de mujer encima 27.57%, mujer abajo 9,56%, de rodillas 4,41%, de pié 0,37%. Debido a que un grupo de embarazadas utilizó varias posiciones, se presenta la combinación de las posiciones coitales únicas con una, dos o tres variantes, de la siguiente manera: de costado con una a tres variantes 47,79%, mujer encima con una a tres variantes 46,69%, mujer abajo con una a tres variantes 13,60%, de rodillas con una a tres variantes 16,54% y de pié con una a tres variantes 5,51%.

**Cuadro 21**

**Distribución de las embarazadas según creencia de daño al feto durante las relaciones sexuales.**

<b>Creencia de daño al feto</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	43	15,8
No	229	84,2
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

En este cuadro puede observarse que 84,2% de las pacientes estudiadas, cree que las relaciones no producen daño al feto mientras que 15,8% considera que si le puede producir daño al feto.

### Cuadro 22

**Distribución de las embarazadas según creencia hasta que etapa es estimada para tener relaciones durante embarazo.**

<b>Etapas para tener Relación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Hasta final de la gestación	76	28,0
1 semana antes parto	36	13,2
2 semanas antes parto	47	17,2
1 mes antes parto	95	35,0
No reportados	18	6,6
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos de las pacientes

Este cuadro revela que 35% de las pacientes en estudio considera que se puede tener relaciones sexuales hasta un mes antes del parto; 28% refiere que hasta el final de la gestación; 17,2% hasta dos semanas antes del parto y 13,2% hasta una semana antes del parto.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

### DISCUSION

Al revisar los datos sociodemográficos de las 272 pacientes embarazadas, estudiadas en la consulta prenatal del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, la mayoría de las pacientes se encontraron en el grupo de 18 a 35 años, procedentes en su mayoría, del casco del Distrito Valencia y de oficios del hogar en casi la mitad de la muestra.

Con respecto al estado civil este se presentó mayormente en uniones de concubinato, con el predominio de una sola pareja sexual.

En cuanto a la menarquía esta se presentó en la mayoría de las pacientes en el grupo de 12 y 14 años.

Al analizar la sexarquía puede observarse que esta ocurrió en más de la mitad de la muestra en el rango de edad de 16 a 19 años, y en un porcentaje importante ocurrió en mayores de 20 años (21%).

Con respecto al número de gestaciones la mayoría era primigesta, y en cuanto a la paridad el mayor porcentaje se ubicó en el grupo de las nulíparas y más de los dos tercios no había tenido abortos.

En cuanto a la edad gestacional más de la mitad, se ubicó en el grupo de 26 a 32 semanas de gestación.

Al estudiar las características del ejercicio de la función sexual de las pacientes se puede observar que: en lo referente a la fuerza del deseo sexual la mayoría de las pacientes mantuvo un deseo sexual medianamente fuerte (56,25%) y muy fuerte (7,72%), lo cual difiere con estudios internacionales como el de Vásquez y col.<sup>(16)</sup> y Oruc y col.<sup>(17)</sup>, que reportan disminución del deseo sexual en 70% y 39,2% respectivamente, y estudios nacionales como el de Silva y col.<sup>(21)</sup>, en el Estado Mérida (2006), donde se evidencia una disminución significativa de su deseo sexual,

sobre todo en el primer y último trimestre de la gestación; así mismo Vera y col. <sup>(15)</sup>; reportan una disminución del deseo sexual en 75,7% durante el primer trimestre, manteniéndose ausente en 16,3% durante toda la gestación

