



REVISTA INCLUSIONES

HOMENAJE A ALEKSANDAR IVANOV KATRANZHEV
Y NIKOLAY POPOV

Revista de Humanidades y Ciencias Sociales

Volumen 7 . Número Especial

Enero / Marzo

2020

ISSN 0719-4706

CUERPO DIRECTIVO

Directores

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda

Universidad Católica de Temuco, Chile

Dr. Francisco Ganga Contreras

Universidad de Los Lagos, Chile

Subdirectores

Mg © Carolina Cabezas Cáceres

Universidad de Las Américas, Chile

Dr. Andrea Mutolo

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Editor Científico

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil

Editor Brasil

Drdo. Maicon Herverton Lino Ferreira da Silva

Universidade da Pernambuco, Brasil

Editor Europa del Este

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

Universidad Suroeste "Neofit Rilski", Bulgaria

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Portada

Lic. Graciela Pantigoso de Los Santos

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza

Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Francisco José Francisco Carrera

Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Mg. Cecilia Jofré Muñoz

Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya

Universidad Adventista de Chile, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach

Universidad de Potsdam, Alemania

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio

Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Eleonora Pencheva

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga

Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona

Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Ph. D. Stefan Todorov Kapralov
South West University, Bulgaria

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía
Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu
Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez
Universidad de Barcelona, España

Dr. Javier Carreón Guillén
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie
Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar
Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

Dr. Adolfo Omar Cueto
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo
Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia
Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. Antonio Hermosa Andújar
Universidad de Sevilla, España

Dra. Patricia Galeana
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau
Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg
Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dr. Francisco Luis Girardo Gutiérrez
Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

José Manuel González Freire
Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera
Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dr. Miguel León-Portilla
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura
Instituto de Estudios Albacetenses "Don Juan Manuel", España

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros
Diálogos em MERCOSUR, Brasil

+ Dr. Álvaro Márquez-Fernández
Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Oscar Ortega Arango
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut
Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa
Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo
Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

Dra. Yolando Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

*Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe*

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Dra. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Rumyana Atanasova Popova

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa

Instituto Universitario de Lisboa, Portugal

Centro de Estudos Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla

*Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el
Deporte, Cuba*

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec

INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dra. Ada Gallegos Ruiz Conejo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Dra. Carmen González y González de Mesa

Universidad de Oviedo, España

Ph. D. Valentin Kitanov

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio

Universidad de San Martín de Porres, Perú

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta

Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. Vivian Romeu

Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia

Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

CUADERNOS DE SOFÍA EDITORIAL

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad Wszechnica Polska, Polonia

Editorial Cuadernos de Sofía
Santiago – Chile
Representante Legal
Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

Indización, Repositorios y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:





REX



UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN



Universidad de Concepción



BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL
EN GESTANTES DE BAJO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**EVALUATION OF THE SEXUAL FUNCTION IN PREGNANCY WOMEN
OF LOW AND HIGH OBSTETRICAL RISK**

Dra. Daniela Kristina Abzueta Yustiz

Universidad de Carabobo, Venezuela
abzuetayustiz@gmail.com

Dr. Víctor Alejandro Alejos Pacheco

Universidad de Carabobo, Venezuela
valejosp@gmail.com

Dr. Yonathan Alfredo Almeida Pedraza

Universidad de Carabobo, Venezuela
a.yonathan94@gmail.com

Lic. Maryeli Margarita, Martínez García

Hospital Central de Maracay, Venezuela
mmmartinez333@hotmail.com

Dr. Rubén Darío Pérez Guerrero

Universidad de Carabobo, Venezuela
saludsexualzerep@gmail.com

Fecha de Recepción: 07 de octubre de 2019 – **Fecha Revisión:** 22 de octubre de 2019

Fecha de Aceptación: 10 de diciembre de 2019 – **Fecha de Publicación:** 01 de enero de 2020

Resumen

La función sexual son acciones propias o características de la actividad sexual que ocurren durante toda la vida, está conformada por distintas fases y depende de diversos factores. Durante el embarazo pueden ocurrir cambios en el ejercicio de la función sexual que están influidos por diversas variables. Objetivo: Evaluar la función sexual en gestantes de bajo y alto riesgo obstétrico asistidas en el Hospital Central de Maracay durante el período de abril a octubre de 2017. Métodos: Investigación tipo clínica, descriptiva, transversal y prospectiva, muestreo no probabilístico de tipo intencional, quedando conformada por 312 embarazadas de bajo riesgo obstétrico (BRO) y 324 de alto riesgo obstétrico (ARO), los datos se obtuvieron mediante una encuesta diseñada para efectos de esta investigación y aplicada en la emergencia obstétrica y consulta de perinatología. Resultados: El 82% de BRO y 79% de ARO tuvo relaciones sexuales, esta actividad sexual se mantuvo en 67% de las gestantes que tenían patologías que contraindicaban el coito; sin embargo 19,3% de las que no tenían contraindicación no tuvieron relaciones sexuales. Dentro de las variables que influyeron negativamente en el ejercicio de la función sexual se encuentran: el estado de ánimo triste, creencia de mitos, estado civil soltera y otros vinculados a la pareja. Conclusión: No se evidenciaron diferencias entre los dos grupos estudiados con respecto al ejercicio de la función sexual, así mismo la actividad sexual se mantuvo durante toda la gestación, ambas poblaciones tuvieron un comportamiento atípico en comparación a las investigaciones previas en el área.

Palabras Claves

Función sexual – Embarazo – Riesgo obstétrico – Prácticas sexuales

Abstract

The sexual function are the actions or characteristics of the sexual activity that occur during a lifetime, it comprises different phases and depends on several factors. During the pregnancy, changes can happen to the exercise of sexual function. Several variables influence these changes. Objective: To evaluate the sexual function of pregnant women with low and high obstetrical risk, attending the Central Hospital in Maracay City between April and October of 2017. Methods: Clinical investigation type, descriptive, transversal and prospective, non-probabilistic intentional sampling. With 312 pregnant women of low obstetrical risk (LOR) and 324 of high obstetrical risk (HOR), the data was obtained using a survey specifically designed for the purpose of this investigation and it was applied at the obstetrical emergency room and the perinatology consulting room. Results: The 82% of LOR and 79% HOR engaged in sexual intercourse, this sexual activity was present in 67% of pregnant women who had pathologies that contraindicated the coitus; however, 19,3% of the pregnant women who had no contraindication, didn't have sexual relations. Amongst the variables that influenced negatively the sexual function exercise are sad mood state, myths belief, single civil status and other variables related with the couple. Conclusion: There are no clear differences between the two studied groups in relation to the sexual function exercise; in the same way, the sexual activity was present during the whole period of pregnancy, neither of the two groups showed a typical behavior in comparison to previous research in the area.

Keywords

Sexual function – Pregnancy – Obstetrical risk – Sexual practices

Para Citar este Artículo:

Abzueta Yustiz, Daniela Kristina; Alejos Pacheco, Víctor Alejandro; Almeida Pedraza, Yonathan Alfredo; Martínez García, Maryeli Margarita y Pérez Guerrero, Rubén Darío. Evaluación de la función sexual en gestantes de bajo y alto riesgo obstétrico. Revista Inclusiones Vol: 7 num Especial Enero-Marzo (2020): 39-57.

