

Rebeca Andrea Geijo García
Laura Mogollón Ángel

La sexualidad durante el embarazo, ¿preocupa?

Vivencia de los protagonistas

TRABAJO DE FIN
DE GRADO



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Dirigido por: Sra. María José Castillo Cepero
Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a nuestra tutora María José Castillo por el apoyo, confianza e implicación durante los meses de elaboración de nuestro trabajo. Gracias, por permitirnos disfrutar y aprender de la mano.

Agradecer la colaboración de la matrona en representación del profesional de Enfermería. Gracias por ofrecernos la oportunidad de conocer el papel de enfermería y aconsejarnos como futuras profesionales.

A las futuras mamás, que incluso estando a punto de parir nos brindaron su tiempo y dedicación, explicando su experiencia. De la misma manera, a las parejas, por sincerarse con nosotras.

A nuestras familias y amistades, por acompañarnos y animarnos en este proyecto y durante todo el grado. Gracias por tener tanta paciencia con nosotras.

Finalmente, mutuamente a nosotras por compartir todos los momentos desde el inicio al final de este camino. Gracias por entendernos y apoyarnos la una a la otra.

RESUMEN

La sexualidad durante el embarazo es uno de los aspectos que puede preocupar y generar miedo e incertidumbre tanto en ellas como en la pareja. Cuando hablamos de sexualidad, hablamos de un concepto que va más allá del coito y del que hoy en día aún incomoda hablar. Durante la gestación se producen una serie de cambios que se experimentan en el cuerpo de la mujer y que pueden influir en su sexualidad. El profesional de Enfermería toma un papel esencial en el aporte de información fiable y veraz durante las consultas de seguimiento. El **objetivo general** del estudio es conocer la vivencia de la sexualidad durante el embarazo.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en el que se incluyó una muestra de estudio compuesta por cuatro gestantes, dos de ellas en el tercer trimestre de gestación, otra en el segundo trimestre y la última en el postparto inmediato, además de, tres parejas y, por último, una entrevista a una matrona. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada cuya recogida de datos se realizó mediante grabación de voz.

Resultados: Surgieron cuatro categorías y once subcategorías. Las categorías son: características de la sexualidad durante el embarazo, cambios que se han producido, relación con la pareja y relación con los profesionales sanitarios.

Conclusiones: El embarazo es una etapa en que la atención se centra en el bienestar materno-fetal, donde la sexualidad pasa a ser un tema secundario. La actividad sexual cambia en comparación a antes del embarazo, afirmando que la frecuencia de las relaciones sexuales y el deseo sexual disminuye. El tamaño del vientre ha sido el principal cambio que refieren que influye al poner en práctica su sexualidad. Las parejas coinciden en que la comunicación es importante para una óptima expresión de la misma. Por último, la carencia de información es uno de los factores que se asocia a alteraciones en la expresión de la sexualidad, por ello, hemos realizado un tríptico para aportar educación afectivo-sexual en el embarazo.

Palabras clave: vivencia, sexualidad, embarazo, relaciones sexuales, pareja y profesional sanitario.

ABSTRACT

Sexuality during pregnancy is one of the aspects that can concern and produce doubts and fear to both pregnant women and their couples. When we talk about sexuality, we are talking about a concept that goes much further than having sex. At the same time, it is an awkward topic to talk about in the current times. During pregnancy, a wide variety of changes take place which are experienced by women's body and which may influence her sexuality. The nursing professional has an important role to play because of the promotion of health education during this period. The **general objective** of this research is to know the experience of sexuality during pregnancy.

Methodology: this is a qualitative study with a phenomenological focus which took into account four pregnant women., two of them were in their third trimester of pregnancy, another one was in the in second trimester and the last one in the immediate postpartum. Moreover, three couples were also studied and an interview to a midwife was made. The tool used in this study was the semi structured interview which data collection was carried out by voice recording.

Results: four categories and eleven subcategories came up. The categories are: characteristics of the sexuality during pregnancy, changes produced, couple relationship and the relation with the health professional.

Conclusion: Pregnancy is a period in which attention is focused on maternal and fetal well-being. Sexuality becomes a second place. Sexual activity has changed in comparison with before pregnancy. Pregnant women have declared that the frequency and sexual desire decrease throughout pregnancy. Belly size has been the main change that pregnant women refer when they have been asked about putting their sexuality into practice. Pregnant couples agree that communication is important for make an optimal expression of sexuality. Finally, the lack of information is one of the factors that is associated with alterations in the sexuality expressions, for this reason, we made a leaflet to provide affective-sexual education in pregnancy.

Key words: experience, sexuality, pregnancy, sexual relationship, couple and health professional.

ÍNDICE

1	Introducción	1
2	Objetivos	3
2.1	Objetivo general	3
2.2	Objetivos específicos	3
3	Marco teórico	4
3.1	Evolución histórica de la sexualidad durante el embarazo	4
3.2	Conceptos	7
3.3	Cambios durante la gestación relacionados con la sexualidad	8
3.3.1	Cambios físicos	8
3.3.2	Cambios psicológicos	10
3.3.3	Cambios socioculturales	11
3.4	La relación de pareja	12
3.5	Respuesta sexual en la gestación	13
3.6	Conducta sexual según trimestre	14
3.7	La imagen corporal y el embarazo	14
3.8	Mitos de la sexualidad durante el embarazo	15
3.9	Embarazo de riesgo e influencia en la sexualidad	16
3.10	Educación sanitaria en el embarazo en Cataluña	18
4	Metodología	20
4.1	Introducción	20
4.2	Diseño de estudio	21
4.3	Población de estudio y muestra	22
4.4	Instrumento	23
4.5	Análisis de datos	24
4.6	Limitaciones de estudio	26
4.7	Consideraciones éticas	26
4.8	Relación con un modelo de enfermería	27
5	Resultados y discusión	28
5.1	Categoría A: Características de la sexualidad durante el embarazo	28
5.1.1	Significado de la sexualidad	28
5.1.2	Fuentes de información	30
5.1.3	Beneficios	33
5.1.4	Inconvenientes	35
5.2	Categoría B: Cambios que se han producido	40
5.2.1	Imagen corporal	40
5.2.2	Deseo sexual, frecuencia y satisfacción	42
5.3	Categoría C: Relación con la pareja	44

