



**Universidad Abierta Interamericana**

**Sede Regional Rosario**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Título:** “Cambios en la actividad sexual durante la gestación”.

**Alumno:** Levin, Alberto Alejandro

**Tutor:** Dr. Zanuttini, Edgar

**Fecha de presentación:** Octubre de 2012

## Índice

Índice-----	1
Resumen -----	2
Introducción-----	4
Marco teórico-----	6
Problema -----	20
Objetivos -----	20
Material y métodos -----	21
Resultados -----	23
Discusión -----	43
Conclusión -----	46
Bibliografía -----	48
Anexos-----	51
Anexo 1: Encuesta -----	51
Anexo 2: Tabulación de los datos-----	55

## **Resumen**

**Introducción:** Durante el embarazo se producen una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que; sumados a las influencias educativas, culturales, sociales, emocionales y religiosas; pueden modificar la sexualidad y la actividad sexual durante este período. Las modificaciones consisten fundamentalmente en aumento o disminución del deseo sexual y de la frecuencia de las relaciones sexuales.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo en base a 104 encuestas realizada a mujeres embarazadas con más de 9 semanas de gestación que concurren a la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario, durante el periodo comprendido entre el 1º de agosto y 30 de setiembre de 2012.

**Objetivo:** conocer los cambios en la actividad sexual de las mujeres embarazadas, compararlos con el tiempo previo a la concepción y con embarazos anteriores, conocer las variaciones ocurridas durante cada trimestre de la gestación en cuanto al deseo sexual, frecuencia de relaciones sexuales y satisfacción sexual u orgasmo, indagar sobre creencias y ocurrencia de problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales durante el embarazo e indagar la información recibida sobre la actividad sexual durante la gestación.

### **Resultados y conclusiones:**

- Durante la gestación se producen una serie de cambios en la actividad sexual como disminución del deseo sexual, de la frecuencia de las

relaciones sexuales y de la satisfacción sexual u orgasmo, en comparación con el tiempo previo a la concepción.

- Estos cambios son más notorios durante el tercer trimestre de embarazo.
- La mayor probabilidad de disminución del deseo sexual en la pareja de la embarazada ocurre en el tercer trimestre.
- Las posiciones sexuales van modificándose con el transcurso del embarazo, constatándose que en el tercer trimestre la satisfacción sexual u orgasmo se logra mas fácilmente con la posición de costado o ella arriba.
- La mayoría de las embarazadas no tiene problemas o molestias desencadenadas por las relaciones sexuales durante el embarazo, aunque pueden ocurrir con mayor probabilidad en el tercer trimestre.
- Casi la mitad de las embarazadas creen que las relaciones sexuales durante el embarazo pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé. Sin embargo, muy pocas consideran haber tenido complicaciones provocados por las mismas.
- La mayoría de las embarazadas no tienen dudas o preguntas acerca de la actividad sexual durante el embarazo; no obstante, poco menos de la mitad había recibido información, gran parte a través del médico, siendo ésta muy satisfactoria. Sin embargo, la gran mayoría cree que hace falta más información.

**Palabras clave: embarazo, actividad sexual, deseo sexual, satisfacción sexual, frecuencia de relaciones sexuales, información.**

## Introducción

Durante el embarazo se producen una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que; sumados a las influencias educativas, culturales, sociales, emocionales y religiosas; pueden modificar la sexualidad y la actividad sexual durante este período.

Creencias populares, mitos y tabúes sobre que es y que no es apropiado en el comportamiento sexual durante el embarazo, pueden provocar ansiedad en la pareja. El mantenimiento de la intimidad y el establecimiento del compromiso mutuo son factores importantes para la salud de la relación de pareja <sup>(1)</sup>.

Las modificaciones consisten en variaciones, como aumento o disminución del deseo sexual y de la frecuencia de las relaciones sexuales, comparando la actividad sexual de la mujer antes y durante el embarazo. Un estudio canadiense revela que el 58% y el 71% de las embarazadas tuvieron una disminución del deseo y de la frecuencia de las relaciones sexuales respectivamente <sup>(2)</sup>.

También se registra una disminución de la actividad sexual a medida que progresa el embarazo <sup>(1-3)</sup>; En México se estudió la actividad sexual durante el embarazo en 140 mujeres, y se observó que el deseo de relaciones sexuales fue de 84% en el primer trimestre; de 71,4% en el segundo, y de 27.8 en el tercero <sup>(4)</sup>. Un estudio realizado en Portugal indica que el 55% de las embarazadas declara que la menor actividad sexual se desarrolla en el tercer trimestre <sup>(5)</sup>.

Además, en la mujer embarazada, surgen preocupaciones concernientes a las posibles complicaciones obstétricas y ginecológicas que pueden desencadenarse por la actividad sexual. En Canadá el 49% de las embarazadas creen que las relaciones sexuales pueden provocar una complicación en el embarazo; como Hemorragias, Amenaza de Parto Pretérmino, Infección, Rotura Prematura de Membranas, entre otras <sup>(2)</sup>. Sin embargo, según un estudio realizado por la Universidad de Carolina del Norte, la actividad sexual no aumenta el riesgo de Parto Pretérmino entre las 29 y 36 semanas <sup>(6)</sup>. En Perú, un estudio en 260 puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto revela que el 17,7% tenía miedo de dañar al feto con las relaciones sexuales <sup>(7)</sup>; no obstante, otro trabajo realizado en el mismo Hospital con 205 puérperas señala que el 58,5% de éstas cree que las relaciones sexuales pueden provocar un Aborto o un Parto Pretérmino <sup>(8)</sup>.

Por otro lado, en la pareja, suelen existir interrogantes sobre el tipo de prácticas sexuales que pueden llegar a ser adecuadas o inadecuadas para el normal desarrollo del embarazo.

La educación sexual insuficiente y el temor al daño fetal podrían contribuir a la existencia de estos interrogantes.

## **Marco teórico**

### **Manifestaciones somáticas del embarazo**

La gestación desencadena en el organismo de la mujer una serie de adaptaciones fisiológicas que, en conjunto, aseguran las condiciones adecuadas para el crecimiento y desarrollo de la unidad feto-placentaria, y el bienestar materno.

Estas adaptaciones fisiológicas, resultantes de la aparición del embarazo, modifican de un modo más o menos evidente el funcionamiento de los diversos aparatos y sistemas con base en modificaciones metabólicas, bioquímicas, hormonales y anatómicas.

Debido a esto resultarán los signos y síntomas, de expresión e intensidad variable, que en conjunto constituirán las manifestaciones somáticas habituales del embarazo; que se distribuyen característicamente en cada trimestre a lo largo de la gestación<sup>(9)</sup>:

#### **Primer Trimestre:**

Las manifestaciones somáticas más habituales se relacionan con las modificaciones que ocurren a nivel de algunos centros nerviosos, del sistema gastrointestinal, del sistema urinario y de las glándulas mamarias; resultantes de los efectos de la acción hormonal de la Progesterona y los Estrógenos. Por lo tanto, en este trimestre, aparecerán fatiga, cansancio y somnolencia; pueden surgir náuseas y vómitos, polaquiuria, aumento de las secreciones vaginales y aumento de la sensibilidad y la turgencia mamarias, como también cambios en el tamaño y la forma de los senos.

#### **Segundo Trimestre:**

Los signos y síntomas del primer trimestre, como las náuseas, los vómitos y la somnolencia, tienden a disminuir e incluso a desaparecer; pero pueden hacerse más notorias otras manifestaciones como: constipación; hiperpigmentación facial (cloasma gravídico), en la línea alba y en la areola mamaria; estrías gravídicas en abdomen y mamas; aumento de la sudoración y la secreción sebácea.

### Tercer Trimestre:

La mayoría de los signos y síntomas son producidos por el gran volumen uterino; por lo que surgen pirosis, dificultad respiratoria, aparición o agravamiento de las várices o los edemas de los miembros inferiores e hipotensión supina por la compresión de la Vena Cava Inferior por parte del Útero cuando la embarazada se acuesta. La compresión vesical ejercida por la presentación puede agravar la polaquiuria. En este período, son frecuentes la fatiga y el malestar físico.

### **Manifestaciones psicológicas del embarazo**

A lo largo de las 40 semanas de embarazo la mujer se va preparando para el parto y la maternidad; sin embargo, habitualmente se evidencian frecuentes oscilaciones del humor, inseguridades y celos, que se relacionan con las alteraciones hormonales ya referidas y también con el hecho de tener que atravesar una fase diferente de su vida, en la que se vislumbran modificaciones profundas donde lo más evidente es el cambio de la silueta corporal.

La mujer embarazada puede sentir modificaciones en el interés de su actividad sexual debido a los cambios producidos en su apariencia física, sobre todo en una sociedad que estimula los cuidados físicos y exalta la belleza del



cuerpo. Una inadecuada percepción de la imagen física enrarece la sexualidad de la mujer y puede inducir temores o fantasías de rechazo por parte de la pareja al no sentirse atractiva y deseable como en el estado no gravídico <sup>(10)</sup>.