Licencia Creative Commons Attribution Non-Comercial 3.0 Unported
(CC BY-NC 3.0)

Licencia Internacional



Introducción

La función sexual es un fenómeno corporal con manifestaciones sistémicas y pélvicas, iniciándose con la situación- estímulo, conceptualizado como la acción de situar cualquier cambio en el ambiente externo o interno de un organismo con el fin de provocar la ejecución de una actividad de carácter sexual¹; depende del administrador del estímulo (persona, animal u objeto), método de aplicación, se relaciona con el tipo de estructura activada y el procedimiento utilizado (estimulación de los sentidos: tacto, olfato, vista, gusto y audición, fantasías y evocaciones), frecuencia sexual que es la cantidad de veces que el sujeto desea activar su función sexual, puede ser alta (todos los días), media (una vez a la semana), baja (cada dos semanas) y el tiempo de funcionamiento aquel que transcurre desde que se inicia hasta que termina.²

Masters y Johnson desarrollaron el modelo sexual lineal femenino con estadios secuenciales: fase de deseo: es la motivación a la actividad sexual, dependerá de la orientación sexual, estado psicológico, sistema de valores familiar, creencias religiosas y sistema neuroendocrino.³ Fase de excitación: acción de provocar cambios mentales y físicos que preparan a la persona para que se produzca la relación sexual, modulada por el sistema nervioso parasimpático, caracterizado por dilatación de la vulva y lubricación de la vagina. Fase de meseta: los cambios de la fase de excitación alcanzan sus máximos posibles, la duración es variable. Fase de orgasmo: es la sensación subjetiva de placer y contracciones involuntarias de la musculatura pélvica mediada por el sistema nervioso simpático, cursa con secreción de oxitocina. Fase de resolución: el cuerpo vuelve a los niveles normales de signos vitales y contracción muscular, por último la satisfacción en la que se experimenta una sensación de bienestar.⁴ La operatividad de la actividad sexual hace referencia a cuando las fases de la función sexual, previamente descritas, están preservadas.

Existen prácticas sexuales como la masturbación (estimulación de los genitales por la propia persona), magreo o petting (intercambio de besos y caricias íntimas sin penetración), sexo orogenital (estimulación de los genitales con la boca), se destaca el cunnilingus (contacto oral con los genitales externos de una mujer) y la felación (contacto oral con el pene) y el coito (introducción del pene en la vagina o ano).⁵ En ese mismo contexto Basson definió el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en el que hay un feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos, existe el deseo espontáneo o, más frecuentemente una postura sexual neutra, si los estímulos son adecuados, produce el paso de la neutralidad al deseo. Si el resultado es positivo se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por aspectos subjetivos: comunicación con la pareja, intimidad emocional, complacer al compañero, autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada), relajación o bienestar. Si el resultado es negativo, se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa.

¹ Ricardo Calvancanti, Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología (Brasil: Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, 1993).

² J. Pagés G. Aller, Obstetricia Moderna (Caracas: McGraw Hill, 1996).

³ J. Berek, Ginecología (Barcelona: Walters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2013).

⁴ F. Bianco, Sexología Clínica. Bases Fisiológicas y Fisiopatología (Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua, 1978).

⁵ Manuela Ramos, Diccionario de cultura sexual (Perú: El ABC de la sexualidad, 2004) y B. Sadock y V. Sadock, Sinopsis de psiquiatría (Estados Unidos de América: Wolters Kluwer, 2015).

Durante el embarazo en consecuencia al exceso de hormonas suscitan en la madre el crecimiento de los órganos sexuales, la capacidad vaginal aumenta e incremento de 10 a 15 Kg de peso. Las modificaciones mamarias son: hiperplasia glandular, mayor tensión, sensibilidad y capacidad eréctil. La piel se pigmenta, especialmente el pezón, areola, frente, pómulos, alas de la nariz, labio superior y aparición de estrías en las zonas de mayor distensión.⁶

Debe señalarse que el embarazo puede ser de bajo riesgo obstétrico, aquella población de gestantes en la que no se ha identificado ningún factor de riesgo (no significa ausencia de riesgo), los de alto riesgo obstétrico, en el que la madre y el producto de la concepción tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas.⁷ Dentro de ese marco los factores biológicos (cambios físicos durante el embarazo y restricciones médicas del coito: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, placenta previa e incompetencia istmo cervical), psicológicos (estado de ánimo, autoimagen y relacionados a la pareja), socioculturales (creencia de mitos, educación sexual y religión), repercuten negativamente en la intimidad emocional y sexual. Con la progresión de la gestación varían las posiciones sexuales con el objetivo de tener mayor comodidad y satisfacción.⁸

Atendiendo estas consideraciones, el nivel intelectual de las mujeres embarazadas influye en la conducta sexual, quien tiene mayor inteligencia capta mejor las razones médicas y las restricciones que señalan los profesionales, mientras quien tiene menor inteligencia se maneja a través de temores mágicos e irrealidades.⁹ Sapién y cols en un estudio para conocer las ideas de profesionales de salud sobre sexo y embarazo, aseveraron que las gestantes deben ser atractivas y sensuales para sus compañeros, el ejercicio de la función sexual no tiene que ser coital ni eliminarse en este periodo, salvo prescripción médica.¹⁰ El ejercicio de la función sexual es una condición fisiológica que se puede realizar libremente durante el embarazo, sin que ello conlleve a un aumento de la morbi-mortalidad materno-fetal, siempre que no existan contraindicaciones para su realización. Masters y Johnson refieren haber encontrado una sexualidad disminuida durante el primer trimestre del embarazo, ocasionada por dudas y síntomas propios. En el segundo trimestre observaron un incremento tanto en el interés como en la actividad sexual, relacionados con la presencia de condiciones físicas favorables. Para el tercer trimestre apreciaron un descenso, debido a incomodidad física y a la concentración en el producto a punto de nacer.¹¹ Por su parte, Perkins encuestó a 155 mujeres en el postparto, obtuvo una disminución del “interés en el sexo” proporcional al progreso de la gestación, 10% en el primer, 31,6% en el segundo y 67,8% en el tercer trimestre.¹² Prospectivamente Falicov entrevistó a una pequeña muestra de 19 primigestas en tres

⁶ R. Schwarcz, Fescina R, Duverges C. Obstetricia (Buenos Aires: El Ateneo, 2005).

⁷ J. Pabón, Consulta Práctica Clínica – Médica (Valencia: Medibook, 2014) y A. Levin, Cambios en la Actividad Sexual durante la Gestación (Rosario: Universidad Abierta Interamericana, 2012).

⁸ A. Levin, Cambios en la Actividad Sexual durante...

⁹ J. Botella y A. Molina, La Evaluación de la Sexualidad y los Estados Intersexuales (Madrid: Díaz de Santos, S. A., 1998).

¹⁰ J. Sapién y D. Córdoba, “Sexo y Embarazo: Ideas profesionales de la Salud”, Vol: 23 num 3 (2011): 608-615.

¹¹ M. Souza, Aspectos Médicos y Psicológicos de la Sexualidad Femenina (México D.F: Trillas, 2000).