5.3.1	Comunicación	45
5.3.2	Cambios por la gestación	45
5.3.3	Relaciones sexuales	46
5.4	Categoría D: Relación con los profesionales sanitarios	48
5.4.1	Educación afectivo-sexual	48
5.4.2	Relación terapéutica.....	50
6	Conclusiones.....	52
7	Futuras líneas de investigación	53
8	Intervenciones enfermería	54
9	Bibliografía	55
10	Presentación de Anexos.....	63
	ANEXO 1: Protocolo de educación sanitaria establecida en el carné de la embarazada actualizado por la Generalitat de Catalunya	63
	ANEXO 2: Tabla de cambios en el embarazo que influyen en la sexualidad	65
	ANEXO 3: Cronograma	67
	ANEXO 4: Tabla de presentación de los informantes para la muestra de estudio	68
	ANEXO 5: Guion entrevista semiestructurada	68
	ANEXO 6: Consentimiento informado	74
	ANEXO 7: Propuesta de tríptico sobre sexualidad en el embarazo	76

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la sexualidad como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (1).

Cuando se habla de sexualidad o más aún, de sexo, es común que las personas se sientan incómodas por el tabú que todavía el tema conlleva en la actualidad. Si nos centramos en la sexualidad de la mujer embarazada y de la relación de las gestantes con su propia sexualidad, se evidencia que se han instaurado falsas ideas que han llegado a considerar la prohibición de las prácticas sexuales y la anulación del placer sexual llegando a convertir el tema sexual en un tema inexistente durante esta etapa del ciclo vital (2).

Estas creencias populares han generado ignorancia y misterio en la comunidad femenina, llegando a provocar miedo e incertidumbre, tanto en ellas como en sus parejas. Estas ideas se potencian con la información poco veraz y fiable que está al alcance de la población (2). Algunos de los mitos más relevantes encontrados en la bibliografía es que las mujeres manifiestan temor a dañar al feto, el riesgo de rotura prematura de membranas, la inhibición de los movimientos fetales y la amenaza de aborto (3).

Durante la gestación se produce un proceso de cambio y adaptación a la actividad sexual, provocado por los cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que se experimentan en el cuerpo de la mujer. Estos hechos repercuten en la vida sexual, ya que se produce una disminución del interés sexual y una variación en la frecuencia de coitos y de la capacidad orgásmica; en la mayoría de las ocasiones, se producen cambios en la satisfacción sexual de la gestante durante todo el proceso (3).

Tras realizar la búsqueda bibliográfica encontramos diversos estudios como el realizado en el Hospital San Agustín de Avilés (Asturias) (4) donde se investigó la variación del deseo sexual de las mujeres en dicha etapa. Las matronas, quienes lideraban el estudio, interpretaron los resultados estableciendo que existe disminución del deseo sexual en el primer trimestre, se mantuvo igual en el segundo y disminuyó aún más en el tercero, alcanzando el punto mínimo al final de la gestación.

Además, otro estudio realizado en nueve centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona (3) manifiesta que la actividad sexual durante el embarazo varía a lo largo de él, llegando a evitarlas en un 26% durante el primer trimestre, 23% en el segundo y 31% en el tercero, al contrario que antes del embarazo que ninguna participante del estudio las evitaba.

Con ambos estudios se pudo afirmar que, aun teniendo una convivencia satisfactoria con una buena comunicación afectivo-sexual, disminuyen indiscutiblemente tanto el deseo como la actividad sexual por la carencia de información que reciben las mujeres embarazadas durante el proceso asistencial (3,4).

La desinformación y la falta de educación sanitaria en cuanto a conocer cuáles son los cambios fisiológicos que se producen en la mujer gestante, además de los aspectos psicológicos que lo caracterizan, pueden ser claves en el proceso de embarazo. Se considera imprescindible establecer una buena relación terapéutica basada en la confianza y en la comunicación y así, poder facilitar a las futuras madres la manifestación de las posibles incertidumbres que les puede generar la sexualidad (4).

Las matronas son las encargadas de guiar y acompañar a las mujeres embarazadas durante la gestación y el parto. En especial, durante la gestación, es indiscutible la necesidad de aportar información veraz y objetiva en relación con todos los aspectos que conlleva el embarazo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

- Conocer la vivencia de la sexualidad durante el embarazo.

2.2 Objetivos específicos

- Reconocer los cambios que influyen en la sexualidad y el deseo sexual en las mujeres durante el embarazo.
- Conocer el rol de la pareja con relación a la sexualidad durante el embarazo.
- Descubrir el papel de la matrona en relación con la sexualidad durante el embarazo.
- Identificar posibles carencias para proponer intervenciones y acciones de enfermería que mejoren el proceso asistencial en relación a la sexualidad durante el embarazo.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los conocimientos y percepción que tienen las mujeres embarazadas respecto a su propia sexualidad durante la gestación? ¿Cómo interfiere en su calidad de vida?
- ¿Repercute en la relación de pareja los cambios de la sexualidad durante el embarazo?
- En las mujeres embarazadas, ¿Se consigue aportar la información necesaria respecto a su sexualidad durante el periodo gestacional?