Cuando se analiza la facilidad para despertar el interés sexual, la facilidad de lubricación vaginal y facilidad para alcanzar el orgasmo durante las relaciones sexuales del grupo estudiado, este mostró facilidad elevada en los tres aspectos, reportada como muy fácil y medianamente fácil en porcentajes de 90,81%, 88,6% y 80,88% respectivamente lo cual difiere notablemente con lo reportado por Máster y Johnson <sup>(1)</sup> los cuales reportan una disminución en el interés del deseo sexual y frecuencia del coito sobre todo en el primer y último trimestre; Solberg y col. <sup>(2)</sup> que reporta como hallazgo más importante disminución uniforme e invariable de la actividad sexual durante el embarazo en la mayoría de las mujeres y una disminución de la frecuencia coital que finalizaron en orgasmo conforme avanzaba el embarazo; así mismo, Vásquez y col. <sup>(16)</sup>, reportan dificultad para alcanzar el orgasmo en 41,2% de las mujeres estudiadas; también Oruc y col <sup>(17)</sup>; reporta dificultad intensa en 21,5%, y dificultad leve en 31,6% y ausencia de cambios para alcanzar el orgasmo en 46,8%.

En lo que respecta a la práctica del sexo oral y su frecuencia durante el embarazo se evidenció que 47,8% de las pacientes lo practican; de las cuales el 24,6 % lo practican frecuentemente y 11,5% siempre, aunque 63,8% refirió practicarlo pocas veces esto difiere de los estudios de Vásquez y col. <sup>(16)</sup>, cuyo grupo lo practica sólo en 12,7%.

En lo referente a la frecuencia de relaciones sexuales se encontró que el grupo en estudio tuvo una frecuencia alta en un porcentaje de 64,3% y una frecuencia media en un porcentaje de 18%, lo que difiere con lo encontrado por Solberg y col. <sup>(2)</sup>, quien reporta una disminución de la frecuencia coital conforme avanzaba el embarazo, Vera y col. <sup>(15)</sup>, y Alonso y col. <sup>(20)</sup>, cuyos trabajos coinciden en que la frecuencia del coito

disminuyó significativamente durante el embarazo, al compararse con la etapa previa a éste.

Cuando se analizan la ocurrencia de cambios en el deseo sexual en cuanto a su disminución o aumento y la etapa de la gestación en la cual ocurrió se puede observar que del total de la muestra en estudio 72,2% (n=192) presentó cambios y de este grupo 78,7% (n=153) presentó disminución, el 50% al principio, y 34,9 al final del embarazo y 21,3% (n=39) presentó aumento; estos resultados difieren con los de Oruc y col <sup>(17)</sup>; (1997), en Turquía donde encuentra que el deseo sexual disminuyó durante la gestación en 39,2% de las mujeres estudiadas, aumentó en 4,4% y no se modificó en 46,8%; mientras que coinciden con autores como Vásquez y col. <sup>(16)</sup>, quienes reportan una disminución del deseo sexual en 70% de un grupo de 260 mujeres estudiadas en Perú;

Cuando se analiza la etapa en la cual ocurrieron los cambios se evidencia que la disminución más intensa ocurrió al principio y al final del embarazo, lo cual concuerda con lo encontrado en los trabajos de Máster y Johnson (1), Álvarez G. <sup>(13)</sup>, los reportes de La Enciclopedia de la sexualidad <sup>(25)</sup> y Silva y col <sup>(21)</sup>, en 2006.

Es de hacer notar que el grupo de pacientes estudiadas que experimentó aumento del deseo sexual durante la gestación; (21,3%), este se produjo mayoritariamente en la mitad del embarazo y al final del mismo.

En lo que respecta a las posiciones sexuales utilizadas durante el tercer trimestre del embarazo predominó la de costado (33,09%) y la de la mujer encima (27,57%), y ambas con una o más variantes (mujer abajo, de rodillas, de pié) con un porcentaje de 47,79% y 46,69% respectivamente lo que coincide con los estudios internacionales, Vera y col. <sup>(15)</sup>, en México; Alonso y col. <sup>(20)</sup>, en Colombia en 2003 y difieren con estudios nacionales como el de Sanabria y col. <sup>(18)</sup>, en Maracaibo, en 1998.

En lo que respecta a la creencia de dañar al feto durante las relaciones sexuales la mayoría de las pacientes (84,2%) cree que éste no se produce mientras que (15,8%) si cree que se puede producir daño lo que concuerda con lo reportado por Vásquez y col. <sup>(16)</sup> en Perú en 1997.