¹² R. Perkins, “Sexuality in pregnancy: What determines behavior? Obstetrics and Gynecology”, Vol: 59 (1982): 189-198.

momentos de su embarazo, antes de las 16, entre 24 a 27 y entre 36 a 37 semanas, reportaron reducción del deseo sexual, 53% en el primer, 63% en el segundo y 65% en el tercer trimestre.¹³ Por su parte Tarco con una muestra de 205 púerperas obtuvo disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales y orgasmo a medida que avanzaba el embarazo.¹⁴

La sexualidad se ha ligado más a las restricciones morales que a las higiénicas o terapéuticas. Años atrás las relaciones sexuales durante el embarazo fueron señaladas capaces de producir vaginosis bacteriana, nacimientos prematuros y otro grupo de estigmas, así mismo la paridad afecta la sexualidad, pues mientras en la primípara disminuye, en la múltipara se incrementa después del tercer mes de gestación.

Según un estudio transversal de Bartellas y cols en el que participaron 141 gestantes, el 58% de las mujeres indicaron un menor deseo sexual durante el embarazo, sin embargo los autores no lo subclasificaron por trimestre debido al comportamiento homogéneo de la población, a su vez el 49% afirmó preocupación por posible daño al embarazo, relacionado con que la actividad sexual podría ocasionar parto pre término o ruptura prematura de membranas incrementándose la creencia hacia el final del embarazo, por otra parte sólo el 29% discutió de sexualidad con sus médicos tratantes y el 49% tuvo la iniciativa de conversar acerca del tema.¹⁵

Contreras y cols, elaboraron en Venezuela en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti una investigación con 80 gestantes, de las cuales el 63,75% manifestaron miedo a ejercer la función sexual durante el embarazo; de estas, el 41,25% refirió conocer mitos referentes a que podían causar abortos, partos pretérminos o deformidades al feto.¹⁶ Al comparar estas evidencias con Martínez y cols en una investigación con 44 gestantes realizado en Cagua, Venezuela obtuvieron que el 67,6% considera que su sexualidad no ha sido afectada.¹⁷

La actividad sexual es una función más del organismo y, al igual que la función gástrica, respiratoria, circulatoria, entre otras, sufre modificaciones en el embarazo¹, es por ello que el objetivo de esta investigación fue caracterizar la función sexual de las gestantes de bajo y alto riesgo obstétrico, estudiando ambas poblaciones con la finalidad de evidenciar si existían diferencias entre ellas, planteándose los siguientes objetivos específicos: identificar características sociodemográficas y ginecobstétricas, describir la función sexual, señalar los factores que influyen en la misma y relacionar la función sexual entre ambos grupos de estudio.

¹³ C. Falicov, "Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum", *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol: 117 (1973): 991-1000.

¹⁴ N. Tarco, Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en púerperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla de julio a agosto de 2016. Lima. 2017.

¹⁵ E. Bartellas; J. Crane; M. Daley; K. Bennett y D. Hutchens, "Sexuality and sexual activity in pregnancy", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol: 107 (2000): 964-968.

¹⁶ I. Contreras, Estudio del Comportamiento de la Función Sexual en Mujeres Embarazadas (Barcelona: Universidad de Oriente, 2010).

¹⁷ D. Martínez, Ejercicio de la Función Sexual en las Mujeres Gestantes que asisten al Centro de Diagnóstico Jesús de Nazaret, Cagua, Estado Aragua (Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua, 2014).

Materiales y métodos

Se realizó una investigación clínica tipo descriptiva, transversal y prospectiva que se ubica dentro de la línea de investigación salud sexual y reproductiva del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud Sede Aragua, Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, se llevó a cabo en el Hospital Central de Maracay, Estado Aragua, Venezuela, en el área de emergencia obstétrica y consulta de perinatología, en el periodo abril – octubre de 2017, conformada por dos poblaciones, la primera estuvo representada por 1630 correspondiente al total de embarazadas de bajo riesgo obstétrico, captadas en la emergencia obstétrica y 1953 que constituyen a embarazadas abordadas en la consulta de perinatología (alto riesgo obstétrico), atendidas durante seis meses, el tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de proporción para una población finita, con 5% de margen de error, 95% de confiabilidad y 50% de heterogeneidad, obteniendo 636 gestantes, 312 de bajo riesgo obstétrico y 324 de alto riesgo obstétrico, fue un muestreo no probabilístico de tipo intencional u opinático, que posee criterios de inclusión, tales como: pacientes embarazadas, con cualquier edad gestacional, asistidas en la emergencia obstétrica y/o consulta de perinatología y con deseo de participar en la investigación, abarcando a las que tuvieron y no tuvieron relaciones sexuales durante el embarazo. Se precedió a captar a las gestantes de lunes a sábado de 7:00am – 9:00am y 4:00pm – 6:00pm, ajustándose al horario de los investigadores.

La técnica de recolección de datos fue tipo encuesta. Se utilizaron dos instrumentos que tomaron aproximadamente 20 minutos en responderse, siendo aplicados a las participantes previo consentimiento informado, el primero es la escala de Graffar, llevándose a cabo como encuesta oral para determinar el estrato socioeconómico del grupo familiar, constituido por 4 variables: profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso y condiciones de la vivienda, cada variable tiene una ponderación, al ser sumados arroja una puntuación, clasificándolo en 5 estratos: I clase alta, II clase media alta, III clase media baja, IV pobreza crítica y V pobreza extrema.

El segundo instrumento estuvo constituido por un cuestionario mixto autoadministrado en relación al embarazo actual, diseñado por los investigadores y validado por tres (3) expertos (un ginecobstetra orientador sexual, estadista y psicólogo orientador sexual), posteriormente se realizó prueba piloto con 10 gestantes, se modificaron once preguntas relacionadas a edad y ejercicio de la función sexual. Cabe destacar que se entenderá como relaciones sexuales el coito vaginal.

En relación al segundo instrumento estuvo conformado por dos partes, la primera con 19 preguntas entre dicotómicas y selección simple, abarcando características sociodemográficas, ginecobstétricas, función sexual y factores que influyen en la misma. La segunda parte se midió con el modelo escala de Likert, contempla cinco opciones de respuesta: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca con un puntaje de 5 a 1 respectivamente para las afirmaciones y de 1 a 5 puntos para las negaciones; se divide a su vez en dos secciones, la primera evaluó la función sexual, con 29 enunciados, en aquellas participantes que nieguen tener relaciones sexuales durante el embarazo no serán consideradas las preguntas 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37 y 48 teniendo un valor de 0 puntos.

La segunda sección consta de 16 enunciados que evaluaron los factores que influyeron en la función sexual, se subdividió de la pregunta 49 a 53 en factores biológicos, la 54 psicológicos, de la 55 a 59 relacionados con la pareja y 60 a 64 mitos referentes a las relaciones sexuales en el embarazo.

En este trabajo se presentaron errores de tipo aleatorio ya que no fue considerada el total de la población, para disminuirlo se utilizó una muestra representativa, así mismo el sesgo de selección debido a que el principal criterio de inclusión es el deseo de la paciente de participar, sesgo de información si las embarazadas no brindan respuestas fidedignas, por ello se explicó la finalidad de los instrumentos y mantuvo el anonimato.

Análisis estadístico

Se creó una base de datos en Google Drive, convirtiendo a la hoja de cálculo de Google los datos obtenidos, la cual fue exportada al programa Microsoft Office Excel (2013) y esta importada a Epi Info versión 3.5.4, las variables cualitativas se estudiaron en base a la frecuencia absoluta, porcentaje y valor p con un nivel de significancia menor a 0,05; la cuantitativa se determinó media aritmética y desviación estándar.