Por otra parte, durante el embarazo se determinaron casos de Trastornos Depresivos y algunas mujeres declaran haber sufrido síntomas de ansiedad en ese período <sup>(11)</sup>.

## **Sexualidad y Embarazo**

La Organización Mundial de la Salud define a la Sexualidad como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" <sup>(12)</sup>.

Por ende, todos estos factores pueden afectar de manera positiva o negativa la sexualidad, y más aún durante el embarazo.

A medida que la gestación avanza, trimestre a trimestre, van surgiendo distintas manifestaciones que influyen en la sexualidad de la embarazada:

### **Primer Trimestre:**

Las alteraciones en la silueta y la imagen corporal, sumadas a las principales manifestaciones somáticas del embarazo, afectan la sexualidad. La

aparición de las náuseas, los vómitos, el cansancio, la somnolencia y la tensión mamaria; llevan a la embarazada a tener menor apetencia para el sexo.

Sin embargo, algunas mujeres experimentan un incremento del impulso sexual debido a que la congestión vascular pélvica produce un estado sexualmente más receptivo. A su vez, otras están más receptivas que antes ya que desaparece el miedo al embarazo<sup>(13)</sup>.

### Segundo Trimestre:

Las manifestaciones somáticas del primer trimestre disminuyeron o han desaparecido y provocan un sentido de bienestar y un incremento de la autoestima en la embarazada, a los que se agrega un aumento de la congestión vascular pélvica, generando un aumento del deseo sexual<sup>(14)</sup>.

### Tercer Trimestre:

El gran tamaño del útero genera incomodidades que pueden terminar provocando una disminución en el interés sexual.

A esta altura es común que exista una disminución en la frecuencia de la actividad sexual, debido a factores físicos y psicológicos<sup>(15)</sup>.

Dentro de los factores físicos, se destacan el cambio inevitable del imagen de la embarazada, pues se siente "gorda" y poco atractiva, la pirosis, las contracciones uterinas y la dificultad para encontrar una posición adecuada.

Entre los factores psicológicos en esta fase prevalecen la ansiedad por el nacimiento y la preocupación por la proximidad del parto; al mismo tiempo es común que aparezca el miedo a dañar al bebé.

## **Deseo sexual durante el embarazo**

William Masters y Virginia Johnson publicaron los primeros trabajos sobre la fisiología de la respuesta sexual humana, describiendo sus fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución<sup>(14)</sup>.

El deseo es la primera fase del ciclo de respuesta sexual en los seres humanos y consiste en un sentimiento de atracción sexual hacia alguien. Se caracteriza por las fantasías sexuales y por el deseo de tener actividad sexual, se inicia con cualquier tipo de estimulación de carácter sexual que sea excitante para el individuo. Normalmente el deseo es provocado por estímulos sensoriales, como ver a alguien que nos atrae, oír la voz de esa persona o sentir su aroma. El deseo sexual durante el embarazo varía de mujer a mujer, como en otras situaciones de la vida. Algunas mujeres mantienen el deseo sexual durante toda la gestación, en comparación con el período previo a esta, y otras sufren una disminución del mismo. Sin embargo, se considera normal la falta de deseo sexual en el embarazo como en el posparto<sup>(16)</sup>.

Los hombres también sufren alteraciones en el deseo sexual durante el embarazo de su pareja, siendo la disminución del deseo el más común. Éste puede disminuir a medida que progresa la gestación, generalmente a partir del segundo trimestre debido a las alteraciones corporales de la mujer y al miedo a perjudicar el embarazo o dañar al feto<sup>(17)</sup>.

Hacia el final del tercer trimestre puede ser bastante mayor la necesidad de cercanía, apoyo emocional y acogimiento que el deseo de relaciones sexuales u orgasmos<sup>(16)</sup>.

## **Actividad sexual durante el embarazo**

Los cambios en el comportamiento sexual suelen comenzar a las pocas semanas de la concepción; dependiendo su intensidad de variables individuales como pueden ser la personalidad de la gestante, sus antecedentes personales, su desarrollo psicológico, sus experiencias sexuales y el tipo de relación con su pareja previa a la gestación <sup>(18)</sup>.

La actividad sexual disminuye un poco durante el primer trimestre del embarazo, es variable en el segundo trimestre y se reduce de forma abrupta en el tercero. La mayoría de las parejas mantienen relaciones sexuales hasta el séptimo mes, entre la mitad y las tres cuartas partes mantienen actividad coital durante el octavo mes y una tercera parte lo hace en el noveno mes. En promedio el último coito se produce un mes antes del parto <sup>(17)</sup>.

Masters y Johnson <sup>(14)</sup> estudiaron a un grupo de 101 mujeres, a las que entrevistaron durante los diferentes trimestres de la gestación y el puerperio. Durante el primer trimestre las nulíparas notaron una disminución del interés sexual, mientras que 57 de las 68 multíparas estudiadas no notaron cambios. Durante el segundo trimestre el 80% de las encuestadas, independientemente de la paridad, manifestaron una mejoría en las relaciones sexuales en relación con el primer trimestre y las etapas previas a la gestación. En el tercer trimestre la mayoría de las gestantes mostraron un menor deseo sexual y una menor frecuencia coital.

## **Satisfacción sexual durante el embarazo**

Una de las fases de la respuesta sexual normal es el orgasmo. En la mujer, cuando ocurre, se produce un espasmo de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina, seguido de contracciones rítmicas de los mismos.

En ocasiones se producen contracciones uterinas. Fuera del área genital se produce contracción de los rectos anteriores del abdomen y del esfínter anal e incremento de la tensión arterial y la ventilación pulmonar. Existe un sentimiento de intenso placer y una alteración variable del nivel de conciencia <sup>(18)</sup>.

A medida que transcurren los trimestres de embarazo, son evidentes las variaciones en el placer sexual experimentado por las mujeres. En el primer trimestre el 59% de las embarazadas consigue experimentarlo, en el segundo trimestre aumenta hasta oscilar entre el 74 y 85% y en el último trimestre vuelve a reducirse hasta llegar al 40-41% <sup>(17)</sup>.

A su vez, durante el embarazo, el orgasmo femenino puede producir contracciones uterinas dolorosas y prolongadas, y se ha asociado este hecho con parto pretérmino y con bradicardia fetal sin que exista evidencia suficiente para ello <sup>(18)</sup>.

Además, la satisfacción sexual en el embarazo está íntimamente relacionada con los sentimientos de felicidad sobre la gestación, con continuar viéndose atractiva y con la comprensión de que en una gestación sana, la actividad sexual y el orgasmo no dañan al feto. <sup>(16)</sup>

### **Posiciones sexuales y embarazo**

Con la progresión del embarazo y el aumento del volumen uterino, se producen modificaciones en las posiciones sexuales practicadas en la pareja con el objetivo de tener la mayor comodidad y satisfacción sexual.

La posición de la mujer en decúbito dorsal y el hombre encima no es la más adecuada ya que su peso sobre el abdomen materno es muy incómodo para la gestante. La mujer arriba suele ser una de las posiciones más

cómodas, ya que ella controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual. Otra alternativa favorable, es la posición en que ambos adoptan el decúbito lateral, ya que se logra una buena distribución del peso corporal y la penetración no es muy profunda <sup>(18)</sup>.

### **Actividad sexual y patología obstétrica**

Desde la antigüedad, la actividad sexual durante el embarazo ha sido relacionada con patologías obstétricas. Hipócrates consideraba al coito como causa de aborto <sup>(9,10)</sup>.

Decenas de años atrás los obstetras clásicos sugerían evitar las relaciones sexuales durante el embarazo con la finalidad de evitar el parto pretérmino y las infecciones de transmisión sexual <sup>(19)</sup>. Sin embargo, en estudios recientes, se ha demostrado que esos efectos se producen con una frecuencia mínima y la mayoría de los médicos han dejado de prohibir el coito <sup>(20)</sup>.

### **Aborto:**

A lo largo de la historia se postuló a la actividad sexual durante el embarazo como causa de aborto, y no sólo Hipócrates lo ha hecho; Cowan, en un libro de 1869, recomendaba una abstinencia completa durante la implantación ovular debido a la creencia de que los abortos eran inducidos por la “brutalidad de los maridos durante el ejercicio sexual, ejerciendo sus derechos maritales” <sup>(10)</sup>. Hoy en día, se sabe que la causa más frecuente de aborto es la presencia de defectos cromosómicos graves y letales en el embrión, y que las interrupciones precoces de la gestación debidas a trauma, injuria o actividad física son extremadamente poco frecuentes <sup>(18)</sup>, ya que la localización

intrapélvica del útero, así como la amortiguación producida por el líquido amniótico, protegen al feto del trauma <sup>(10)</sup>.