Por último, en relación a la etapa del embarazo estimada por las pacientes hasta las cuales puede tener relaciones sexuales (35%) de las pacientes en estudio considera que se puede tener relaciones sexuales hasta un mes antes del parto; (28%) refiere que hasta el final de la gestación; (17,2%) hasta dos semanas antes del parto y (13,2%) hasta una semana antes del parto; coincidiendo estos resultados con los de Vásquez y col. <sup>(16)</sup>, en el que puede observarse que el 11,5% tuvo su última relación sexual dentro de la semana antes del parto y 17,7% dentro del mes antes del mismo.

## **CONCLUSIONES**

Las conclusiones que arrojó la investigación se presentan a continuación de forma específica en relación a los objetivos.

Las características sociodemográficas de las pacientes del estudio demuestran que en su mayoría estaban en las edades de 18 a 35 años, procedentes de Valencia, de oficios del hogar, viviendo en concubinato, con el predominio de una sola pareja, con menarquía entre 12 y 14 años, y sexarquía entre 16 a 19 años, primigestas, nulíparas; más de los dos tercios no había tenido abortos y con edad gestacional de 26 a 32 semanas.

Con respecto a las características del ejercicio de la función sexual, la mayoría mantiene un deseo sexual medianamente fuerte, con facilidad alta y mediana para despertar el interés sexual, lubricación vaginal y para alcanzar el orgasmo.

En relación a los hábitos sexuales, casi la mitad de las pacientes practica el sexo oral, de las cuales (24,6%) lo hace frecuentemente y (11,5%) siempre; tienen una frecuencia sexual alta (64,3%) y media (18%).

Con respecto a los cambios del deseo sexual la gran mayoría presentó cambios; con disminución del mismo, al principio del embarazo y al final del embarazo, mientras que (21,3%), presentó aumento mayoritariamente en la mitad del embarazo.

Las posiciones sexuales más utilizadas en el tercer trimestre fueron las de costado y mujer encima, la gran mayoría cree que las relaciones sexuales no producen daño al feto.

Por último, en relación a la etapa del embarazo estimada por las pacientes hasta las cuales puede tener relaciones sexuales (37,4%) de las pacientes en estudio considera que se puede tener relaciones sexuales hasta un mes antes del parto; (29,9%) refiere que hasta el final de la gestación; (18,5%) hasta dos semanas antes del parto y (14,2%) hasta una semana antes del parto.

## **RECOMENDACIONES**

1. Difundir los resultados obtenidos con el personal de Adjuntos y residentes del Departamento de Obstetricia y Ginecología del H.U.A.L.
2. Sensibilizar al cuerpo médico de la consulta Prenatal, acerca de la importancia del ejercicio de la función sexual durante el embarazo para la salud física y psicológica de las pacientes y sus parejas y no limitarse a tratar solamente los aspectos ligados a la función de reproducción.
3. Ampliar esta investigación para que cubra todos los trimestres del embarazo y el puerperio y estudiar otras variables.
4. Incentivar a todos los Especialistas afines al área (Psiquiatras, Sexólogos, Gineco-Obstetras) a seguir investigando acerca de éste tema, ya que no existen suficientes estudios nacionales.