3 Marco teórico

La sexualidad es un aspecto importante del ser humano y se manifiesta de distintas formas a lo largo de su vida, condicionado por una serie de factores, entre los cuales encontramos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Así mismo, es un concepto amplio que abarca, no sólo las relaciones sexuales, sino que también el erotismo, la fantasía sexual, la vivencia sexual, el autoconocimiento y el placer, entre otros.

3.1 Evolución histórica de la sexualidad durante el embarazo

A lo largo de los siglos, a la figura de la mujer se le ha adjudicado el rol de la maternidad. El cuerpo de las mujeres se caracterizaba con funciones relacionadas con la fertilidad, por ello, el hecho de ser mujer se condicionaba a las ideologías que se atribuían a cada etapa histórica, a las creencias religiosas y culturales (5).

Lo femenino se asociaba a la maternidad y a su rol como madres, esposas y amas de casa, cuya función, según las tendencias culturales, era el cumplimiento del ciclo reproductivo de la mujer y, por tanto, la diferencia principal entre el rol masculino y el femenino (6). Estos hitos eran el pilar fundamental en la Edad Media, donde la intervención de la Iglesia tuvo gran influencia en asuntos como la relación de pareja, las relaciones sexuales y el parto, entre otros(7). El embarazo se ha considerado la mayor expresión de sexualidad y es por esto por lo que las relaciones sexuales, por ejemplo, eran únicamente aceptables como finalidad reproductiva y no se mencionaban en ningún caso conceptos como el deseo o el placer sexual (8).

Citado textualmente de un artículo que trata sobre el nacimiento y la vida infantil en la edad media (7): *“La sexualidad se regía por los principios eclesiásticos (...) e incluso, decretaron ciertos periodos de abstinencia sexual durante el matrimonio, pues se creía que los fluidos menstruales podían provocar la muerte. También durante el embarazo, además de que la pareja sólo buscaba el placer sexual en sí mismo, ya que la mujer ya estaba fecundada, se pensaba que el acto podía dañar al feto”*.

A partir de esta época, muchas de estas ideas se extendieron y generaron lo que conocemos como falsas creencias en relación con la sexualidad de la mujer durante la gestación que perduraron en el tiempo y en la comunidad, creando un clima de

ignorancia y misterio en torno a la sexualidad en este periodo.

No fue hasta 1923 que se introdujo el término de libido a través del psicoanálisis de Sigmund Freud (9). Definía la libido como “*un instinto sexual (...) que se compone de instintos parciales, en los cuales puede también descomponerse de nuevo y que sólo paulatinamente van uniéndose para formar organizaciones. Los diferentes instintos parciales tienden al principio de la satisfacción*”. Con ello, confirmaba que desde la infancia somos seres sexuados y es por este motivo que se convierte en un aspecto intrínseco del ser humano que está presente en cada etapa del ciclo vital.

Así mismo, la salud sexual y reproductiva no fue estudiada por la Organización Mundial de la Salud hasta 1974, en el que un grupo de expertos en sexualidad humana realizó un informe sobre la formación de los profesionales sanitarios para adecuar la educación afectivo-sexual. Y, veinte años más tarde, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1) recalcaron la importancia de la satisfacción de la vida sexual y el placer sin riesgos.

En 1998, la Revista de la Asociación Española de Matronas (10) publicó el primer artículo sobre las relaciones afectivas y sexuales durante el embarazo y el papel que tenía la matrona en el momento. A través de este estudio se identificaron los aspectos fisiológicos y psicosociales, rompieron muchos de los mitos a los que estaban sometidas las mujeres embarazadas y determinaron la función que tenía la matrona en este aspecto de la maternidad.

A nivel internacional, se realizó un estudio en Izmir (Turquía) (11) sobre las funciones sexuales durante el embarazo. Se dispuso de un cuestionario conocido como *Female Sexual Function Index* (FSFI) que incluía diecinueve preguntas que evaluaban los seis dominios de la función sexual, incluyendo el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor sexual. Se concluyó que la disfunción sexual femenina es un problema común en mujeres embarazadas que afecta alrededor del 20-50% de ellas, además, se expone que la causa probable sean los efectos negativos que tiene la sexualidad durante la gestación.

En 2010, se lanzó la revista *Sex and Marital Therapy*, realizado por el Departamento de Enfermería, Obstetricia y Ginecología del National Taichung Nursing Collegue (Taiwán)

(12). En esta revista se llevó a cabo un estudio sobre las posiciones y la satisfacción sexual de las mujeres embarazadas. Llegaron a la conclusión que existían diferencias significativas entre la satisfacción sexual que tenían las mujeres antes y después del embarazo. Lo que más sorprendió fue que se demostró que durante el tercer trimestre, pese a considerarse los meses en los que disminuye más el deseo sexual, aunque la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó con el trimestre, su satisfacción no descendió. Estos resultados muestran que las relaciones sexuales no son el único aspecto en la satisfacción sexual de las mujeres, ya que encontraban dicho placer de otras formas como, por ejemplo, las caricias.