#### Parto Pretérmino:

Ante la evidencia acumulada en estudios fisiopatológicos realizados en décadas pasadas, donde se encontró que la relación sexual podría jugar algún rol en la génesis del parto pretérmino y en la maduración cervical previa al inicio del trabajo de parto debido a la alta concentración de prostaglandinas en el semen y/o la liberación de oxitocina producida por la ocurrencia del orgasmo o por la estimulación del pezón, se desaconsejaba la actividad sexual durante la gestación. En el presente existe información relevante originada de estudios metodológicamente adecuados donde se concluye que la actividad sexual con o sin orgasmo, con independencia de la salud gestacional no aumenta el riesgo de parto pretérmino <sup>(6,21)</sup>.

#### Rotura prematura de membranas:

Algunas discusiones sobre los peligros de la actividad sexual durante el embarazo se han centralizado en el coito como el mecanismo que promueve infecciones y corioamnionitis que provocan rotura prematura de membranas <sup>(10)</sup>. Naeye, en 1979, mostró una mayor frecuencia de corioamnionitis en el grupo de mujeres que tenían una o más relaciones sexuales por semana en el mes previo al parto <sup>(22)</sup>. Sin embargo, publicaciones posteriores han asociado el riesgo de infección ascendente con el coito en una población con falta de higiene, disminución de las defensas del huésped por déficit nutricional e infecciones concurrentes <sup>(18)</sup>.

Otras investigaciones, como la de Harmanli en 1998 <sup>(23)</sup>, se centraron en conocer el comportamiento bioquímico de las membranas corioamnióticas frente al semen estudiando in vitro las propiedades biomecánicas de éstas;

concluyendo que, al ser expuestas por una hora al fluido seminal, se ven debilitadas; lo que llevaría a pensar que en modelos in vivo este comportamiento facilitaría la rotura prematura de membranas. A pesar de esto, los estudios clínicos realizados en humanos no apoyan dicha hipótesis, más bien se demuestra que en nulíparas sanas la actividad sexual no aumenta el riesgo de este accidente y que éste se elevará frente a la presencia de membranas ya debilitadas por corioamnionitis subclínicas <sup>(21)</sup>.

Por otro lado, también se ha señalado al orgasmo como factor desencadenante debido a la presión generada por las contracciones uterinas que éste provoca, cuando actúan sobre membranas previamente dañadas <sup>(10)</sup>.

#### Hemorragias:

Las hemorragias pueden producirse en cualquier momento del embarazo, dado que existen condiciones inflamatorias, tumorales y traumáticas que pueden favorecerlas. Generalmente son estados previamente conocidos que, si son correctamente tratados, no constituyen una contraindicación para la práctica sexual cuidadosa <sup>(9)</sup>.

También existen condiciones obstétricas como las hemorragias de la primera mitad y la segunda mitad del embarazo. Dentro de las causas de hemorragias de la primera mitad del embarazo se encuentran el Aborto, el Embarazo Ectópico y la Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se pueden clasificar según su origen en: Placenta, en un 80% (Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Rotura del Seno Marginal); Cuello uterino, en un 10% (Desgarro Cervical, Cervicitis, Pólipos Cervicales, Cáncer de Cervix) y Desconocida, en un 10% <sup>(24)</sup>.



Casi todos los autores concuerdan en que se deben evitar las relaciones sexuales cuando existe una hemorragia y después de ella, pero no hay acuerdo acerca de la duración del período de abstinencia y del momento en que pueden reiniciarse la actividad sexual, luego del cese de la hemorragia <sup>(17)</sup>. Esto último dependería del correcto diagnóstico y tratamiento de la etiología causante de la hemorragia.

#### Infecciones:

Durante el embarazo es frecuente la aparición de enfermedades infecciosas. Múltiples agentes pueden estar implicados, originando diferentes cuadros clínicos (maternos, obstétricos y fetales) de gravedad variable. La incidencia y la historia natural de determinadas infecciones son alteradas por la gestación.

También las alteraciones fisiológicas (anatómicas, inmunológicas u hormonales) que ocurren durante el embarazo condicionan una cierta predisposición para la infección ginecológica en la mujer embarazada (Candidiasis, Tricomonirosis, Vaginosis Bacteriana, Gonorrea, Clamidia, Micoplasma, Virus Herpes Simple, Virus Papiloma Humano). Además de esa susceptibilidad aumentada, durante el embarazo se observa un aumento de la virulencia de ciertos agentes, habitualmente menos agresivos. Estas infecciones asumen un papel importante en la embarazada; ya que además de afectar a la madre, pueden comprometer al feto.

Un cuello uterino competente y las membranas intactas ofrecen una protección eficaz en la embarazada. En contrapartida, cuando hay incompetencia cervical, membranas rotas o cuello uterino borrado y dilatado al final de la gestación; el pene puede arrastrar microorganismos patógenos provocando graves infecciones.

Las enfermedades de transmisión sexual (SIDA, Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Herpes Genital, entre otras) pueden tener efectos gravísimos en la embarazada y en el feto; por lo que en caso de riesgo, se aconseja el uso del preservativo.

Si el embarazo transcurre normalmente no existe necesidad de alterar el patrón de actividad sexual. Si surgen situaciones que se relacionan con un aumento del riesgo de Aborto o Parto Pretérmino (Infecciones cérvico-vaginales, antecedentes de rotura prematura de membranas, etc.) la actividad sexual debe ser suspendida <sup>(9)</sup>.

### **Creencias religiosas y mitos sobre la sexualidad en el embarazo <sup>(9)</sup>**

Las creencias y los mitos sobre el embarazo son frecuentes, tienen raíces lejanas en la historia y varían de una cultura a otra. Las creencias relacionadas con el embarazo y particularmente con las relaciones sexuales en esta etapa son comunes, y debido a su naturaleza determinan fuertemente las prácticas e inhibiciones relacionadas con la expresión de la sexualidad durante el embarazo.

Muchas culturas tienen reglas sobre las relaciones sexuales durante la gestación. En algunas culturas primitivas el coito estaba prohibido en los primeros dos meses “porque pensaban que el semen podía impedir la visión del niño por nacer o provocar su muerte”.

Los antepasados hindúes creían que el semen ayudaba a alimentar al feto y alentaban las relaciones sexuales durante el embarazo. En la antigua Persia, la sexualidad de la mujer es tabú después de cuatro meses de embarazo y las relaciones sexuales antes de los cuarenta días después del parto son castigadas con la muerte de la pareja.

En las culturas primitivas, el aumento de las prohibiciones de tener relaciones sexuales en el embarazo, lleva a concluir que la mayoría de las sociedades han sido convencidas de que la actividad sexual antes del nacimiento puede tener consecuencias desagradables.

En Nigeria, un estudio hecho a 440 embarazadas, determina que éstas tienen una actitud positiva hacia sexo durante el embarazo; casi la mitad de ellas creen que las relaciones sexuales ayudan a extender la vagina y a facilitar el trabajo de parto, treinta y cinco por ciento aseguran que éstas mejoran el bienestar fetal y más del ochenta por ciento cree que no debe dejar de tener relaciones sexuales.

A partir de la Edad Media, algunos teólogos se volvieron más tolerantes para evitar que el marido buscara satisfacción sexual fuera del matrimonio.

En la época victoriana la situación ideal durante el embarazo era la abstinencia, especialmente para las mujeres. La sexualidad durante el embarazo era perjudicial para la salud física y mental del feto y las relaciones sexuales durante el embarazo predisponían a éste a la epilepsia. La abstinencia daba origen a niños más inteligentes y lo contrario a retraso mental.

Actualmente en algunas civilizaciones, sobre todo en las poligámicas, cuando el marido toma conocimiento del embarazo de su esposa, sólo vuelve a tener relaciones sexuales con ella después de la lactancia.

En la tradición judeo-cristiana, las relaciones sexuales sólo están justificadas para la procreación y proscriptas como formas de obtención de placer. Condicionadas por estas convicciones (frecuentemente inconscientes); en algunas mujeres, el nuevo papel de madre en potencia, “cambia el significado de placer sexual y provoca remordimiento”.

Entre las diferentes religiones, las formas de concebir las relaciones sexuales durante el embarazo difieren sustancialmente:

- El Antiguo y Nuevo Testamento no las condena explícitamente, pero la Iglesia en La Edad Media las consideraba pecaminosas y prohibidas.
- Mientras tanto, las mujeres judías tienen prohibido por el Talmud mantener relaciones sexuales durante el primer trimestre porque pueden ser perjudiciales para la madre y el hijo; en el segundo trimestre son aceptadas, considerándolas nocivas para la madre pero beneficiosas para el hijo; y en el tercer trimestre son recomendadas.
- El Corán prohíbe a las mujeres musulmanas tener relaciones sexuales durante todo el embarazo, siendo esta prohibición característica de las sociedades poligámicas.

Muchos hombres y muchas mujeres todavía tienen miedo a que la actividad sexual pueda dañar al feto. Otros creen que el mantenimiento de las mismas durante el embarazo es favorable para el desarrollo del feto.

Por todo lo expuesto, es recomendable desmitificar estas creencias y presentar los hechos de manera realista, explicando las contraindicaciones del mantenimiento de la sexualidad durante el embarazo, aportando alternativas para la vivencia de la misma.