## BIBLIOGRAFIA

1. Master, W.H; Johnson, V.E; Human sexual response. Boston: little Brown and Co; (1966)
2. Solber, D. A; J. Butler y N.N. Wagner, "Sexual Behavior in pregnancy". New England Journal of Medicine, (1973); 288:1098-1103.
3. Álvarez Gayou, J.L., "Sexoterapia integral" (1986); 73.
4. Lamont J.A, Gleicher N, Butinol L., et al. Sexualidad y embarazo 3a. ed. Panamericana (2000); 1647-54.
5. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) (1996<sup>a</sup>). Los prestadores de ayuda en Sexología. Tres enfoques. Sexología/ (1), 47-54.
6. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) (1996<sup>b</sup>). La formación del orientador en sexología a nivel de Postgrado en el CIPPSV. Sexología / (1), 67-89
7. Guerrero, E. (1997). Diferencias en la respuesta sexual de mujeres primigestas antes y durante el embarazo (CIPPSV). San Cristóbal
8. Máster, W.H; Johnson, V.E.; Kolodny, R.C. La sexualidad humana, (1); 121-122, Barcelona. Ediciones Grijalbo (1987)
9. Kinsey, A. y Pomeroy W. "Sexual Behavior in the human female". C 7 Philadelphia: Edit Company; (1953); 231.
10. Hite S. El informe Hite sobre la sexualidad femenina. (1976)

11. Bianco, F; Andrade y cols. (1990). Sexual pa hern. En Bianco y R. Hernández Serrano (Editores), Sexology and independent field. Excerta Médica. Elsevier, Ámsterdam.
12. Ospina, B; Berrios, V. Comportamiento sexual de las mujeres durante el embarazo. Revista Latinoamericana de Sexología. (1992); 2332
13. Álvarez Gayou J L. (1996) Sexualidad en la pareja. México: El manual moderno; 109-113
14. Masters, W.H; Johnson, V.E; Kolodny, R.C: Human sexuality. 4ta. Ed. New York, Harper Collin, (1992).
15. Vera, G; Gamboa, L; Riestra, C; Santos ,J. (1998). La sexualidad durante el embarazo y el puerperio en una comunidad rural de Yucatán, México. Archivos hispanoamericanos de sexología.
16. Vásquez, J; Meza ,G. Relaciones sexuales y gestación. Ginecología y Obstetricia, vol. 45 No. 1; Enero 1999. Disponible en <http://sisbibwww.unmsm.edu.pe/BVR/Revistas/Ginecología/vol45N1/relacionessexuales.htm>.
17. Oruc, S; Esen, A; Lacin y col. Actividad sexual durante el embarazo. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and gynecology, 39 (1):48-50, ref.:11 (1999). Disponible en [http://www.geocities.com/hotsprings/villa/3479/actividad\\_sexual\\_durante\\_embarazo.htm](http://www.geocities.com/hotsprings/villa/3479/actividad_sexual_durante_embarazo.htm).
18. Sanabria, Ch; Núñez, R; Rojas, L; Posición coital en pacientes con rotura prematura de membranas del Hospital Central “Dr. Urquinaona” de Maracaibo. Sexología, (2001)/vol. VI, No. 1 (Enero-Junio).

19. Carrillo, L. Características socioeducativas, condiciones del embarazo y función sexual en gestantes en FUNDAHOSTA (Táchira). *Sexología* (2000). Vol. V. No. 2/ Julio-Diciembre.
20. Alonso, L. y col. Características biosicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Sur Barranquilla (Colombia). Julio-Octubre. (2003). Disponible en [http://Ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte18/2\\_caracteristicas\\_biosicosociales.pdf](http://Ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte18/2_caracteristicas_biosicosociales.pdf).
21. Silva, E; Díaz, V; Mejías. Respuesta sexual y respuesta durante el embarazo. *Informe Médico*. (2007), 9 (8): 419-426.
22. Bianco F y Aragón J; La sexología: una ciencia independiente. *Revista Sexología*. (1996). 9:89.
23. Mc Cary J. L.; Mc Cary SP. *Sexualidad humana de Mc Cary*. México, Editorial El manual moderno S.A; (1983).
24. CIPPSV. (1992). *Embarazo y función sexual: resumen de discusiones clínicas*. Editorial CIPPSV, Barcelona.
25. *Enciclopedia de la sexualidad*. Barcelona. Editorial Océano (1993).
26. Inglehart, R; Baker, W. Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. (2000). *American Sociological review*, 65:19-51.
27. Dunn, K; Croft, P; Hacket, G. Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of sex and marital therapy* (2000). 26:141-151.
28. Valdés , T; Benavente, M; Gysling, J. *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción*. Mujeres de Santiago. FLACSO, (1999). Santiago de Chile.