En la actualidad, a nivel territorial, en 2018 se realizó la última edición del “Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya” (13,14) por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Esta guía de actuación incluye la educación sanitaria referente a las relaciones sexuales durante este periodo. Se considera importante informar a la mujer y a su pareja sobre los cambios físicos y psicológicos que pueden influir en las relaciones sexuales, ya que cuánto mayor nivel de educación, hay menor riesgo de presentar disfunciones sexuales en esta etapa y posteriormente. Además, tiene en cuenta las situaciones que modifican la sexualidad y la educación sanitaria pertinente para la prevención y el control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Comparando con un estudio en Brasil (14) sobre la prevalencia de disfunción sexual y los factores asociados en mujeres embarazadas, se determinó que la prevalencia de disfunción sexual durante la gestación fue de alrededor del 38,9% y el 73,3%. Disfunciones que aparecen con factores multicausales, pero que desencadenan efectos negativos como la depresión y ansiedad, entre otros.

Por último, uno de los artículos más actuales que encontramos en la bibliografía consultada es el realizado por una Escuela Latinoamericana de Medicina Sexual en Venezuela (15). Se publicó en octubre del 2020 con el objetivo de interpretar los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. Se determinó, mediante un estudio antropológico, que en la mayoría de los casos existía una disminución de la actividad sexual debido a una disminución del deseo. Estos factores alteraban la respuesta sexual femenina y se veía muy influenciado por factores socioculturales. Se recalcó que resultaba imprescindible incidir en la educación sexual que debería ser aportada por el profesional de salud, ya que la mayoría de los conocimientos en el ámbito

sexual era por parte de amigos o internet, en pocos casos por personal sanitario cualificado (15).

3.2 Conceptos

Sexo: según la Organización Mundial de la Salud, hace referencia a los rasgos biológicos que determinan los distintos géneros. Estas características no se excluyen entre sí, ya que en la actualidad hay individuos que poseen ambos sexos o que no se identifican con ninguno. Conocemos que en su gran mayoría se tiende a mezclar términos y a confundir sexo con actividad sexual (1).

Sexualidad: se considera que es un aspecto esencial e imprescindible en la vida del ser humano. Incluye el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se experimenta y se manifiesta en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (1).

Por ende, en el siguiente trabajo no sólo se aborda la sexualidad en relación con la actividad sexual, sino que se tendrán en cuenta aspectos psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La actividad sexual hace referencia a la experiencia conductual de la propia sexualidad, donde el erotismo y el placer son los factores que prevalecen (16).

El erotismo, según la Real Academia Española, es la forma en la que se excita el placer sexual (17). Se considera la capacidad del ser humano de experimentar respuestas que se desarrollan a partir del deseo sexual, la excitación y el orgasmo, es decir, el placer sexual (16).

La salud sexual, según las últimas modificaciones de la OMS en 2010, se considera un estado de bienestar en las tres esferas (física, mental y social) en relación con la propia sexualidad, que no solo se adquiere en ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Necesita un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para ello, se deben respetar y tener en cuenta los

derechos sexuales de las personas involucradas (18,19).

Los derechos sexuales se incluyen en un informe que publicó la OMS en 2015 con la intención de mejorar la salud sexual mediante la armonización de leyes y políticas que hacían referencia a los derechos fundamentales de los seres humanos. Estos derechos toman en consideración los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual, ya que protegen a toda la comunidad de satisfacer, expresar y disfrutar de su sexualidad, respetando a los demás y respetándose a sí mismo (1).

El deseo sexual se define como el impulso que hace que el individuo recurra a experiencias sexuales o se presente receptivo a las mismas (20).

La relación de pareja hace referencia al vínculo afectivo entre dos personas en el que se establecen lazos de unión que se construyen y se mantienen mediante las emociones tanto en el ámbito personal como el social. El romanticismo, el amor y el placer sexual son distintos aspectos que se involucran en la relación de pareja (21).

La vivencia expresa los rasgos propios del individuo y de su contexto. Hace posible comprender y entender la forma en la que interpretamos, valoramos y damos sentido a la realidad, a la vez que refleja el ámbito sociocultural y personal en el que nos desarrollamos (22).

3.3 Cambios durante la gestación relacionados con la sexualidad

El embarazo es un periodo en el que la mujer sufre una serie de cambios, tanto del propio cuerpo a nivel físico y hormonal como psicológico. Estas modificaciones pueden influir en la sexualidad de la pareja.

3.3.1 *Cambios físicos*

A nivel físico se producen cambios en los diferentes sistemas:

- Cardiovasculares: aumento del volumen sanguíneo y de la frecuencia cardiaca; la tensión arterial media disminuye hasta alcanzar el punto más bajo en las semanas 16-20 y a partir del último trimestre se va incrementando hasta igualar las cifras de antes del embarazo (23).

Debido al aumento del volumen abdominal, el diafragma se eleva y desplaza el corazón hacia arriba y hacia la izquierda. A su vez, como consecuencia a la compresión del útero grávido sobre la vena cava inferior, aumenta la presión venosa de las extremidades inferiores y puede contribuir a la aparición de edemas maleolares. Así mismo, se disminuye el retorno venoso al corazón cuando la gestante se encuentra en decúbito supino, provocando síndrome de hipotensión supina que puede cursar con bradicardia, hipotensión, mareo, palidez...(24).

- Respiratorios: ensanchamiento de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea que incrementan la producción de moco, aumento de la frecuencia respiratoria y sensación de disnea que aumenta a la vez que la presión abdominal sobre el tórax. Además, durante la gestación el diafragma se eleva unos 4 cm y aumenta el diámetro anteroposterior y transversal (24).
- Renales: los riñones aumentan su tamaño y peso debido al aumento de líquido intersticial y vascularización. La compresión del útero sobre la vejiga reduce su capacidad provocando poliuria y polaquiuria.
- Gastrointestinales: la relajación del músculo liso del esófago y esfínter esofágico superior combinado con un aumento de presión intraabdominal que provoca compresión gástrica pueden provocar pirosis, regurgitación, náuseas y vómitos (23). Las encías sufren una hiperemia y edema que puede provocar sangrado y gingivitis. Además, hay un incremento de la salivación.