## **Problema**

¿Cuáles son las características y la frecuencia de ocurrencia de modificaciones en la actividad sexual durante la gestación en un grupo de mujeres?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer los cambios en la actividad sexual de mujeres embarazadas que concurren a la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las modificaciones en comparación con el tiempo previo a la concepción y con embarazos anteriores.
- Conocer las variaciones ocurridas durante cada trimestre de la gestación en cuanto al deseo sexual, frecuencia de relaciones sexuales y satisfacción sexual u orgasmo.
- Indagar sobre creencias y ocurrencia de problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales durante el embarazo .
- Indagar la información recibida sobre la actividad sexual durante la gestación.

## **Material y métodos**

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo en base a una encuesta realizada a mujeres embarazadas que concurren a la Maternidad Martin de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe; durante el periodo comprendido entre el 1º de agosto y 30 de setiembre de 2012.

Se incluyó en el estudio la totalidad de mujeres con más de 9 semanas de gestación que accedieran a participar en el estudio, y que hubieran concurrido a los consultorios externos de la Maternidad Martin durante el periodo de estudio.

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta elaborada para tal fin con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple), presentada en formato de cuestionario impreso. (ver anexo 1)

Los datos fueron recolectados en la sala de espera de los consultorios externos de la Maternidad Martin, explicitándose el carácter voluntario y anónimo de la participación en el estudio.

El muestreo fue no probabilístico, accidental y por conveniencia. La muestra quedó conformada por un total de 104 encuestas.

Se analizaron las siguientes variables: edad, estado civil, religión, nivel de instrucción, ocupación, edad gestacional, paridad y variables relacionadas con el deseo sexual, la actividad sexual, las prácticas sexuales, las alteraciones que pueden aparecer durante las relaciones sexuales, las patologías que las embarazadas creen que pueden aparecer durante la gestación provocadas por la actividad sexual y la información sobre actividad sexual durante la gestación.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 2). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado, test exacto de Fisher), para un nivel de significación  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Edad

La población encuestada presenta una edad mínima de 14 años y una edad máxima de 39 años, con un promedio de 20 años (DS  $\pm$  4.4), una mediana de 24 años y un modo de 23 años.

**Tabla 1:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población encuestada.

<b>Edad</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
menos de 20 años	24	23,1%
20 a 24 años	34	32,7%
25 a 29 años	29	27,9%
30 a 34 años	12	11,5%
35 años o más	5	4,8%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

Del total de la población estudiada (n=104), el 32.7% corresponde al intervalo de 20 a 24 años; el 27.9% al intervalo de 25 a 29 años; el 23.1% al intervalo de menos de 20 años; el 11.5% al intervalo de 30 a 34 años y el 4.8% al intervalo de 35 años o más.

### Estado civil

**Tabla 2:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del estado civil de la población encuestada.

<b>Estado Civil</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
en pareja	97	93,3%
soltera	7	6,7%
<b>Total</b>	<b>104</b>	



El 93.3% de la embarazadas está en pareja y el 6.7% refiere ser soltera.

## Religión

**Tabla 3:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si practica alguna religión la población encuestada.

<b>¿Practica alguna Religión?</b>			
	<i>f</i>	<i>%</i>	
No	77	74,0%	
Sí	27	26,0%	Católica 63,0%
			Evangelista 33,3%
			Mormona 3,7%
<b>Total</b>	<b>104</b>		

El 74% refiere no practicar ninguna religión y el 26% practica alguna religión (el 63% la religión católica, el 33.3% evangelista y el 3.7% mormona).

## Nivel de instrucción

**Tabla 4:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del nivel de instrucción de la población encuestada.

<b>Nivel de Instrucción</b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
primaria incompleta	11	10,6%
primaria completa	19	18,3%
secundaria incompleta	39	37,5%
secundaria completa	27	26,0%
terciaria	6	5,8%
universitaria	2	1,9%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 37.5% corresponde a secundaria incompleta; el 26% a secundaria completa; el 18.3% a primaria completa; el 10.6% a primaria incompleta; el 5.8% a terciaria y el 1.9% a universitaria.

## Ocupación

**Tabla 5:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la ocupación de la población encuestada.

<b>Ocupación</b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
desempleada	23	22,1%
ama de casa	56	53,8%
empleada	12	11,5%
estudiante	9	8,7%
personal doméstico	3	2,9%
profesional independiente	1	1,0%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 53.8% es ama de casa; el 22.1% desempleada; el 11.5% empleada; el 8.7% estudiante; el 2.9% personal doméstico y el 1% profesional independiente.

## Embarazos

**Tabla 6:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de embarazos en la población encuestada.

<b>Embarazos</b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
primigesta	36	34,6%
secundigesta	36	34,6%
tercigesta	18	17,3%
multigesta	14	13,5%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 34.6% es primigesta; el 34.6% secundigesta; el 17.3% tercigesta y el 13.5% multigesta.

## Resolución embarazos anteriores

La población encuestada presenta un total de 129 embarazos anteriores al actual.

**Tabla 7:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de resolución de embarazos anteriores en la población encuestada.

<b>Resolución embarazos anteriores</b>		
	<i>f</i>	%
abortos	15	11,6%
partos	92	71,3%
cesáreas	22	17,1%
<b>Total</b>	<b>129</b>	

El 71.3% de los embarazos anteriores terminaron en partos; el 17.1% en cesáreas y el 11.6% en abortos.

### **Edad gestacional**

La población presenta una edad gestacional mínima de 10 semanas, máxima de 40 semanas, con un promedio de 24.2 semanas (DS  $\pm$  6.4), una mediana de 24 semanas y un modo de 20 semanas.

**Tabla 8:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad gestacional en la población encuestada.

<b>Edad gestacional</b>		
	<i>f</i>	%
1º trimestre (hasta 13ª semana)	14	13,5%
2º trimestre (14º a 27º semana)	54	51,9%
3º trimestre (28º a 40º semana)	36	34,6%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 51.9% de la población encuestada corresponde al 2º trimestre; el 34.6% al 3º trimestre y el 13.5% al primer trimestre.

## Deseo sexual

**Tabla 9:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los cambios en el deseo sexual después de quedar embarazada la población encuestada.

<b>¿Notó Ud. un cambio en el deseo sexual después de quedar embarazada?</b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
No	22	21,2%
Sí	82	78,8%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 78.8% de la población encuestada refiere que notó cambios en el deseo sexual después de quedar embarazada y el 21.2% refiere que no notó cambios en el deseo sexual.

- Cambios del deseo sexual según trimestre de embarazo**

**Tabla 10:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los cambios en el deseo sexual después de quedar embarazada según trimestre de embarazo en la población encuestada.

<b>Cambio en el deseo sexual según trimestre de embarazo</b>									
	<i>Sin cambio en el deseo sexual</i>		<i>Cambio en el deseo sexual en el 1º trimestre</i>		<i>Cambio en el deseo sexual en el 2º trimestre</i>		<i>Cambio en el deseo sexual en el 3º trimestre</i>		<i>Total</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
1º Trimestre	3	21,4%	11	78,6%	-	-	-	-	<b>14</b>
2º Trimestre	13	24,1%	26	48,1%	15	27,8%	-	-	<b>54</b>
3º Trimestre	6	16,7%	11	30,6%	12	33,3%	7	19,4%	<b>36</b>

Del total de la población que se encuentra en el 1º trimestre (n=14), el 78.6% refiere un cambio en el deseo sexual durante el 1º trimestre y el 21.4% refiere que no tuvo cambio en el deseo sexual.

Del total de la población que se encuentra en el 2º trimestre (n=54), el 48.1% refiere un cambio en el deseo sexual durante el 1º trimestre; el 27.8% en el 2º trimestre y el 24.1% refiere que no tuvo cambio en el deseo sexual.

Del total de la población que se encuentra en el 3º trimestre (n=36), el 33.3% refiere un cambio en el deseo sexual durante el 2º trimestre; el 30.6% refiere un cambio en el deseo sexual durante el 1º trimestre; el 19.4% refiere un cambio en el deseo sexual durante el 3º trimestre y el 16.7% refiere que no tuvo cambio en el deseo sexual.

- **Tipo de cambio en el deseo sexual**

**Tabla 11:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de cambio en el deseo sexual en la población encuestada.

<i>Tipo de cambio en el deseo sexual</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Aumento del deseo sexual	28	34,1%
Disminución del deseo sexual	54	65,9%
<b>Total</b>	<b>82</b>	

Del total de embarazadas que refieren un cambio en el deseo sexual (n=82), el 65.9% refiere disminución en el deseo sexual y el 34.1% refieren aumento del deseo sexual.

- **Tipo de cambio en el deseo sexual según trimestre de embarazo**

**Tabla 12:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de cambio en el deseo sexual según trimestre de embarazo en la población encuestada.