Así mismo, se realizó el test de confiabilidad con el método Alpha de Cronbach, consiguiendo un coeficiente de homogeneidad de 0,9 ubicando el instrumento en la categoría “altamente confiable”.

Para lograr el análisis de los resultados, se clasificó el puntaje obtenido en la primera sección de la escala de Likert en < 87 puntos función sexual no operativa y ≥ 87 puntos función sexual operativa, calculándolo de la siguiente manera: se consideró que 29 (total de enunciados) multiplicado por 3 (siendo este el puntaje de la opción algunas veces de la primera sección de escala de Likert), estima que se cumplieron las fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y satisfacción, traduciéndose como operativas, mientras que aquellas con puntuación inferior fueron catalogadas no operativas. En la escala de Likert se fusionaron las opciones siempre y casi siempre en frecuentemente; algunas veces, casi nunca y nunca en infrecuentemente, a excepción de las preguntas relacionadas a mitos en las que siempre y casi siempre corresponden a mayor creencia y algunas veces, casi nunca y nunca a menor creencia, esto con la finalidad de un análisis más didáctico.

Finalmente utilizando el programa estadístico Epi Info versión 3.5.4, se escogió la opción regresión logística para precisar el efecto de los factores que influyeron en las gestantes que no tuvieron relaciones sexuales durante el embarazo, usando esta como variable dependiente y las variables independientes: edad, estado civil, estrato socioeconómico, edad de sexarquia, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, edad gestacional, paridad, número de controles prenatales, factores biológicos (patologías que contraindican el coito, cambios físicos durante el embarazo), psicológicos (estado de ánimo, autoimagen y relacionados a la pareja), socioculturales (creencia de mitos, educación sexual y religión) basándose en la razón de Odds, la cual es una razón de probabilidades, se define como la posibilidad de que una variable influya sobre una población frente al riesgo de que ocurra en otra, se considera significativa la probabilidad si el valor es > 1 , el intervalo de confianza 95% y valor p con un nivel de significancia $< 0,05$.

Resultados

La población estudiada estuvo representada por 312 pacientes de bajo riesgo obstétrico (BRO) y 324 de alto riesgo obstétrico (ARO), la edad promedio fue $24 \pm 5,1$ y $26,6 \pm 7,4$ respectivamente, siendo estadísticamente significativo; el estado civil predominante en BRO soltera con 138 participantes (44,2%) y en ARO concubinato con 141 (43,5%), la religión el catolicismo para los dos grupos, el estrato socioeconómico para ambas poblaciones se encontró en Graffar IV (pobreza crítica), no siendo estadísticamente significativo (Tabla 1.A).

En cuanto a las características ginecobstétricas, la edad de sexarquia estuvo de 15 a 20 años con 227 (72,2%) en BRO y 220 (67,9%) en ARO, el número de parejas sexuales fue de 2 a 4 en BRO 178 (57,1%) y ARO 175 (54%), así mismo, la infección de transmisión sexual más común quedó representada por el Virus del Papiloma Humano en BRO 7 (2,2%) y ARO 15 (4,6%), sin embargo, 303 (97,1%) de BRO y 301 (92,9%) de ARO no han tenido ninguna infección de transmisión sexual. En relación a la edad gestacional en el primer trimestre 17 (5,4%), segundo 54 (17,3%) y tercer 241 (77,2%) en BRO; primer trimestre 15 (4,6%), segundo 90 (27,8%) y tercer 219 (67,6%) en ARO, destacando que la mayoría de ambos grupos fueron multíparas y con embarazos controlados para su edad gestacional (Tabla 1.B).

	Bajo Riesgo Obstétrico n=312	Alto Riesgo Obstétrico n=324	Valor P*
Edad $\bar{x} \pm DE$	24 \pm 5,1	26,6 \pm 7,4	<0,0001
Grupo de edad n(%)			
< 19 años	35(11,2)	52(16)	<0,0001
De 19 a 35 años	277(88,8)	219(67,6)	
Mayor a 35 años	0(0)	53(16,4)	
Estado civil n(%)			
Soltera	138(44,2)	113(34,9)	0,0679
Concubinato	119(38,1)	141(43,5)	
Casada	54(17,3)	66(20,4)	
Divorciada	1(0,3)	4(1,2)	
Escala de Graffar n(%)			
Clase media – alta	15(4,8)	22(6,8)	0,1408
Clase media – baja	81(26)	101(31,2)	
Pobreza crítica	182(58,3)	178(54,9)	
Pobreza extrema	34(10,9)	23(7,1)	

Valor P= Valor de probabilidad, significante < 0,05

Tabla 1 A

Características sociodemográficas de las gestantes

Evaluando la función sexual de las gestantes, se observó que el grupo que sí tuvo relaciones sexuales en BRO 256 (82%) y ARO 254 (79%), estando ubicada la mayoría de ambos grupos entre el segundo y tercer trimestre (Tabla 2.A).

	Bajo Riesgo Obstétrico n=312	Alto Riesgo Obstétrico n=324	Valor P*
Sexarquia n (%)			
< de 15 años	42(13,5)	39(12)	0,2010
15 a 20 años	227(72,7)	220(67,9)	
21 a 25 años	40(12,8)	57(17,6)	
26 a 30 años	3(1)	6(1,9)	
>30 años	0(0)	2(0,6)	
Número de parejas sexuales n(%)			
1	113(36,2)	123(38)	0,2539
2 a 4	178(57,1)	175(54)	
5 a 7	18(5,7)	16(4,9)	
8 a 10	3(1)	6(1,9)	
≥ 11	0(0)	4(1,2)	
Infecciones de transmisión sexual (n%)			
Virus de papiloma humano	7(2,1)	15(4,6)	0,0400
Sífilis	1(0,3)	2(0,6)	
Gonorrea	1(0,3)	0(0)	
Virus de inmunodeficiencia humana	0(0)	6(1,9)	
Ninguno	303(97,1)	301(92,9)	
Edad gestacional n(%)			
Primer trimestre	17(5,5)	15(4,6)	0,0069
Segundo trimestre	54(17,3)	90(27,8)	
Tercer trimestre	241(77,2)	219(67,6)	
Paridad n(%)			
Primigesta	125(40)	138(42,6)	0,5174
Múltipara	187(60)	186(57,4)	
Número de controles prenatales n(%)			
1 a 2	43(13,8)	44(13,6)	0,3306
3 a 4	65(20,8)	87(26,9)	
5 a 6	94(30,1)	97(29,9)	
7 o más	102(32,7)	86(26,5)	
Ninguno	8(2,6)	10(3,1)	

Valor P= Valor de probabilidad, significativo < 0,05

Tabla 1 B

Características ginecobstétricas de las gestantes

Con referencia a la situación - estímulo sexual, que se encuentra constituida por: a) administrador del estímulo sexual, lo más frecuente fue que lo realizara un hombre en BRO 305 (97,8%) y ARO 307 (94,8%), b) el método, en ambas poblaciones fue la estimulación de los sentidos (tacto, olfato, vista, gusto, audición) en BRO (43%) ARO (46%) y las fantasías sexuales en BRO (18%) y ARO (15,6%) c) el tiempo de funcionamiento, comprendido de 5 a 15 minutos en BRO 96 (30,8%) y ARO 97 (29,9%), siendo estadísticamente no significativo.