29. Ventegodt. Sex and the quality of life in Denmark. Archives of sexual behavior. (1998). 27 (3): 295-307.
30. Yela, C. Predictors and factors related to loving and sexual satisfaction for men and women European review of applied psychology. (2000). 49(4): 235-242.
31. Haavio – Manila, E; Kontula, O. Correlates of increased sexual satisfaction (1997). Archives of sexual behavior, 26 (4): 399-419.
32. Haavio-Manila, E; Kontula, O; Rotkirch, A. Sexual lifestyles in the twentieth century. A research study. (2002). Palgrave, New York, USA.
33. Bozón, M. Sexuality gender and the couple: a sociohistorical perspective. The annual review of sex research. (2002). 32:1-32.
34. Davies, S; Katz, J y Jackson, J. Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. (1999). Archives of sexual behavior, 28 (6): 553-567.
35. Waite, L; Joiner, K. Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual exclusivity. (2001). Journal of marriage and family, 63: 247-264-
36. Sierra Carlos. Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. (2004). Insertos médicos de Venezuela C.A. 17-26
37. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. “2da edición. (2003). México: Editorial McGraw-Hill.

**ANEXO A**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar las características del ejercicio de la función sexual de las pacientes embarazadas de la consulta prenatal del Hospital universitario “Dr. Ángel Larralde”.

A continuación, se aplicará una encuesta cuya información será tratada de manera confidencial, con la ética médica acostumbrada y su nombre no aparecerá en el trabajo.

Usted, se encuentra en plena libertad de no responder la encuesta ya que las preguntas son personales, sin embargo, apreciaremos su valiosa colaboración porque contribuirá enormemente en la investigación científica acerca de este tema y servirá de aporte en la conducción y manejo de la educación sexual de la embarazada que acude a nuestro centro asistencial.

YO, \_\_\_\_\_, PORTADORA DE LA C.I:  
\_\_\_\_\_ EN USO PLENO DE MIS FACULTADES, HE SIDO PLENAMENTE INFORMADA, HE ENTENDIDO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR MI Y PROPORCIONADA VOLUNTARIAMENTE, SEA UTILIZADA PARA FINES DE INVESTIGACION MÉDICA.

---

FIRMA

**ANEXO B**

## Encuesta de la Función sexual en pacientes de la consulta Prenatal

La siguiente encuesta se realiza con la finalidad de hacer una investigación científica acerca de la función sexual de las pacientes que asisten a la consulta Prenatal del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Los datos aportados por los encuestados **son estrictamente confidenciales.**

Se agradece de antemano su colaboración en este proyecto, marcando con una X en las preguntas de selección múltiple o contestando con letra clara y legible donde así se indique

Edad \_\_\_\_\_ Lugar de procedencia \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Estado civil: Casada \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Unida \_\_\_\_\_ Concubina \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_

A qué edad se desarrolló \_\_\_\_\_

A qué edad fue su primera relación sexual \_\_\_\_\_

Cuántas parejas sexuales ha tenido \_\_\_\_\_

Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual \_\_\_\_\_

Cuántos hijos tiene \_\_\_\_\_ Ha tenido abortos \_\_\_\_\_ Cuántos \_\_\_\_\_

Cuando fue su última regla: \_\_\_\_\_ Fecha de parto \_\_\_\_\_

Cuántas semanas de gestación tiene actualmente \_\_\_\_\_

Que tan fuerte es su deseo sexual:

- 1) Muy Fuerte \_\_\_\_\_
- 2) Medianamente fuerte \_\_\_\_\_
- 3) Medianamente débil \_\_\_\_\_
- 4) Débil \_\_\_\_\_
- 5) No tiene \_\_\_\_\_

Con que facilidad se despierta en usted, el interés sexual:

- 1) Muy fácilmente \_\_\_\_\_
- 2) Medianamente fácil \_\_\_\_\_
- 3) Difícilmente \_\_\_\_\_
- 4) Nunca \_\_\_\_\_