<i>Tipo de cambio en el deseo sexual según trimestre de embarazo</i>					
	<i>Aumento del deseo sexual</i>		<i>Disminución del deseo sexual</i>		<i>Total</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
Cambio en el deseo sexual en el 1º trimestre	14	29,2%	34	70,8%	<b>48</b>
Cambio en el deseo sexual en el 2º trimestre	13	48,1%	14	51,9%	<b>27</b>
Cambio en el deseo sexual en el 3º trimestre	1	14,3%	6	85,7%	<b>7</b>

Del total de embarazadas que refieren un cambio en el deseo sexual durante el 1º trimestre (n=48), el 70.8% refiere disminución del deseo sexual y el 29.2% aumento del deseo sexual.

Del total de embarazadas que refieren un cambio en el deseo sexual durante el 2º trimestre (n=27), el 51.9% refiere disminución del deseo sexual y el 48.1% aumento del deseo sexual.

Del total de embarazadas que refieren un cambio en el deseo sexual durante el 3º trimestre (n=7), el 85.7% refiere disminución del deseo sexual y el 14.3% aumento del deseo sexual.

- **Cambio en el deseo sexual comparado con embarazos anteriores**

**Tabla 13:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del cambio en el deseo sexual comparado con embarazos anteriores en la población encuestada.

<b>Cambio en el deseo sexual comparado con embarazos anteriores</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
No hubo cambios	33	48,5%
<i>En este embarazo el deseo sexual es menor</i>	23	33,8%
<i>En este embarazo el deseo sexual es mayor</i>	12	17,6%
<b>Total</b>	<b>68</b>	

Del total de mujeres que refieren un cambio en el deseo sexual y tienen embarazos anteriores (n=68), el 48.5% refiere que en este embarazo no hubo cambios; el 33.8% que en este embarazo el deseo sexual es menor y el 17.6% que el deseo sexual es mayor.

### **Deseo sexual de la pareja**

Del total de la población encuestada, el 5.8% (6 casos) refiere no tener pareja sexual durante el actual embarazo.

**Tabla 14:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del deseo sexual de la pareja en la población encuestada.

<b>¿Cómo describe el deseo sexual de su pareja durante el embarazo?</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>No se modificó el deseo sexual</i>		56,2%
<i>Disminuyó el deseo sexual</i>		24,9%
<i>Aumentó el deseo sexual</i>		18,9%

Del total de la población con pareja sexual en el actual embarazo (n=98), el 56.2% refiere que el deseo sexual de la pareja no se modificó; el 24.9% que disminuyó y el 18.9% que aumentó.

- **Deseo sexual de la pareja durante cada trimestre de embarazo**

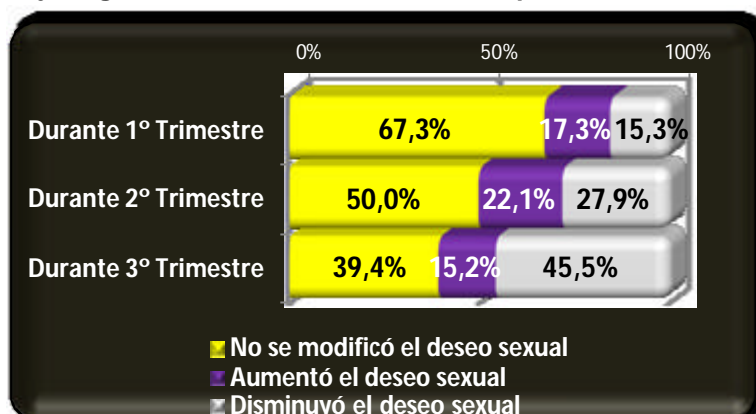
Del total de embarazadas con pareja sexual durante el 1º trimestre (n=98), el 67.3% refiere que el deseo sexual de su pareja no se modificó; el 17.3% que aumentó y el 15.3% que disminuyó.

Del total de embarazadas con pareja sexual durante el 2º trimestre (n=86), el 50% refiere que el deseo sexual de su pareja no se modificó; el 27.9% que disminuyó y el 22.1% que aumentó.

Del total de embarazadas con pareja sexual durante el 3º trimestre (n=33), el 45.5% refiere que el deseo sexual de su pareja disminuyó; el 39.4% que no se modificó y el 15.2% que aumentó.

La relación entre deseo sexual de la pareja y trimestre de embarazo resultó altamente significativa ( $p < 0.001$ ), es decir, que durante el 3º trimestre existe mayor probabilidad de disminución del deseo sexual de la pareja que en el 1º y 2º trimestre de embarazo.

**Gráfico 1:** distribución de las frecuencias relativas del cambio en el deseo sexual de la pareja según trimestre de embarazo en la población encuestada.



### Frecuencia de las relaciones sexuales

**Tabla 16:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de relaciones sexuales antes del embarazo en la población encuestada.

<i>Frecuencia de las relaciones sexuales antes del embarazo</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Todos los días	18	17,3%
4 a 6 días por semana	26	25,0%
2 a 3 días por semana	27	26,0%
1 vez por semana	11	10,6%
cada 10 días	10	9,6%
cada 15 días	5	4,8%
1 vez al mes	7	6,7%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

Del total de la población encuestada (n=104), el 26% refiere una frecuencia de relaciones sexuales antes del embarazo de 2 a 3 días por semana; el 25% 4 a 6 días por semana; el 17.3% todos los días; el 10.6% 1 día por semana; el 9.6% cada 10 días; el 6.7% 1 vez al mes y el 4.8% cada 15 días.



- **Cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales**

**Tabla 17:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del cambio en la frecuencia de relaciones sexuales después de quedar embarazada la población encuestada.

<i>¿Hubo un cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales después de quedar embarazada?</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
No	26	25,0%
Sí	78	75,0%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 75% de la población encuestada refiere un cambio de la frecuencia de relaciones sexuales luego de quedar embarazada.

- **Cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales según trimestre de embarazo**

**Tabla 18:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del cambio en la frecuencia de relaciones sexuales después de quedar embarazada según trimestre de embarazo en la población encuestada.

<i>Cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales según trimestre de embarazo</i>							
	<i>No tuvo relaciones sexuales</i>		<i>Aumentó la frecuencia</i>		<i>Disminuyó la frecuencia</i>		<i>Total</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
Durante 1º Trimestre	8	15,7%	12	23,5%	31	60,8%	<b>51</b>
Durante 2º Trimestre	0	0,0%	6	30,0%	14	70,0%	<b>20</b>
Durante 3º Trimestre	0	0,0%	1	14,3%	6	85,7%	<b>7</b>

Del total de la población que refiere un cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el 1º trimestre (n=51), el 60.8% refiere que disminuyó la frecuencia; el 23.5% que aumentó y el 15.7% que no tuvo relaciones sexuales.

Del total de la población que refiere un cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el 2º trimestre (n=20), el 70% refiere que disminuyó la frecuencia y el 30% que aumentó la frecuencia.

Del total de la población que refiere un cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el 3º trimestre (n=7), el 85.7% refiere que disminuyó la frecuencia y el 14.3% que aumentó la frecuencia.

## Satisfacción sexual u orgasmo

**Tabla 19:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la satisfacción sexual u orgasmo en la población encuestada.

<b><i>Su satisfacción sexual u orgasmos son:</i></b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
Vaginales	72	69,2%
Clitoridianos	5	4,8%
Vaginales y clitoridianos	27	26,0%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 69.2% de la población refiere que la satisfacción sexual u orgasmo es vaginal; el 26% vaginal y clitoridiano y el 4.8% clitoridiano.

- **Cambio en la satisfacción sexual u orgasmo**

**Tabla 20:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del cambio en la satisfacción sexual u orgasmo después de quedar embarazada la población encuestada.

<b><i>¿Hubo un cambio en la satisfacción sexual u orgasmos después de quedar embarazada?</i></b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
No	45	43,3%
Sí	51	49,0%
No tuvo relaciones sexuales	8	7,7%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 49% refiere que hubo un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo luego de quedar embarazada; el 43.3% que no hubo cambios y el 7.7% que no tuvo relaciones sexuales.

- **Cambio en la satisfacción sexual u orgasmo según trimestre de embarazo**

**Tabla 21:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del cambio en la satisfacción sexual u orgasmo después de quedar embarazada según trimestre de embarazo en la población encuestada.

<b>Cambio en la satisfacción sexual u orgasmos según trimestre de embarazo</b>					
	<b>Aumentó la satisfacción sexual u orgasmos</b>		<b>Disminuyó la satisfacción sexual u orgasmos</b>		<b>Total</b>
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	
Durante 1º Trimestre	15	45,5%	18	54,5%	<b>33</b>
Durante 2º Trimestre	6	42,9%	8	57,1%	<b>14</b>
Durante 3º Trimestre	1	25,0%	3	75,0%	<b>4</b>

Del total de las mujeres que refieren un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo durante el 1º trimestre (n=33), el 54.5% refiere disminución de la satisfacción sexual y el 45.5% aumento.

Del total de las mujeres que refieren un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo durante el 2º trimestre (n=14), el 57.1% refiere disminución de la satisfacción sexual y el 42.9% aumento.

Del total de las mujeres que refieren un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo durante el 3º trimestre (n=4), el 75% refiere disminución de la satisfacción sexual y el 25% aumento.