	Bajo Riesgo Obstétrico n=312			Valor P*	Alto Riesgo Obstétrico n=324			Valor P*
	I*	II*	III*		I*	II*	III*	
Relaciones sexuales n(%)								
Si	14(82)	49(91)	193(80)	0,1824	10(67)	71(79)	173(79)	0,5279
No	3(18)	5(9)	48(20)		5(33)	19(21)	46(21)	
Operatividad de Función Sexual n(%)								
Operativa	8(47)	31(57)	108(45)	0,2456	5(33)	42(47)	106(48)	0,5235
No operativa	9(53)	23(43)	133(55)		10(67)	48(53)	113(52)	

Valor P= Valor de probabilidad, significativa < 0,05

I= Primer trimestre

II= Segundo trimestre

III= Tercer trimestre

Tabla 2 A
Características de las relaciones sexuales durante el embarazo

En cuanto a las fases de la respuesta sexual, con respecto al deseo, la iniciativa de comenzar el acto sexual la ejecutan la encuestada y su pareja en BRO 218 (69,9%) y ARO 19 (60,5%), la frecuencia del deseo fue una vez por semana en BRO 152 (48,7%) y ARO 160 (49,9%), aunado a que aumentó el deseo sexual durante todos los trimestres del embarazo, para BRO 116 (37,1%) y ARO 126 (38,8%), la frecuencia de las relaciones sexuales fue una vez por semana en BRO 152 (48,7%) y ARO 160 (49,4%), no siendo los resultados estadísticamente significativos. Frecuentemente se excitaban en BRO 149 (47,8%) e infrecuentemente en ARO 131 (40,4%), ambos grupos alcanzaban el orgasmo frecuentemente en BRO 179 (57,4%) y ARO 178 (54,9%), no obstante afirmaron que el embarazo impone dificultad para alcanzarlo en BRO 47 (15%) y ARO 36 (11,1%), por último llegan a la fase de resolución y en cuanto a la satisfacción manifestaron que era infrecuente en BRO 150 (48,1%) y ARO 144 (44%), sin embargo, afirmaron que era placentero tener relaciones sexuales con su pareja BRO 204 (65,3%) y ARO 200 (61,7%) (Tabla 2.B). La preservación de los elementos anteriormente descritos constituye la operatividad de la función sexual, para la población de BRO la mayor operatividad en el segundo trimestre 31 (57%) y en ARO en el tercer trimestre 106 (48%), no siendo estadísticamente significativo (Tabla 2.A).

	Bajo Obstétrico n=312	Riesgo Alto Obstétrico n=324	Valor P*
Situación/Estímulo			
Administrador n(%)			
Hombre	305(97,8)	307(94,8)	0,1366
Mujer	1(0,3)	3(0,9)	
Ambos sexos	6(1,9)	14(4,3)	
Duración de las relaciones sexuales n(%)			
< 5 minutos	21(6,7)	17(5,3)	0,7729
5 a 15 minutos	96(30,8)	97(29,9)	
15 a 25 minutos	84(26,9)	83(25,6)	
>25 minutos	55(17,6)	57(17,6)	
No tuvo relaciones sexuales	56(18)	70(21,6)	

Deseo			
Inicio de relaciones sexuales n(%)			
Participante	8(2,6)	6(1,9)	0,0337
Pareja	30(9,6)	52(16)	
Ambos	218(69,9)	196(60,5)	
No tuvo relaciones sexuales	56(17,9)	70(21,6)	
Frecuencia del deseo sexual n(%)			
Todos los días	66(21,1)	60(18,5)	0,4845
Una vez por semana	152(48,7)	160(49,4)	
Cada dos semanas	47(15,1)	51(15,7)	
Mensual	34(10,9)	30(9,3)	
Nunca	13(4,2)	23(7,1)	
Frecuencia de relaciones sexuales n(%)			
Todos los días	49(15,7)	41(12,7)	0,6561
Una vez por semana	132(42,3)	131(40,4)	
Cada dos semanas	45(14,5)	51(15,7)	
Mensual	30(9,6)	31(9,6)	
No tuvo relaciones sexuales	56(17,9)	70(21,6)	
Excitación			
Lubricación durante las relaciones sexuales n(%)			
Frecuente	149(47,8)	123(38)	0,0442
Infrecuente	107(34,3)	131(40,4)	
No tuvo relaciones sexuales	56(17,9)	70(21,6)	
Orgasmo durante las relaciones sexuales n(%)			
Frecuente	179(57,4)	178(54,9)	0,5120
Infrecuente	77(24,7)	76(23,5)	
No tuvo relaciones sexuales	56(17,9)	70(21,6)	
Satisfacción durante las relaciones n(%)			
Frecuente	106(34)	110(34)	0,4662
Infrecuente	150(48,1)	144(44,4)	
No tuvo relaciones sexuales	56(17,9)	70(21,6)	

Valor P= Valor de probabilidad, significante < 0,05

Tabla 2 B
Elementos de la función sexual

En la población de BRO se identificó que en los tres trimestres la posición sexual predominante fue hombre sobre mujer, en el primer (58,8%), segundo (63%) y tercer (49%), en cuanto a ARO en el primer trimestre tanto hombre sobre mujer y hombre detrás de la mujer obtuvieron (33,3%), mientras que en el segundo (47,8%) y el tercero (42%) practicaron hombre sobre mujer, ambos grupos manifestaron en un (18%) que el embarazo había tenido como consecuencia dificultad para realizar posiciones sexuales, siendo los resultados estadísticamente no significativos.

Ahora bien, considerando las variantes sexuales, la estimulación del clítoris por la pareja fue la más utilizada en BRO 158 (50,6%) y ARO 199 (61,4%), hubo preferencia de las participantes por realizar cunnilingus que felación, el petting se hizo infrecuentemente en BRO 224 (71,8%) y ARO 239 (73,8%), la masturbación fue infrecuente en ambos grupos BRO 244 (78,2%) y ARO 240 (74,1%), el sexo anal se practicó en BRO 16 (5,1%) y ARO 20 (6,2%), estos resultados son estadísticamente no significativos (Tabla 2.C).

Considerando las evidencias encontradas, se establece que en esta población no hubo diferencia en cuanto a las características de la función sexual previamente descritas según el trimestre del embarazo, por lo que el análisis se estableció en base a los grupos de BRO y ARO, sin subdividirlo por trimestre. Con el objeto de señalar los factores influyentes en la función sexual de las gestantes, estudiando los factores biológicos especialmente en ARO, 55 pacientes que corresponden al (16,9%) de 324 (total de la población) tenían patologías que contraindicaran el coito (amenaza de parto prematuro, placenta previa e incompetencia istmo cervical). En estas gestantes a pesar de tener contraindicación, 37 (67%) si tuvo relaciones sexuales, correspondiendo a amenaza de parto prematuro 25 (67,5%), placenta previa 10 (27%) e incompetencia istmo cervical 2 (5,4%). Llama la atención que 52 (19,3%) de pacientes sin patologías que contraindicaran el coito no tuvieron relaciones sexuales, siendo estadísticamente significativo (Tabla 3.A). En cuanto a los cambios en el aspecto físico producidos por el embarazo manifestaron estar afectadas por: el aumento de peso en BRO 157 (50,3%) y ARO 166 (51,2%), sensibilidad de mamas en BRO 122 (39,1%) y ARO 125 (38,5%), aparición de estrías en BRO 114 (36,5%) y ARO 122 (37,6%), náuseas y vómitos en BRO 126 (40,3%) y ARO 101 (31,1%), siendo estos resultados estadísticamente no significativos.