Referente al intestino grueso, predomina el estreñimiento debido a la compresión del útero sobre el sigma, la hipomotilidad e hipotonía provocada por la progesterona y el aumento de absorción de agua y sodio provocado por la angiotensina y la aldosterona, todo esto puede favorecer la aparición de hemorroides (24).

- Metabólicos: en la primera mitad del embarazo se produce un periodo anabólico, la energía se utiliza para cubrir las modificaciones de la madre y aumentar las reservas de tejido adiposo, en cambio, en la segunda mitad del embarazo predomina el catabolismo, utilizando la energía para el crecimiento fetal (24).
- Dermatológicos: hiperpigmentación de partes del cuerpo como: cara, cuello, areolas, ombligo, línea media abdominal y perineo consecuente a incremento de la Hormona Estimulante de Melanocitos (MSH), estrógenos y progesterona (25). Así mismo, aparece la línea alba y puede surgir pigmentación de las mejillas, nuca, nariz, labio superior y mandíbula denominado melasma. También pueden aparecer estrías en el abdomen, mamas y muslos (24).
- Musculoesqueléticos: se produce hiperlordosis para compensar el desplazamiento

del centro gravedad debido al peso del feto, que puede provocar lumbalgias y lumbociáticas.

- **Reproductores:** A nivel genital, la vulva y la vagina adquieren una coloración azulada, purpúrea o rojo intenso debido al incremento de la vascularización e hiperemia en la piel y músculos del periné. Así mismo, las paredes de la vagina sufren una relajación e hipertrofia del tejido conectivo y un aumento del espesor de la mucosa y secreción vaginal que provoca aumento de la acidez vaginal. Se produce leucorrea debido al aumento de estrógenos y vascularización.

El útero aumenta su tamaño progresivamente a medida que se produce el crecimiento fetal y los ovarios cesan la maduración folicular y la ovulación a consecuencia de los altos niveles de estrógenos y progesterona. Las mamas aumentan su tamaño debido a la hipertrofia e hiperplasia de los alveolosmamarrios, a partir del 4-5º mes pueden secretar calostro y los pezones aumentan su pigmentación, se vuelven eréctiles y sensibles (24).

El aumento del volumen del feto puede dificultar la realización de ciertas posturas sexuales a medida que avanza el embarazo y discomfort en la mujer. Así mismo, el aumento de vascularización provoca un incremento de la sensibilidad genital y mamaria, facilitando la experimentación de placer (26).

- **Endocrinos:** A nivel hormonal aumentan los niveles de cortisol y hormonas diabetogénicas: lactógeno placentario, prolactina, cortisol y progesterona.

Aumenta la hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HCC) alcanzando su pico máximo alrededor de la semana 10 y disminuye a partir de la semana 18. Los estrógenos aumentan el flujo uteroplacentario, estimula la síntesis de prolactina, producen cambios en el pH vaginal y en la pigmentación de la piel. La progesterona disminuye el tono muscular liso y relaja la movilidad uterina. La Hormona Prolactina (PRL) aumenta desde el inicio del embarazo y prepara la glándula mamaria para la lactancia materna (24).

3.3.2 *Cambios psicológicos*

Pese a que el embarazo es un proceso que mayoritariamente supone ilusión y alegría, es una etapa en la que pueden aparecer ciertos miedos y preocupaciones. Desde el punto de vista psicológico el embarazo requiere una adaptación a la nueva etapa, en algunos casos se han manifestado alteraciones psicológicas como ansiedad, estrés y depresión (27).

Otro aspecto para destacar son las preocupaciones del embarazo, entre las cuales encontramos: posibilidad de patologías del feto, momento de parto y miedo al aborto espontáneo (28).

Los aspectos psicológicos que pueden variar en esta etapa están relacionados con la autoestima, la imagen corporal y el sentido de autorrealización. Las embarazadas suelen tener labilidad emocional con cambios de humor frecuentes debido a los cambios hormonales.

Según Colman (29), existen modificaciones psicológicas que agrupó por los trimestres de gestación:

- Primer trimestre: suele estar predominado por la ambivalencia, ansiedad, miedo, estrés e inseguridad emocional y temor a perder el embarazo.
- Segundo trimestre: suele estar caracterizado por la aceptación y la estabilidad.
- Tercer trimestre: suele estar caracterizado por la introversión.

3.3.3 *Cambios socioculturales*

En cuanto a los aspectos sociales, se producen cambios de los roles de los padres, con su entorno social e incluso entre la misma pareja. La reproducción es un hecho histórico y cultural, se manifiesta de forma distinta dependiendo del tipo de comunidad en la que nos encontremos. Influenciado por creencias religiosas y culturales, por valores y normas sociales establecidas hasta el momento y por diferentes perspectivas sobre hombres y mujeres en cualquier etapa del ciclo vital (5).

Las creencias respecto a la sexualidad desempeñan un rol importante en la conducta que se tenga hacia esta. Las normas sociales se van modificando con la cultura y las circunstancias a las que está sometida la población. Existen ciertos comportamientos sexuales que en unas poblaciones está permitido y en otras no.

La sexualidad se va moldeando por factores externos como es el caso de los estereotipos culturales y los de género. Por un lado, los estereotipos culturales hacen referencia al conjunto de ideas que se comparten en la comunidad, son estáticos y la misma sociedad los va transformando con el paso del tiempo. Y, por otro lado, tenemos los estereotipos de género que se consideran los acuerdos sociales que se asignan a los roles masculinos y femeninos (30).