- **Posición que permite lograr satisfacción sexual u orgasmo según trimestre de embarazo.**

Del total de embarazadas que tuvieron relaciones sexuales durante el 1º trimestre (n=96), el 43.8% refiere que le resultó más fácil lograr la satisfacción

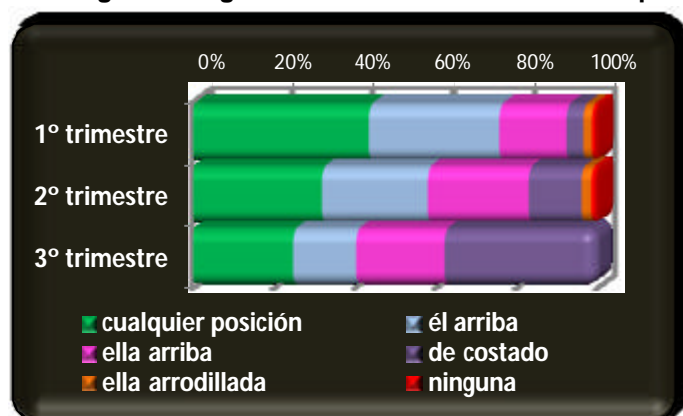
sexual u orgasmo en cualquier posición; el 32.3% con él arriba; el 16.7% ella arriba; el 4.2% de costado; el 2.1% ella arrodillada y el 1% en ninguna posición.

Del total de embarazadas que tuvieron relaciones sexuales durante el 2º trimestre (n=84), el 32.1% refiere que le resultó más fácil lograr la satisfacción sexual u orgasmo en cualquier posición; el 26.2% con él arriba; el 25% ella arriba; el 13.1% de costado; el 2.4% ella arrodillada y el 1.2% en ninguna posición.

Del total de embarazadas que tuvieron relaciones sexuales durante el 3º trimestre (n=32), el 37.5% refiere que le resultó más fácil lograr la satisfacción sexual u orgasmo de costado; el 25% en cualquier posición; el 21.9% con ella arriba y el 15.6% con él arriba.

La relación entre posición que permite lograr satisfacción sexual u orgasmo y trimestre de embarazo resultó altamente significativa ( $p < 0.001$ ), es decir, que durante el 3º trimestre es más probable que se logre satisfacción sexual u orgasmo de costado o con ella arriba.

**Gráfico 2:** distribución de las frecuencias relativas de la posición que permite lograr satisfacción sexual u orgasmo según trimestre de embarazo en la población encuestada.



## **Problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales durante el embarazo.**

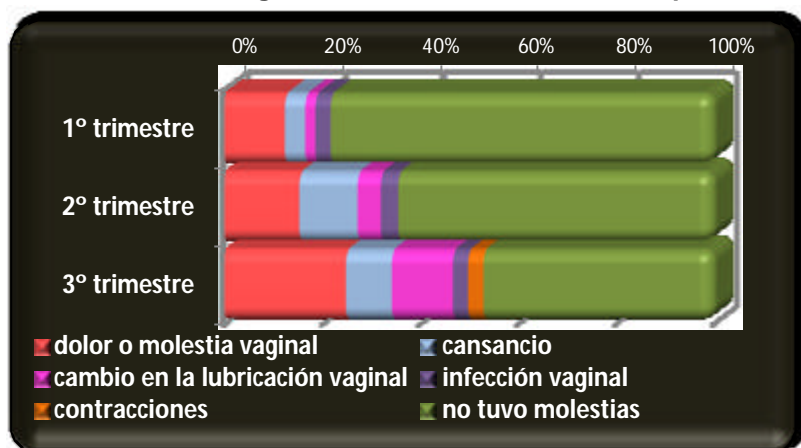
Del total de embarazadas que tuvieron relaciones sexuales durante el 1º trimestre (n=96), el 78.1% refiere que no tuvo molestias; el 12.5% que tuvo dolor o molestia vaginal; el 4.2% cansancio; el 3.1% infección vaginal y el 2.1% cambio en la lubricación vaginal.

Del total de embarazadas que tuvieron relaciones sexuales durante el 2º trimestre (n=84), el 64.3% refiere que no tuvo molestias; el 15.5% que tuvo dolor o molestia vaginal; el 11.9% cansancio; el 4.8% cambio en la lubricación vaginal y el 3.6% infección vaginal.

Del total de embarazadas que tuvieron relaciones sexuales durante el 3º trimestre (n=32), el 46.9% refiere que no tuvo molestias; el 25% que tuvo dolor o molestia vaginal; el 12.5% cambio en la lubricación vaginal; el 9.4% cansancio; el 3.1% infección vaginal y el 3.1% contracciones.

La relación entre problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales y trimestre de embarazo resultó altamente significativa ( $p < 0.001$ ), es decir que las embarazadas en el 3º trimestre de embarazo tienen mayor probabilidad de presentar problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales que las embarazadas en el 1º o 2º trimestre.

**Gráfico 3:** distribución de las frecuencias relativas de problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales según trimestre de embarazo en la población encuestada.



Las relaciones sexuales pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé.

**Tabla 24:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si cree que las relaciones sexuales pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé la población encuestada.

<i>¿Cree Ud. que las relaciones sexuales pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé?</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
No	55	52,9%
Sí	49	47,1%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

El 52.9% de la población encuestada cree que las relaciones sexuales no pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé.

- **Manera en que las relaciones sexuales pueden afectar al embarazo o al bebé**

**Tabla 25:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la manera en que las relaciones sexuales pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé la población encuestada.

<i>De qué manera las relaciones sexuales pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
golpear al bebé	17	34,7%
sangrado	9	18,4%
rotura de bolsa	6	12,2%
parto pretérmino	5	10,2%
aplastar al bebé	4	8,2%
aborto	3	6,1%
frenar el crecimiento del bebé	3	6,1%
asfixiar al bebé	1	2,0%
infección	1	2,0%
<b>Total</b>	<b>49</b>	

Del total de la población que considera que las relaciones sexuales pueden afectar al embarazo o al bebé (n=49), el 34.7% refiere que pueden golpear al bebé; el 18.4% sangrado; el 12.2% rotura de bolsa; el 10.2% parto pretérmino, y en menor frecuencia: aplastar al bebé, aborto, frenar el crecimiento del bebé, asfixiar al bebé e infección.

- **Complicaciones que se produjeron por las relaciones sexuales**

**Tabla 26:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tiene o tuvo alguna complicación que piensa que se produjo por las relaciones sexuales la población encuestada.

<i>¿Tiene o tuvo alguna complicación que Ud. piensa que se produjo por las relaciones sexuales?</i>				
	<i>f</i>	<i>%</i>		
No	100	96,2%		
Sí	4	3,8%	aborto	3 75,0%
			dolor pelviano	1 25,0%
<b>Total</b>	<b>104</b>			

El 96.2% refiere que no tiene o tuvo complicaciones que considera se produjeron por las relaciones sexuales y el 3.8% considera que tuvo o tiene complicaciones (el 75% refiere aborto y el 25% dolor pelviano).

### Información sobre actividad sexual en el embarazo

- **Dudas o preguntas acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo**

**Tabla 27:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tiene dudas o preguntas acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo la población encuestada.

<b>¿Tiene dudas o preguntas acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo?</b>				
	<i>f</i>	<i>%</i>		
No	95	91,3%		
Sí	9	8,7%	¿Se puede dañar al bebé?, ¿Tener relaciones sexuales hace daño al bebé?, ¿De qué manera las relaciones sexuales pueden afectar al bebé?, ¿Las relaciones sexuales afectan al bebé?	4 44,4%
			¿Se pueden tener relaciones sexuales durante todo el embarazo?, ¿Es bueno tener relaciones sexuales en el 1er trimestre?	2 22,2%
			Las relaciones sexuales, ¿Provocan un beneficio o causan un problema?	1 11,1%
			¿Es normal la disminución del deseo, y el ardor vaginal durante las relaciones sexuales?	1 11,1%
			¿Provocan abortos?	1 11,1%
<b>Total</b>	<b>104</b>			

El 91.3% de la población no tiene dudas o preguntas y el 8.7% tiene dudas (el 44.4% en referencia a los daños o afectación del bebé; el 22.2% en referencia a cuándo se puede tener relaciones sexuales y con menor frecuencia en relación a problemas, malestares o deseo sexual).



- **Recibió información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo**

**Tabla 28:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si recibió información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo la población encuestada.

<b>¿Recibió información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo?</b>					
	<i>f</i>	<i>%</i>			
No	58	55,8%			
Sí	46	44,2%	médico	30	65,2%
			familiar	9	19,6%
			internet	3	6,5%
			escuela	1	2,2%
			curso parto	1	2,2%
			revista	1	2,2%
			televisión	1	2,2%
<b>Total</b>	<b>104</b>				

El 55.8% refiere que no recibió información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo y el 44.2% refiere que recibió información (el 65.2% proveniente del médico; el 19.6% de familiar; el 6.5% de internet y en menor frecuencia de escuela, curso parto, revista y televisión).