	Bajo Riesgo Obstétrico n=312	Alto Riesgo Obstétrico n=324	Valor P*
Posiciones sexuales n(%)			
Hombre sobre mujer	162(51,9)	140(43,2)	0,0278
Mujer encima del hombre	143(45,8)	100(30,9)	< 0,0001
Hombre detrás de la mujer	91(29,2)	85(26,2)	0,4086
De lado	125(40,1)	105(32,4)	0,0445
Ambos de pie	63(20,2)	36(11,1)	0,0015
Otras	53(17)	25(7,7)	< 0,0001
Variantes sexuales			
Petting n(%)			
Frecuente	88(28,2)	85(26,2)	0,5766
Infrecuente	224(71,8)	239(73,8)	
Masturbación n(%)			
Frecuente	68(21,8)	84(25,9)	0,222
Infrecuente	244(78,2)	240(74,1)	
Felación n(%)			
Frecuente	123(39,4)	144(44,4)	0,1995
Infrecuente	189(60,6)	180(55,6)	
Cunnilingus n(%)			
Frecuente	158(50,6)	176(54,3)	0,3528
Infrecuente	154(49,4)	148(45,7)	
Estimulación del clítoris n(%)			
Frecuente	158(50,6)	199(61,4)	0,0061
Infrecuente	154(49,4)	125(38,6)	
Sexo anal n(%)			
Frecuente	16(5,1)	20(6,2)	0,5687
Infrecuente	296(94,9)	304(93,8)	

Valor P= Valor de probabilidad, significativa < 0,05

Tabla 2 C

Posiciones y variantes sexuales de las gestantes

Dentro de este orden de ideas, los factores psicológicos evaluados fueron: la autoimagen de la gestante, en el que afirmaron pérdida del atractivo por los cambios del embarazo en BRO 118 (37,8%) y ARO 105 (32,4%), el estado de ánimo, encontrándose, alegre en BRO 240 (76,9%) y ARO 241 (74,3%), nerviosa en BRO 49 (15,7%) y ARO 53 (16,3%), triste en BRO 12 (3,8%) y ARO 15 (4,6%) y molesta en BRO 11 (3,5%) y ARO 15 (4,6%), por otra parte, los factores vinculados a la pareja, se consiguió que las participantes: sentían que tenían relaciones sexuales con su pareja por obligación en BRO 55 (17,6%) y ARO 49 (15,2%), disfrutaban la cercanía emocional con su pareja en BRO 235 (75,3%) y ARO 238 (73,4%), el embarazo favoreció la aparición de problemas con la pareja en BRO 111 (35,5%) y ARO 120 (37%), sentían rechazo por parte de la pareja en BRO 61 (19,5%) y ARO 68 (20,9%), por último, miedo de la pareja a tener relaciones sexuales en BRO 173 (55,4%) y ARO 154 (47,5%), estos resultados son estadísticamente no significativos.

	Con relaciones sexuales n=254	Sin relaciones sexuales n=70	Valor P*
Contraindican el coito n(%)			
Amenaza de parto prematuro	25(73,5)	9(26,5)	0,0075
Placenta previa	10(71,4)	4(28,6)	
Incompetencia istmo-cervical	2(28,6)	5(71,4)	
No contraindican el coito n(%)	217(80,7)	52(19,3)	

Valor P= Valor de probabilidad, significante < 0,05

Tabla 3 A

Patologías de alto riesgo obstétrico

Otra de las dimensiones fue la sociocultural, en relación a la educación sexual las participantes afirmaron recibirla en un 54,8% por su familia, 38,8% colegio, 6,1% algún experto y 19,8% por nadie, siendo los resultados estadísticamente no significativos. Es conveniente precisar el impacto de los mitos en la función sexual de las embarazadas, evaluando a la población que no tuvo relaciones sexuales, las encuestadas consideran que: son peligrosas las relaciones sexuales durante el embarazo en BRO 17 (30%) y ARO 23 (33%), el pene puede hacer daño al producto de la concepción 15 (27%) y 15 (21%), el semen es peligroso para el producto de la concepción y el embarazo para BRO 15 (27%) y ARO 9 (13%), las relaciones sexuales producen aborto en BRO 11 (20%) y ARO 13 (19%) y finalmente el sexo es incorrecto durante el embarazo en BRO 10 (18%) y ARO 8 (11%), siendo todos los resultados estadísticamente significativos (Tabla 3.B).

Analizando la regresión logística, las variables independientes que no ejercieron efecto sobre aquellas pacientes que NO TUVIERON RELACIONES SEXUALES fueron: edad, estrato socioeconómico, edad de sexarquia, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, edad gestacional, paridad, número de controles prenatales, factores biológicos (cambios físicos durante el embarazo), factores psicológicos (autoimagen) y socioculturales (educación sexual y religión). Existen sin embargo variables que sí influyeron en las participantes que no tuvieron relaciones sexuales y se describen a continuación: el estado de ánimo con una relación 5:1 para triste versus alegre, los mitos con una relación 4:1 para creencia de mitos versus sin creencia de mitos, el estado civil con una relación 3:1 para soltera versus casada, los factores vinculados a la pareja 2,5:1 para problemas con la pareja versus sin problemas con la pareja y las patologías que contraindican el coito en las gestantes de ARO con una relación 2:1 pacientes con patologías que contraindican el coito versus patologías que no

lo contraindican, esta relación expresa el número de veces que aumenta la probabilidad de no tener relaciones sexuales al presentar la variable (Tabla 3.C).

	Bajo Obstétrico n=312	Riesgo SRS*	Valor P*	Alto Obstétrico n=324	Riesgo SRS*	Valor P*
	CRS*	SRS*		CRS*	SRS*	
Relaciones sexuales son peligrosas en el embarazo n(%)						
Mayor creencia	32(12)	17(30)	< 0,0001	29(11)	23(33)	< 0,0001
Menor creencia	224(88)	39(70)		225(89)	47(67)	
El pene puede hacer daño al producto de la concepción n(%)						
Mayor creencia	14(5)	15(27)	< 0,0001	16(6)	15(21)	< 0,0001
Menor creencia	242(95)	41(73)		238(94)	55(79)	
El semen es peligroso para el producto de la concepción y el embarazo n(%)						
Mayor creencia	15(6)	15(27)	< 0,0001	15(6)	9(13)	0,0492
Menor creencia	241(94)	41(73)		239(94)	61(87)	
Las relaciones sexuales producen aborto n(%)						
Mayor creencia	20(8)	11(20)	0,0073	17(7)	13(19)	0,0024
Menor creencia	236(92)	45(80)		237(93)	57(81)	
El sexo es incorrecto durante el embarazo n(%)						
Mayor creencia	17(7)	10(18)	0,0068	9(4)	8(11)	0,0088
Menor creencia	239(93)	46(82)		245(96)	62(89)	