Pese a que la sexualidad es un aspecto vital en el desarrollo de los individuos, también se ve condicionado e influenciado a través de la cultura en la que se vive. Por ello, cualquier cambio en el sistema social influye en el sistema de valores de la comunidad. Los medios de mayor influencia en el proceso de vinculación con la sexualidad durante el embarazo son: la familia, los padres, la religión, los medios de comunicación y la legislación.

Y bien es cierto que, la información, hoy en día, se encuentra al alcance de todos, sabiendo que se corre un gran riesgo por la veracidad de éstas. Sin embargo, debe quedar claro que en la sexualidad no existen normas, sino formas diferentes de expresarla (31).

3.4 La relación de pareja

El embarazo es una nueva etapa en la vida que supone adaptaciones en la pareja. Antiguamente el embarazo era “cosa de mujeres”, con el paso de tiempo este hecho ha ido evolucionando y el padre juega un papel importante durante la gestación. Pese a que la figura paternal no sufre los cambios físicos ni hormonales, está involucrado en todos los cambios que conlleva el hecho de ser padres. Así mismo, el embarazo tiene un impacto en la sexualidad de las mujeres y, en consecuencia, en la de los varones también.

La pareja es un pilar fundamental para la gestante, que la acompañará en todo momento del embarazo y con quien podrá compartir inquietudes y dudas, adaptándose a la nueva etapa vital. Llevar a la práctica una buena y sana vida sexual afecta directamente en la pareja, haciendo que se fortalezca mediante la comunicación y, por ende, esté más unida en todo el proceso de embarazo.

La bibliografía consultada (32–34) nos indica que a través de estudios cuantitativos y cualitativos se ha demostrado una asociación significativa entre el embarazo y las disfunciones sexuales de la pareja, por ambas partes. Debemos conocer que la vida sexual es un concepto complejo e influenciado por la etiología, las diferencias psicosociales y psicoculturales, entre otros factores.

En uno de los estudios realizados en Irán se llegó a confirmar mediante la escala de Female Sexual Function Index que entre el 38,9 y 73,3% de las gestantes, dependiendo del trimestre, padecían sintomatología asociada a la disfunción sexual y, además, se determinó que existía una asociación significativa con la respuesta sexual que presentaba la gestante durante los trimestres. En otro estudio realizado en Colombia, concluyeron que el 75% de la población estudiada presentaba disfunciones sexuales durante el embarazo, mayoritariamente trastornos del deseo y del orgasmo.

En un estudio llevado a cabo en México (35) cuyo objetivo fue conocer el significado del comportamiento sexual de los hombres durante la gestación, concluyó que 4 de cada 6 hombres preferían no mantener relaciones sexuales y no llevar a cabo ninguna práctica sexual con la embarazada por el miedo a hacer daño al feto, por miedo a adelantar el parto y sentirse responsables de alguna complicación que pudiese acarrear este hecho.

3.5 Respuesta sexual en la gestación

Según Masters y Johnson (36) la respuesta sexual femenina se divide en cuatro fases distintas:

- Fase de excitación: debido a la ingurgitación y vasoconstricción las mamas aumentan de tamaño, se produce erección de los pezones, crece el clítoris y se abren los labios mayores y menores. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis y la vagina aumenta de tamaño a la vez que comienza a lubricarse. En el embarazo se puede producir dolor e irritación en las mamas.
- Fase de meseta: se incrementan los cambios producidos en la etapa anterior. La areola y la mama aumentan de tamaño. Así mismo, el tercio externo de la vagina disminuye su diámetro debido a la importante vasoconstricción sanguínea, que incrementa en las mujeres gestantes. El clítoris se retrae y las pupilas se dilatan.
- Fase orgásmica: la parte más externa de la vagina se contrae fuertemente a intervalos de 0.8 s a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Paralelamente, se contrae el útero e incrementa la frecuencia respiratoria y cardíaca. El orgasmo dura entre 10 y 15 segundos y en las embarazadas es frecuente la pérdida de orina. Durante el último trimestre en las mujeres embarazadas se produce contracciones orgásmicas de 1 minuto de duración y que pueden alargarse hasta 30 min después del orgasmo.
- Fase de resolución: en las embarazadas la congestión pelviana disminuye lentamente y este hecho puede provocar molestias. En cambio, el aumento del flujo y lubricación vaginal son cambios favorables.

3.6 Conducta sexual según trimestre

La conducta sexual varía dependiendo de la etapa del ciclo vital del ser humano. Incluye todas aquellas actividades que presenta un individuo con el fin de expresar su propia sexualidad. La conducta sexual de la mujer embarazada se ve modificada a lo largo de la gestación, para ello hemos dividido esta variación según el trimestre de gestación en el que se pueden encontrar.

- Primer trimestre: existen diferencias en la conducta sexual, en unas gestantes disminuye la frecuencia y el interés sexual y en otras a la inversa (37).
- Segundo trimestre: mayoritariamente las mujeres manifiestan un aumento del deseo sexual, las molestias físicas del comienzo del embarazo suelen desaparecer y se encuentran en un estado de mayor bienestar. Así mismo, el miedo a dañar al feto disminuye y se van adaptando al embarazo.
- Tercer trimestre: la mayoría de las mujeres sufren disminución o ausencia de deseo sexual, muchas veces por miedo a desencadenar el parto. En algunos casos, la excitación desciende como consecuencia de la disminución de placer provocada por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris por el tamaño del feto. Proporcionalmente, también disminuye la frecuencia e intensidad del orgasmo (38).

De la misma manera, Brtnicka, Weiss & Zverina (39) encontraron que la actividad y el interés sexual en las embarazadas disminuyó en el primer trimestre, aumentó en el segundo y volvió a disminuir en el tercero, relacionando estos hechos con los cambios hormonales que se producen en la gestante a lo largo de la gestación.