- **Satisfacción acerca de la información recibida sobre las relaciones sexuales durante el embarazo**

**Tabla 29:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si fue satisfactoria la información que recibió acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo la población encuestada.

<b>Si recibió información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo, ¿Fue satisfactoria?</b>					
	<b>Satisfactoria</b>		<b>No satisfactoria</b>		<b>Total</b>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
médico	28	93,3%	2	6,7%	<b>30</b>
familiar	4	44,4%	5	55,6%	<b>9</b>
internet	2	66,7%	1	33,3%	<b>3</b>
escuela	1	100,0%	0	0,0%	<b>1</b>
curso parto	1	100,0%	0	0,0%	<b>1</b>
revista	1	100,0%	0	0,0%	<b>1</b>
televisión	0	0,0%	1	100,0%	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>80,4%</b>	<b>9</b>	<b>19,6%</b>	<b>46</b>

Del total de la población que refiere haber recibido información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo (n=46), el 80.4% refiere que la información fue satisfactoria y el 19.6% no satisfactoria.

Del total de la población que recibió información por parte del médico (n=30), el 93.3% refiere que fue satisfactoria.

Del total de la población que recibió información por parte de un familiar (n=9), el 55.6% refiere que no fue satisfactoria.

Del total de la población que recibió información por internet (n=3), el 66.7% refiere que fue satisfactoria.

La totalidad de las embarazadas que recibieron información en la escuela, en el curso parto o en revistas refiere que fue satisfactoria.

Y quien recibió información de la televisión refiere que no fue satisfactoria.

La relación entre satisfacción de la información recibida y fuente de información resultó altamente significativa ( $p < 0.001$ ), es decir, que existe mayor probabilidad de satisfacción en el caso de haber recibido la información por parte del médico.

- **Cree que hace falta más información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo**

**Tabla 30:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si cree que hace falta más información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo la población encuestada.

<b>¿Cree que hace falta más información acerca de la actividad sexual durante el embarazo?</b>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
No	20	19,2%
Sí	84	80,8%
<b>Total</b>	<b>104</b>	

Del total de la población encuestada (n=104), el 80.8% cree que hace falta más información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo.

## Discusión

Se encuestó un total de 104 mujeres embarazadas, más del 60% correspondía a la edad de 20 a 29 años y alcanzaba un nivel de instrucción de secundaria incompleta o inferior, en su mayoría estaban en pareja, la mayoría era ama de casa o desempleada y solamente el 26% practicaba alguna religión.

El 70% correspondía a primigesta o secundigesta. La población encuestada presentaba un total de 129 embarazos anteriores al actual, de los cuales, más del 70% terminaron en partos; el 17.1% en cesáreas y el 11.6% en abortos.

En cuanto a la edad gestacional, poco más de la mitad se encontraba en el 2º trimestre y casi el 35% en el 3º trimestre.

En relación al deseo sexual, casi el 80% refirió que notó cambios en el deseo sexual después de quedar embarazada, el 65.9% disminución en el deseo sexual y el 34.1% aumento del deseo sexual. La disminución del deseo sexual fue el cambio predominante en los tres trimestres de embarazo, siendo de 70,8% en el primero, 51,9% en el segundo y 85,7% en el tercero. Estos datos coinciden con estudios que indican como principal cambio la existencia de disminución del deseo sexual en la mujer luego de quedar embarazada (2,3,5,7,9); sin embargo, la bibliografía consultada señala que durante el 2º trimestre existe un aumento del deseo sexual (14).

Comparando con embarazos anteriores, el 33.8% refirió que en este embarazo el deseo sexual es menor y el 17.6% que el deseo sexual es mayor, el resto que no hubo cambios.

En relación a la pareja, el 56.2% refiere que el deseo sexual de la pareja no se modificó; el 24.9% que disminuyó y el 18.9% que aumentó. Se halló que durante el 3º trimestre existe mayor probabilidad de disminución del deseo sexual de la pareja que en el 1º y 2º trimestre de embarazo. Este último hallazgo también fue observado en otros estudios <sup>(3,8,9)</sup>.

Casi el 70% refirió una frecuencia de relaciones sexuales de 3 o más días por semana, y el 75% que la frecuencia de relaciones sexuales disminuyó luego de quedar embarazada; encontrándose que, entre los trimestres de embarazo, en el 3º existe mayor frecuencia de disminución, un 85,7%. Esta disminución de la frecuencia de relaciones sexuales concuerda con lo hallado en trabajos anteriores. <sup>(2-5,7,8)</sup>

Casi el 70% indicó que la satisfacción sexual u orgasmo es vaginal. La mitad de la población refirió que hubo un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo luego de quedar embarazada. La disminución de la satisfacción sexual fue el cambio encontrado con mayor frecuencia en todos los trimestres de embarazo; siendo de 54,5% en el primero, de 57,1% en el segundo y de 75% en el tercero. Muchos autores señalan este mismo hallazgo como el más predominante <sup>(5,7,9)</sup>.

En cuanto a la posición que permitió lograr satisfacción sexual u orgasmo según trimestre de embarazo se halló que durante el 3º trimestre es más probable que se logre satisfacción sexual u orgasmo de costado o con ella arriba. Este hallazgo coincide con lo expuesto en trabajos de investigación anteriores <sup>(7,8,9)</sup>.

Casi el 70% de las embarazadas no tuvieron problemas o molestias provocadas por las relaciones sexuales durante el embarazo. Sin embargo se encontró que las embarazadas en el 3º trimestre tienen mayor probabilidad de

presentar problemas o molestias provocados por las relaciones sexuales que las embarazadas en el 1º o 2º trimestre, siendo más frecuente el dolor o molestia vaginal. Lo mismo fue encontrado en el estudio realizado por Tamayo García y col. <sup>(8)</sup>, aunque éste indica que las contracciones uterinas fue el problema hallado con mayor frecuencia.

El 47,1% de las embarazadas encuestadas creen que las relaciones sexuales puedan afectar o perjudicar al embarazo o al bebé. Bartellas y col. <sup>(2)</sup> describen que el 49% de las mujeres creen que las relaciones sexuales pueden dañar el embarazo; mientras que Pauleta y col. <sup>(5)</sup> indican que esto sucede en el 23,5%, y Vásquez y col <sup>(7)</sup> en el 17,7%. Sin embargo, sólo el 4% de las embarazadas consideraban que habían tenido complicaciones provocadas por las relaciones sexuales (aborto y dolor pelviano).

En relación a la información sobre actividad sexual en el embarazo, la mayoría refirió no tener dudas o preguntas, sin embargo, el 55.8% no había recibido información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo. Quienes recibieron información en su mayoría fue por parte del médico y en menor frecuencia de un familiar, internet, escuela, curso preparto, revista y televisión. Se encontró que existía mayor probabilidad de satisfacción en el caso de haber recibido la información por parte del médico. El estudio realizado por Bartellas y col. <sup>(2)</sup> señala que sólo el 29% de las mujeres habían sido informadas por sus médicos sobre la actividad sexual durante el embarazo; de las cuales, el 49% tuvo que pedir ser informada, sintiéndose incómodas al hacerlo el 34%.

El 80.8% de las embarazadas creían que falta información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo.

## **Conclusión**

Durante la gestación se producen una serie de cambios en la actividad sexual que abarcan el deseo sexual, la frecuencia de las relaciones sexuales, la satisfacción sexual u orgasmos y las posiciones adoptadas en la relación sexual.

En la mayoría de las embarazadas existe una disminución del deseo sexual en comparación con el tiempo previo a la concepción.

Aproximadamente en la mitad de las embarazadas no cambia el deseo sexual en comparación con los embarazos anteriores.

El deseo sexual de la pareja tiene mayor probabilidad de disminución en el tercer trimestre de embarazo.

En tres cuartas partes de las mujeres disminuyó la frecuencia de las relaciones sexuales luego de quedar embarazada.

En la mitad de las embarazadas se modifica la satisfacción sexual u orgasmo luego de quedar embarazada, y la disminución es más frecuente que el aumento.

Durante el tercer trimestre de embarazo la mayoría de las embarazadas tienen menor deseo sexual, menos relaciones sexuales y menor satisfacción sexual u orgasmos que en los otros trimestres.

En el tercer trimestre de embarazo es más probable que se logre satisfacción sexual u orgasmo en la posición de costado o ella arriba.

La gran mayoría de las embarazadas no tiene problemas o molestias provocadas por las relaciones sexuales durante el embarazo; sin embargo es

más probable que se presenten en el tercer trimestre, período en el que es más frecuente el dolor o molestia vaginal.

Menos de la mitad de las embarazadas creen que las relaciones sexuales pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé. Un porcentaje mínimo considera haber tenido complicaciones (aborto y dolor pelviano) provocadas por las relaciones sexuales.

La gran mayoría de las embarazadas no tienen dudas o preguntas acerca de la actividad sexual durante el embarazo. Sin embargo, menos de la mitad de las mujeres recibió información acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo, la gran mayoría por parte del médico, y con alto grado de satisfacción. No obstante, un alto porcentaje de embarazadas cree que hace falta más información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo.