Con que facilidad se humedece (se moja) su vagina, durante la actividad sexual:

- 1) Muy fácilmente \_\_\_\_\_
- 2) Medianamente fácil \_\_\_\_\_
- 3) Difícilmente \_\_\_\_\_
- 4) Nunca \_\_\_\_\_

Con que frecuencia practica usted las relaciones sexuales:

- 1) Tres veces a la semana \_\_\_\_\_
- 2) Todos los días \_\_\_\_\_
- 3) Dos veces a la semana \_\_\_\_\_
- 4) Una vez a la semana \_\_\_\_\_
- 5) Muy esporádicamente \_\_\_\_\_

Con que facilidad puede usted, alcanzar el orgasmo:

- 1) Muy fácilmente\_\_\_\_\_
- 2) Medianamente fácil
- 3) Dificilmente\_\_\_\_\_
- 4) Nunca\_\_\_\_\_

Ha practicado alguna vez el llamado sexo oral, (introducción de los órganos genitales en la boca, o uso de los mismos en la relación sexual):

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

De ser afirmativa su respuesta, especifique con qué frecuencia lo practica:

- 1) Frecuentemente\_\_\_\_\_
- 2) Pocas veces\_\_\_\_\_
- 3) Siempre o casi siempre\_\_\_\_\_

Han ocurrido cambios en su deseo sexual durante este embarazo:

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

Si su respuesta es afirmativa; diga:

Ha disminuido\_\_\_\_\_

Ha aumentado\_\_\_\_\_

En qué etapa del embarazo han ocurrido los cambio en caso de disminución del deseo:

Al principio del embarazo\_\_\_\_\_ Disminución\_\_\_\_\_ Aumento\_\_\_\_\_

En la mitad del embarazo\_\_\_\_\_ Disminución\_\_\_\_\_ Aumento\_\_\_\_\_

Al final del embarazo\_\_\_\_\_ Disminución\_\_\_\_\_ Aumento\_\_\_\_\_

Qué posición durante las relaciones sexuales ha sido utilizada por usted en este embarazo en los últimos tres meses:

- 1) La mujer encima\_\_\_\_\_
- 2) De rodillas\_\_\_\_\_
- 3) De pié\_\_\_\_\_
- 4) De costado\_\_\_\_\_
- 5) La mujer abajo\_\_\_\_\_

Cree usted que las relaciones sexuales pueden ser dañinas para el feto:

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

Hasta que etapa de la gestación cree usted que se puede tener relaciones sexuales:

- 1) Hasta el final de la gestación\_\_\_\_\_
- 2) Hasta 1 semana antes del parto\_\_\_\_\_
- 3) Hasta 2 semanas antes del parto\_\_\_\_\_
- 4) Hasta 1 mes antes del parto\_\_\_\_\_

**MIL GRACIAS POR SU COLABORACION Y LE RECORDAMOS QUE ESTA ENCUESTA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

**ANEXO C**

### SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES: Se define como toda cualidad de las pacientes que acudieron a la consulta Prenatal del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" en el período Octubre 2008- Diciembre 2008.</p>	EDAD	<18 18-35 >35
	OCUPACION	ESTUDIANTE EMPLEADA OBRERA DEL HOGAR
	ESTADO CIVIL	CASADA SOLTERA CONCUBINA
	MENARQUIA	09 - 11 años 12 -14 años 15 o más
	SEXARQUIA	12-15 años 16-19 años 20 o más
	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	1 2 3 4 5 6
	GESTACION	1 2 3 4 o mas
	PARIDAD	Nulípara Primípara Segundípara Tercípara Multípara
	ABORTO	0 1 2 3
	FUR Y FPP	
	SEMANAS DE GESTACION POR FUR.	26-32 semanas 33-37 semanas 37 o mas

### SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
CARACTERISTICAS DEL EJERCICIO DE LA FUNCION SEXUAL Y CREENCIAS ACERCA DE LA INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES SOBRE EL FETO Y EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES DE LA CONSULTA PRENATAL DEL HUAL.	INTENSIDAD DEL DESEO SEXUAL	MUY FUERTE MEDIANAMENTE FUERTE MEDIANAMENTE DEBIL DEBIL NO TIENE
	FACILIDAD DE DESPERTAR INTERES SEXUAL	FACILMENTE MEDIANAMENTE FACIL DIFICILMENTE NUNCA
	FACILIDAD DE LUBRICACION VAGINAL	FACILMENTE MEDIANAMENTE FACIL DIFICILMENTE NUNCA
	FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES	TRES VECES A LA SEMANA TODOS LOS DIAS DOS VECES A LA SEMANA UNA VEZ A LA SEMANA ESPORADICAMENTE
	FACILIDAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO	FACILMENTE MEDIANAMENTE FACIL DIFICILMENTE NUNCA
	PRACTICA DEL SEXO ORAL	SI NO
	FRECUENCIA DEL SEXO ORAL SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES POSITIVA	FRECUENTEMENTE POCAS VECES SIEMPRE
	CAMBIOS EN EL DESEO SEXUAL	SI NO
	SI HUBO CAMBIOS EN EL DESEO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO	¿HA DISMINUIDO? ¿HA AUMENTADO?
	EN QUE ETAPA OCURRIERON LOS CAMBIOS DISMINUCIÓN O AUMENTO	AL PRINCIPIO D__ A__ A LA MITAD D__ A__ AL FINAL D__ A__
	POSICIONES UTILIZADAS DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES, EN LOS ULTIMOS TRES MESES.	MUJER ARRIBA DE RODILLAS DE PIE DE COSTADO MUJER ABAJO
	CREENCIA DE DAÑO FETAL POR RELACIONES SEXUALES	SI NO
	HASTA QUE ETAPA DEL EMBARAZO SE PUEDEN TENER RELACONES SEXUALES.	HASTA EL FINAL GESTACIÓN 1 SEM. ANTES DEL PARTO 2 SEMANAS ANTES 1 MES ANTES DEL PARTO

**ANEXO D**

## INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO CLINICO INTEGRAL DEL NORTE

FORMATO PARA LA REVISION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO DISEÑADO

Estimado Profesor, el suscrito Mario José Muñoz Sequera, C.I: 4.453-756, Profesor Instructor de la Facultad de Ciencias de la Salud, está trabajando en una investigación referente a las **Características del ejercicio de la función sexual de las pacientes que acuden a la consulta Prenatal del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”**. En este sentido, la presente tabla tiene como finalidad, recabar información del objeto en estudio se le agradece altamente la revisión y sugerencias acerca de la misma.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Título que posee: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración

**DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS DEL EJERCICIO DE LA FUNCION SEXUAL DE LAS  
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA PRENATAL DEL HUAL DE OCTUBRE 2008 A  
DICIEMBRE 2008.**

N °	ITEMS	DEJAR	MODIFICAR	ELIMINAR	OBSERVACION
1	Edad de la paciente				
2	Ocupación				
3	Estado civil				
4	Menarquía				
5	Sexarquía				
6	No. de parejas sexuales				
7	No. de gestaciones				
8	Paridad				
9	Abortos				
10	FUR y FPP				
11	Semanas de gestación por FUR				
12	Intensidad del deseo sexual				
13	Facilidad de interés sexual				
14	Facilidad de lubricación vaginal				
15	Frecuencia relaciones sexuales				
16	Facilidad para alcanzar orgasmo				
17	Práctica de sexo oral				
18	Frecuencia de sexo oral				
19	Cambios en el deseo sexual : Si ,No				
20	Si: Ha disminuido o aumentado				
21	Etapa en que ocurren los cambios, si disminuye o aumenta el deseo sexual				
22	Posiciones durante acto sexual				
23	Cree en daño al feto en rel. sexual				
24	Etapa permitida para rel. sexual				