3.7 La imagen corporal y el embarazo

La imagen corporal, definida por Schilder (40) como *“la figura de nuestro propio cuerpo que formamos con nuestra mente”*, puede influir en el interés de la actividad sexual de las gestantes como consecuencia de los cambios físicos que se producen.

La imagen corporal está formada por diferentes componentes como son la parte perceptiva, cognitiva, afectiva y conductual de la persona (41). Durante los nueve meses de embarazo las gestantes pueden apreciar cambios cada día que se ven reflejados a nivel físico, hormonal, psicológico y emocional. Estos cambios se producen tan rápido que es difícil que se puedan integrar a la imagen que tiene sobre sí mismas y el hecho de no aceptarlo genera inquietud e inseguridad que afecta a la autopercepción que tienen sobre ellas (42).

Como sabemos el cuerpo de la mujer sufre grandes transformaciones a lo largo del embarazo. Después del parto, el cuerpo rara vez vuelve inmediatamente a la forma que tenía antes del embarazo y muchas gestantes no están preparadas para enfrentarse a este tipo de cambios (43). Masters y Johnson (36) en su estudio concluyeron que el 20% de las embarazadas referían sentimientos de desagrado en relación con la imagen corporal.

Además, en otro estudio (43) se confirmó que el 8% de las mujeres gestantes estaban intentando perder peso durante el embarazo, mientras que el 53% intentaba perder peso antes del embarazo y el 70% lo estaba intentando después del parto. Datos que corroboran la importancia que se le da a la imagen corporal antes, durante y después de la propia gestación.

Una imagen corporal aceptada de forma negativa puede modificar el comportamiento, lo que puede desencadenar sentimientos de baja autoestima y, por lo tanto, infravaloración, insatisfacción, inseguridad, e incluso, sentimientos de vergüenza. Es un concepto que preocupa durante el periodo gestacional y hay estudios (42,43) que afirman que existe una asociación significativa entre el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal ya que 4 de cada 10 mujeres en un adecuado estado nutricional perciben un exceso de su peso.

Los profesionales de la salud deben considerar la detección de insatisfacción corporal, comportamientos de riesgo de pérdida de peso extrema y/o detectar conductas de riesgo que puedan desarrollar trastornos de alimentación durante las visitas de seguimiento durante y posterior al embarazo (44). Para ello, se debe promover hábitos de vida saludables que sean compatibles con el estilo de vida del individuo.

3.8 Mitos de la sexualidad durante el embarazo

La reducción de la actividad sexual a lo largo del embarazo se produce a consecuencia de diversas causas como pueden ser la sintomatología del embarazo, los cambios y la limitación física, la falta de interés o disminución del deseo sexual, y, no menos importante, los mitos o falsas creencias asociadas a la sexualidad durante el embarazo (13).

Durante la gestación es posible que las parejas sufran modificaciones en sus patrones sexuales tanto a nivel de deseo como frecuencia y satisfacción sexual. Este hecho se debe a que a menudo las creencias o los mitos son las primeras ideas erróneas que obtienen las mujeres embarazadas y sus parejas sobre sexualidad durante esta etapa (45).

Según los datos obtenidos en un estudio realizado en Barcelona (3) los motivos por los cuales se produce esta variación de la sexualidad durante el embarazo son, por un lado, las molestias físicas con un 38%, 41% y un 86% durante el primer, segundo y tercer trimestre de gestación, respectivamente. Y, por otro lado, mitos conocidos socialmente sobre este tema en los que predominan: el miedo a dañar al feto (entre el 19 y el 23%), miedo al aborto o a producir el parto (20%), miedo a dañar a la propia gestante (22%), miedo propio de la pareja por la penetración (25%) o sentimientos relacionados con la imagen corporal (19%).

Uno de los primeros estudios (10) realizados en España que fue liderado por matronas datado en 1998 también estuvo de acuerdo con que los mitos y tabúes más comunes suelen ser más frecuentes en gestantes primíparas, ya que les genera más inseguridad y no sólo a ellas, sino que también a las parejas. En esta investigación se confirmó que las falsas creencias más conocidas eran miedo a dañar al feto con las relaciones sexuales y creer que el coito es perjudicial durante el embarazo, miedo a provocar un aborto o el parto, miedo a provocar una rotura prematura de membranas y miedo a contraer infecciones.

El hecho de poner en práctica la sexualidad produce relajación, placer y bienestar durante el embarazo. Además, refuerza la complicidad con la pareja en un periodo en que los cambios físicos, hormonales y emocionales pueden generar mucha inseguridad e incertidumbre. A lo largo de estos nueve meses hay que ir adaptándose a los cambios, por ello, el objetivo sigue siendo el mismo, poder llevar a cabo una sexualidad feliz, saludable y plena durante este periodo (13,46).

3.9 Embarazo de riesgo e influencia en la sexualidad

Se considera embarazo de riesgo aquel embarazo que conlleva un riesgo o complicación asociada mayor a lo habitual, tanto antes como después del parto, y tanto para la madre como para el feto (47). Los embarazos de riesgo se clasifican en tres grados: de bajo riesgo, de medio riesgo o alto riesgo.

En primer lugar, el embarazo de bajo riesgo es ese proceso gestacional que se caracteriza por algún rasgo físico, antecedente fisiológico o patología de base o asociada, que sin ocasionar de forma segura ninguna patología en la gestación actual, sí que la hacen vulnerable a padecer algún factor de riesgo y, por ende, un estricto control y seguimiento. Los factores que determinan este tipo de embarazo son las anomalías funcionales pelvianas,

la baja estatura, un IMC inadecuado, embarazo no deseado, estado vacunal inadecuado o riesgo cardiovascular (13).