Valor P= Valor de probabilidad, significativo < 0,05

CRS= Con relaciones sexuales

SRS= Sin relaciones sexuales

Tabla 3 B

Mitos que influyen en la función sexual de las gestantes

	Odds Ratio	IC 95%	Valor P*
Estado de ánimo triste	5,0686	1,81 - 14,17	0,0020
Creencia de mitos	4,1146	2,41 - 7,00	< 0,0001
Estado civil soltera	3,0476	1,41 - 6,55	0,0044
Factores relacionados a la pareja	2,5482	0,90 - 7,19	0,0773
Patologías que contraindican el coito	2,1306	1,16 - 3,88	0,0136

Odds Ratio= Probabilidad relativa

IC 95%= Intervalo de confianza igual a 95%

Valor P= Valor de probabilidad, significativo < 0,05

Tabla 3 C

Análisis de regresión logística. Factores que influyen en las gestantes que no tienen relaciones sexuales

Discusión

Master y Johnson encontraron una sexualidad disminuida en el primer trimestre, en el segundo un incremento y en el tercer trimestre nuevamente un descenso, mientras que, Contreras y *cols* hallaron que el 90% de su población tuvo relaciones sexuales durante el embarazo sin clasificarlo por trimestre, a su vez Alonso y *cols* distribuyeron la frecuencia de las relaciones sexuales por trimestre, observando que en el primero fue 60,8%, el segundo 32,1% y tercero 7,1%.¹⁸ En este trabajo el estudio de las embarazos se realizó clasificándolas en dos grupos según el riesgo obstétrico, observándose que la mayoría de las participantes tuvo relaciones sexuales, evidenciándose en la población de bajo riesgo obstétrico (BRO) un comportamiento similar al descrito por Master y Johnson con respecto al descenso por trimestre. En relación, al grupo de alto riesgo obstétrico (ARO) los resultados obtenidos indican que disminuyó la frecuencia de las relaciones sexuales sólo en el primer trimestre, lo que difiere de los hallazgos de los autores antes mencionados. En este caso es necesario resaltar que, las pacientes de ARO con patologías que contraindicaran el coito (amenaza de parto prematuro, placenta previa e incompetencia istmo cervical) tuvieron relaciones sexuales a pesar de tener prohibición médica, sin embargo, no se encontraron trabajos anteriores para discutir estas evidencias.

Por su parte López, consiguió que existe una disminución del apetito sexual en todos los trimestres¹⁹, estos resultados también fueron referidos por Tarco, quien afirma que la intensidad del deseo sexual en el primer trimestre fue medianamente fuerte, en el segundo débil y en el tercero no hubo deseo sexual¹⁶, en esta investigación los resultados encontrados indican que existe un aumento del deseo sexual durante todos los trimestres del embarazo para ambos grupos.

En la bibliografía revisada no se refieren métodos utilizados para la estimulación sexual durante la gestación, en este trabajo el método utilizado para la estimulación sexual fue a través de los sentidos (tacto, olfato, vista, gusto, audición), el tiempo de funcionamiento estuvo comprendido de 5 a 15 minutos, no se encontraron evidencias para comparar en otros trabajos. Dentro de ese marco, Tarco obtuvo que la lubricación fue fácil en el primer trimestre, en el segundo difícil y en el tercer no presentaron lubricación, se evidenciaron diferencias en esta investigación, ya que frecuentemente se excitaban las de grupo de BRO e infrecuentemente las de grupo de ARO, manteniendo en su mayoría ambas poblaciones la lubricación durante todo el acto sexual.

Resultan asimismo interesantes los hallazgos de Contreras, exponen que, durante el embarazo, las participantes lograron alcanzar el orgasmo, en el primer trimestre 78,9%, en el segundo 61,5% y tercero 71,1%. Según Rodríguez y *cols* plantean que más de la mitad de las gestantes se encuentra satisfecha y conforme con su vida sexual.²⁰ En este estudio al igual que la previa investigación, se revela que ambas poblaciones alcanzaban frecuentemente el orgasmo, sin embargo, existe una diferencia, un pequeño grupo de BRO y ARO aseveró tener dificultad para alcanzarlo debido al embarazo, en cuanto a la

¹⁸ L. Alonso; M. Pérez; C. Arias; N. Fuigueroa; C. Gamarra; A. Martínez; et al., "Característica biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur", Salud Uninorte num 18 (2004): 8-19.

¹⁹ G. López, Cambios en la práctica sexual de gestantes Hospital Vicente Corral Moscoso (Cuenca: Universidad de Cuenca, 2014-2015)

²⁰ M. Rodríguez y E. Arbués, Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada (Murcia: Universidad de Murcia, 2013)

satisfacción, las gestantes de BRO afirmaron estar satisfechas con su vida sexual, mientras que las de ARO reportaron estar menos satisfechas, ambos grupos, no obstante, argumentan que es placentero tener relaciones sexuales con su pareja, según los sexólogos clínicos los problemas relacionados al estrato socioeconómico pueden repercutir en el deseo y el estado de ánimo, lo que provoca disminución de la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales²¹, sin embargo en esta investigación a pesar de que la mayoría se encontraba en pobreza crítica, no influyó negativamente en el ejercicio de la función sexual.

Vinculado a las fases de la respuesta sexual se asocia el término de operatividad de la función sexual, evaluada en base a la preservación del deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y satisfacción, descubriendo en este trabajo en el grupo de BRO que el trimestre de mayor operatividad fue el segundo y el de menor operatividad el primero, en el caso de ARO, el tercer y primero respectivamente, no encontrándose trabajos anteriores para la discusión de este hallazgo. Es también relevante que López destaca que en el primer trimestre la posición que prefieren las embarazadas es hombre encima de mujer, en el segundo trimestre la mujer encima del hombre y en el tercero de lado, en la investigación actual se identificó que en ambos grupos la posición predominante fue hombre encima de mujer, teniendo una minoría de participantes de ambos grupos dificultad para realizar las posiciones. De acuerdo con Tarco, evidenció que en el primer trimestre, segundo y tercero no practicaron la variante sexo orogenital, no obstante Martínez y cols afirmaron que el 43,2% usa masturbación en pareja y sexo orogenital, para López sólo el 2,3% practica coito anal y 3% sexo orogenital, en este trabajo las gestantes realizan las variantes sexuales en el siguiente orden de frecuencia: estimulación del clítoris por su pareja y cunnilingus, pero comparado con los trabajos anteriormente expuestos representan mayor frecuencia, para sexo orogenital 15 veces más y sexo anal 3 veces más. En cuanto a las dificultades que pueden impedir el ejercicio de la función sexual Gamarra y cols constató que era por náuseas y vómitos, dolor en las mamas y sensación de pérdida del atractivo²², siendo contrario en el caso de este trabajo, en el que los factores biológicos afines al aspecto físico como: aumento de peso, sensibilidad en mamas, aparición de estrías, náuseas y vómitos no tuvieron efecto sobre el ejercicio de la función sexual. En torno a la educación sexual, un trabajo realizado por Soria muestra que el 17,6% manifiesta haber recibido información sobre sexualidad durante el embarazo²³, así mismo Blanco y cols encontraron que 77,8% dialogaría con su médico sobre las posturas sexuales más convenientes²⁴, Bartellas y cols consiguieron que sólo el 29% discutió de sexualidad con su médico. En este aspecto para la presente investigación, se obtuvo que el principal educador es la familia y no reciben información por parte de algún experto.

²¹ N. Llavina, El nivel socioeconómico incide en la calidad de las relaciones sexuales (Barcelona: Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), 2009).