## **Bibliografía**

1. Brown HL and McDaniel ML. A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. *Current Sexual Health Reports*, 2008; 5: 51-55.
2. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA and Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000; 107: 964–968.
3. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 1991; 1: 35-45.
4. Puente Tovar FJ, Flores Ayola G. Sexualidad durante el embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1987; 55: 69-73.
5. Pauleta JR, Pereira NM and Graça LM. Sexuality During Pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 2010; 7: 136–142.
6. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I and Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 2001; 97: 283-289.
7. Vásquez J, Meza Sánchez GR. Relaciones sexuales y gestación. *Ginecología y Obstetricia*, 1999; 45(1): 23-6.
8. Tamayo García MR, Calderón Basilio VJ, Colunga Santos S. Conductas sexuales durante el embarazo. *Psicología*, 2003; 213-230.
9. Rodrigues Gomes MC. Alguns factores que influenciam o desejo sexual do casal durante a gravidez. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2009. Disponible en:

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1052/1/18101\\_ulsd\\_dep.17628re\\_Tese\\_Des\\_Sex\\_Gra\\_Clementina\\_Gomes.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1052/1/18101_ulsd_dep.17628re_Tese_Des_Sex_Gra_Clementina_Gomes.pdf)

10. De la Gándara Martín JJ, Puigvert Martínez A. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Ed. Médica Panamericana. 2005.
11. Jadresic Vargas E, Jara VC, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. Rev. chil. neuro-psiquiatr, 1992; 30(2): 99-106.
12. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra / OMS. 2006. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
13. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10° Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
14. Masters WH, Johnson VE. Respuesta Sexual Humana. 1° Ed. Buenos Aires. Interamericana. 1972.
15. Magalhães LPFL, Soares RSMR. Sexualidade na gravidez. Rev. Ecos de Enfermagem, 2007; (262): 10-11.
16. Berek & Novak's Gynecology, 14th. ed., Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
17. Reece AE, Hobbins J. Obstetricia Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2010.
18. Cabero Roura L, Saldivar Rodríguez D. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Ed. Médica Panamericana. 2007.
19. Actividad Sexual en el período gestacional. Documento de Posición de la OPS/OMS. 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/par/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=103&Itemid=253](http://new.paho.org/par/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=103&Itemid=253)

20. Niswander KR. Obstetricia: Práctica clínica. 2º Ed. Editorial Reverté SA. 1987.
21. Valdez R E. Conceptos de sexualidad en Perinatología . Rev. Chil. Obstet. Ginecol., Santiago, v. 68, n. 4, 2003; 68(4): 333-336.
22. Naeye RL. Coitus and Associated Amniotic-Fluid Infections. N Engl J Med, 1979; 301: 1198-1200
23. Harmanli OH, Wapner RJ, Lontz JF: Human ejaculate. Effects on the biomechanical properties of the human chorioamniotic membranes. J Reprod Med, 1998; 43(9): 779-82.
24. Bonilla-Musoles F, Pellicer A. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. 1º Ed. Ed. Médica Panamericana. 2007.

## Anexos

### Anexo 1: Encuesta

**Universidad Abierta Interamericana**  
**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**  
**Carrera de Medicina**

La siguiente encuesta será utilizada para realizar un trabajo de investigación.  
El objetivo de este cuestionario consiste en determinar las modificaciones de la actividad sexual durante el embarazo.

La encuesta es anónima y tanto los datos como los resultados obtenidos son de carácter confidencial.

- 1) Edad: \_\_\_\_\_
- 2) Estado Civil: (Marque con un círculo)
  - Soltera
  - En Pareja
- 3) ¿Practica alguna Religión?
  - No
  - Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 4) Nivel de Instrucción: (Marque con un círculo)
  - No posee
  - Primario Incompleto
  - Primario Completo
  - Secundario Incompleto
  - Secundario Completo
  - Terciario / Universitario
- 5) Ocupación: \_\_\_\_\_
- 6) Numero de **Embarazos** \_\_\_\_ / **Abortos** \_\_\_\_ / **Partos** \_\_\_\_ / **Cesáreas** \_\_\_\_ : (Escriba el número en el espacio correspondiente)
- 7) **Edad Gestacional** al momento de la encuesta: \_\_\_\_\_
- 8) ¿Notó Ud. un cambio en el **deseo** sexual después de quedar embarazada? (Marque con un círculo)
  - No
  - Si
- 9) Si tuvo un cambio en el **deseo** sexual, ¿Cómo lo describe? (Marque con un círculo)
  - Aumento
  - Disminución
- 10) Si tuvo un cambio en el **deseo** sexual, ¿En qué trimestre del embarazo notó dicho cambio? (Marque con una cruz)

TRIMESTRE	AUMENTO	DISMINUCION
1er Trimestre		
2do Trimestre		
3er Trimestre		
- 11) Si tuvo otro/s embarazo/s, ¿Hubo un cambio en el **deseo** sexual comparando este embarazo con el/los anterior/es? (Marque con un círculo)
  - No
  - Si
    - a) En este embarazo el deseo sexual es mayor que en el/los anteriores
    - b) En este embarazo el deseo sexual es menor que en el/los anteriores

12) ¿Cómo describe el **deseo** sexual de su pareja durante el embarazo? (Marque con una cruz)

TRIMESTRE	AUMENTO	DISMINUCION	NO CAMBIO
1er Trimestre			
2do Trimestre			
3er Trimestre			

13) Marque la **frecuencia** de las relaciones sexuales antes del embarazo. (Marque con un círculo)

- Todos los días
- Semanal:       6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 días por semana
- Cada 10 días
- Cada 15 días
- Una vez al mes
- Otra frecuencia: \_\_\_\_\_

14) ¿Hubo un cambio en la **frecuencia** de las relaciones sexuales después de quedar embarazada? (Marque con un círculo)

- No
- Si

15) Si hubo un cambio en la **frecuencia** de las relaciones sexuales, ¿En qué trimestre del embarazo notó dicho cambio? (Marque con una cruz)

TRIMESTRE	AUMENTO	DISMINUCION
1er Trimestre		
2do Trimestre		
3er Trimestre		

16) Su **satisfacción sexual u orgasmos** son: (Marque con un círculo)

- Vaginales
- Clitoridianos
- Ambos
- Otros: \_\_\_\_\_

17) ¿Hubo un cambio en la **satisfacción sexual u orgasmos** después de quedar embarazada? (Marque con un círculo)

- No
- Si

18) Si hubo un cambio en la **satisfacción sexual**, ¿En qué trimestre del embarazo notó dicho cambio? (Marque con una cruz)

TRIMESTRE	AUMENTO	DISMINUCION
1er Trimestre		
2do Trimestre		
3er Trimestre		

19) ¿En qué posición le resulto más fácil lograr la **satisfacción sexual**? (Marque con una cruz o escriba en caso de ser necesario)

POSICION	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
El arriba			
Ella arriba			
Ella arrodillada			
De costado			
Cualquier posición			
Otra (¿Cuál?)			

20) ¿Notó algún problema o molestia provocada por las **relaciones sexuales** durante el embarazo? (Marque con una cruz)

MOLESTIAS	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
No tuve molestias			
Cansancio			
Dolor o molestia vaginal			
Cambio en la lubricación vaginal			
Infección vaginal			
Sangrado vaginal			
Pérdida de orina			
Contracciones uterinas			
Otra (¿Cuál?)			

21) ¿Cree Ud. que las **relaciones sexuales** pueden afectar o perjudicar al embarazo o al bebé? (Marque con un círculo)

- No
- Si – Marque la opción
  - a) Aborto
  - b) Parto Pretérmino
  - c) Rotura de bolsa
  - d) Sangrado
  - e) Infección
  - f) Asfixiar al bebé
  - g) Golpear al bebé
  - h) Aplastar al bebé
  - i) Frenar el crecimiento del bebé
  - j) Otra: (¿Cuál?) \_\_\_\_\_

22) ¿Tiene en este embarazo o tuvo en un embarazo anterior alguna complicación que Ud. piensa que se produjo por las **relaciones sexuales**? (Marque con un círculo)

- No
- Si: (¿Cuál?) \_\_\_\_\_

23) ¿Tiene dudas o preguntas acerca de las **relaciones sexuales** durante el embarazo? (Marque con un círculo)

- No
- Si: (¿Cuál?) \_\_\_\_\_

24) ¿Recibió información acerca de las **relaciones sexuales** durante el embarazo? (Marque con un círculo)

- No
- Si: (¿De dónde?)
  - a) Médico
  - b) Enfermero/a u otro personal de salud
  - c) Televisión / Radio
  - d) Diario / Revista / Libro
  - e) Familiar y/o amigo/a
  - f) Otro: \_\_\_\_\_

25) Si recibió información acerca de las **relaciones sexuales** durante el embarazo, ¿Fue satisfactoria? (Marque con un círculo)

- No
- Si

26) ¿Cree que hace falta mas información acerca de la **actividad sexual** durante el embarazo? (Marque con un círculo)

- No
- Si