²² F. Gamarra y A. Castillo, Errores de concepto acerca del ejercicio de la función sexual durante el embarazo que presentan las gestantes que asisten a la consulta de prenatal del ambulatorio Negra Matea (Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua, 2015).

²³ B. Soria, Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el Embarazo y Puerperio (Almería: Universidad de Almería, 2012).

²⁴ C. Blanco y C. Castro, Actitud de la mujer ante el ejercicio de la función sexual durante el embarazo. Caso: Mujeres que asisten al control prenatal en el centro ambulatorio El Limón (Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua, 2011).

En cuanto a los elementos psicológicos Soto evidenció que el 40% de las encuestadas manifiesta que la actividad sexual durante el embarazo está influenciada por cambios en la autoimagen de la mujer, también afirmaron que se ve afectada por el desinterés sexual de la pareja²⁵, los resultados obtenidos plantean que la población de bajo y alto riesgo obstétrico no estuvo influenciada por factores psicológicos afines a la autoimagen pero si a los relacionados a la pareja, como problemas con la pareja debido al embarazo, rechazo por parte de la pareja y miedo de la misma a tener relaciones sexuales.

Sobre los factores socioculturales concernientes a los mitos, cabe considerar que López, Contreras y cols reflejaron que existe miedo a ejercer la función sexual durante esta etapa de la vida, dentro de este orden de ideas Gamarra y cols encontró que la población estudiada no tenía mitos relacionados con la práctica sexual, los hallazgos de esta investigación reflejan que existen mitos en ambos grupos de estudio para el ejercicio de la función sexual. De las evidencias encontradas se concluye que, la edad de las embarazadas estaba comprendida entre 19 y 35 años, la mayoría de las encuestadas estaban en el tercer trimestre de gestación, los grupos de estudio bajo y alto riesgo obstétrico tuvieron un comportamiento atípico en comparación a las investigaciones previas en el área. No se encontraron diferencias entre la muestra de bajo y alto riesgo obstétrico en cuanto al ejercicio de la función sexual. En ambos grupos la actividad sexual se mantuvo durante todo el embarazo, inclusive en las que tenían patologías que contraindicaran el coito; así mismo no hubo evidente preferencia por posiciones sexuales a medida que avanzaba el embarazo

Por otra parte, los factores más influyentes en la no realización del acto sexual fueron, a) factores psicológicos específicamente el estado de ánimo triste y los concernientes a la pareja, b) socioculturales, asociados a la creencia de mitos y el estado civil soltera, c) biológicos, únicamente las patologías que contraindican el coito en la población de ARO; desmitificando también los elementos respectivos a la religión y cambios en el aspecto físico como consecuencia del embarazo, aunado a esto, recibieron escasamente educación sexual por parte del personal de salud, se puede inferir que probablemente la creencia de mitos relacionados al ejercicio de la función sexual durante la gestación provienen de la familia, respaldado en que corresponde el principal medio de educación sexual de la embarazada. Cabe destacar que, según la bibliografía, no hay incompatibilidad entre el embarazo y el ejercicio de la función sexual, la cual se puede realizar desde el momento de la concepción hasta el mismo día del parto, siempre que exista el deseo y no concurren complicaciones.

Bibliografía

Aller, J. Pagés G. Obstetricia Moderna. Caracas: McGraw Hill. 1996.

Alonso, L.; Pérez, M.; Arias, C.; Fuigueroa, N.; Gamarra, C.; Martínez, A. et al. "Característica biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur". Salud Uninorte num 18 (2004): 8-19.

²⁵ J. Soto, Cambios en la función sexual a partir del segundo trimestre de gestación en las mujeres que asisten al control prenatal en la asociación civil especialidades médicas Diocesano Monseñor Feliciano González (Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua, 2016).

Bartellas, E.; Crane, J.; Daley, M.; Bennett, K. y Hutchens, D. "Sexuality and sexual activity in pregnancy". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol: 107 (2000): 964-968.

Berek, J. *Ginecología*. Barcelona: Walters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2013.

Bianco, F. *Sexología Clínica. Bases Fisiológicas y Fisiopatología*. Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua. 1978.

Blanco, C. y Castro, C. *Actitud de la mujer ante el ejercicio de la función sexual durante el embarazo. Caso: Mujeres que asisten al control prenatal en el centro ambulatorio El Limón*. Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua. 2011.

Botella J. y Molina A. *La Evaluación de la Sexualidad y los Estados Intersexuales*. Madrid: Díaz de Santos, S. A. 1998.

Calvancanti, Ricardo. *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología*. DF Brasil: Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. 1993.

Contreras, I. *Estudio del Comportamiento de la Función Sexual en Mujeres Embarazadas*. Barcelona: Universidad de Oriente. 2010.

Falicov, C. "Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum". *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol: 117 (1973): 991-1000.

Gamarra, F. y Castillo, A. *Errores de concepto acerca del ejercicio de la función sexual durante el embarazo que presentan las gestantes que asisten a la consulta de prenatal del ambulatorio Negra Matea*. Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua. 2015.

Levin, A. *Cambios en la Actividad Sexual durante la Gestación*. Rosario: Universidad Abierta Interamericana. 2012.

López, G. *Cambios en la práctica sexual de gestantes Hospital Vicente Corral Moscoso*. Cuenca: Universidad de Cuenca. 2014-2015.

Llavina, N. *El nivel socioeconómico incide en la calidad de las relaciones sexuales* [Internet]. Barcelona, Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). 2009. Disponible en: <https://omicrono.elespanol.com/2014/01/el-nivel-socioeconomico-incide-en-la-calidad-de-las-relaciones-sexuales/>

Martínez, D. *Ejercicio de la Función Sexual en las Mujeres Gestantes que asisten al Centro de Diagnóstico Jesús de Nazaret, Cagua, Estado Aragua*. Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua. 2014.

Pabón, J. *Consulta Práctica Clínica – Médica*. Valencia: Medibook. 2014.

Perkins, R. "Sexuality in pregnancy: What determines behavior?" *Obstetrics and Gynecology*. Vol: 59 (1982):189-198.

Ramos, Manuela. *Diccionario de cultura sexual*. Perú: El ABC de la sexualidad. 2004.

Rodríguez, M. y Arbués, E. *Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada*. Murcia: Universidad de Murcia. 2013.

Sadock, B. y Sadock, V. *Sinopsis de psiquiatría*. Estados Unidos de América: Wolters Kluwer. 2015.

Sapien, J. y Córdoba, D. "Sexo y Embarazo: Ideas profesionales de la Salud". Vol: 23 num 3 (2011): 608-615.

Schwarcz, R.; Fescina, R. y Duverges, C. *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo. 2005.

Soria, B. *Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el Embarazo y Puerperio*. Almería: Universidad de Almería. 2012.

Soto, J. *Cambios en la función sexual a partir del segundo trimestre de gestación en las mujeres que asisten al control prenatal en la asociación civil especialidades médicas Diocesano Monseñor Feliciano González*. Maracay: Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela Núcleo Aragua. 2016.

Souza, M. *Aspectos Médicos y Psicológicos de la Sexualidad Femenina*. México D.F: Trillas. 2000

Tarco, N. *Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla de julio a agosto de 2016*. Lima. 2017.

CUADERNOS DE SOFÍA EDITORIAL

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.