En segundo lugar, las gestantes que pertenecen al grupo de riesgo medio se caracterizan por rasgos físicos (anatómicos), antecedentes obstétricos no favorables, u otras condiciones que pueden influenciar al desarrollo del feto. Tal y como se hace el seguimiento del embarazo de bajo riesgo, en el riesgo medio se lleva a cabo de la misma forma con posibilidad de atención hospitalaria si se precisase más complejidad en la propia atención (13).

Los factores que hacen que se convierta en un riesgo medio gestacional son: la edad muy precoz y/o avanzada, multiparidad, antecedentes de retraso en el crecimiento intrauterino, recién nacidos de bajo peso, partos distócicos, cirugía uterina previa, cesárea previa, esterilidad previa, antecedentes de patología placentaria y obstétrica, control insuficiente o no adecuado, condiciones socioeconómicas desfavorables, víctimas de violencia de género, patología mental, diabetes, tabaco, Rh negativo, antecedentes hereditarios y riesgo cardiovascular.

Y, en tercer lugar, se consideran gestantes de alto riesgo aquellas que presentan algún factor de riesgo que hace aumentar la probabilidad de que aparezcan complicaciones durante el periodo gestacional o bien, a lo largo del parto (13).

Los factores que la determinan son: la obesidad mórbida, antecedentes ginecológicos y obstétricos, incompetencia cervical uterina, anomalía cromosómica, embarazo ectópico previo, parto prematuro previo, endocrinopatías, cardiopatías, gemelos, HTA o diabetes gestacional, preeclampsia, infección materna, patología mental, anemia grave y sospecha de malformación fetal.

Centrándonos más sobre la sexualidad durante la gestación, en algunas de las circunstancias que se pueden dar en el embarazo pueden generar la evitación de las relaciones sexuales con tal de evitar que se desencadene una complicación potencialmente de riesgo (13). Por ello, se debe informar sobre la adecuación de las manifestaciones de la sexualidad en esta etapa.

Estas situaciones serían (38): hemorragias o sangrado activo, historia clínica con antecedentes de abortos espontáneos de repetición, pérdidas de sangre en algún trimestre, amenazada de parto con actividad uterina prematura, amenaza de parto prematuro, placenta

previa, rotura de membranas, amniocentesis, diabetes mellitus mal controlada y preeclampsia mal controlada

Desde Enfermería se debe aconsejar y ofrecer la educación sanitaria pertinente tanto en el momento en el que se debe empezar la abstinencia de las relaciones sexuales como en el momento en el que se pueden reanudar. No obstante, se da toda la información necesaria, pero no solo de las relaciones sexuales, sino de las distintas formas que existen de manifestar la sexualidad durante el proceso gestacional (13). Esta información hace que las parejas no se sientan culpables en relación con este aspecto y puedan mantener una sexualidad sana, buena, eficaz y sin riesgo.

3.10 Educación sanitaria en el embarazo en Cataluña

La información que se ofrece para el seguimiento del embarazo en la región catalana se realiza mediante la aplicación de un protocolo (13), concretamente, "*El protocol de seguiment de l'embaràs*" dirigido por el Departament de Salut donde se tuvieron en cuenta los objetivos marcados por el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 (48) de la Generalitat de Catalunya.

Este protocolo fue actualizado por última vez en 2018 y es la base de los criterios que se tienen en cuenta tanto para el seguimiento de un embarazo normal como la evaluación continuada del riesgo gestacional y la información y educación para la salud a lo largo del embarazo.

En relación con el embarazo y la información que se aporta es importante, en primer lugar, conocer los antecedentes ginecológicos y reproductivos de la gestante, donde se hace una pequeña recogida de datos sobre ítems tales como métodos contraceptivos, fecha del último cribaje de cáncer de cuello uterino, enfermedades relevantes, fórmula TEPAL, complicaciones potenciales, entre otros datos.

En segundo lugar, se hace una entrevista clínica sobre el embarazo actual, por ejemplo, preguntando si el embarazo es deseado o no, medidas preventivas previas al embarazo que pueden influir en su desarrollo, estado de salud y antecedentes familiares tanto de la gestante como de la pareja, registro de consumo de tóxicos, situación de violencia, valoración del estado mental, síntomas asociados al embarazo, etc.

Estas entrevistas se hacen mediante las visitas de control del embarazo, donde se intenta establecer una relación terapéutica basada en la colaboración y la confianza, además de,

marcarse una serie de objetivos que se tienen en cuenta para una adecuada promoción y prevención de la salud y garantizar una buena calidad asistencial.

Estos objetivos son los siguientes:

- Establecer una relación de colaboración y vínculo
- Universalizar los consejos de salud
- Explorar y preguntar los hábitos de la mujer embarazada
- Priorizar lo que se quiere modificar primero
- Diseñar un plan de cambio y refuerzo, si es necesario
- Monitorizar los progresos y hacer refuerzo positivo en los cambios adquiridos

No obstante, pese a poner en marcha e intentar conseguir estos objetivos, se nos pueden presentar ciertas resistencias dependiendo del caso y del entorno de la paciente a la que nos dirigimos, por tanto, se adecua las intervenciones a estos casos individualizando, haciendo visitas más frecuentes, implicando a la familia, buscando soporte, revisando los objetivos de los planes de cuidados y evaluando nuestra propia actuación. De esta forma, conseguiremos que la paciente y su entorno se sientan involucrados y acogidos por el personal sanitario.

Centrándonos en la información que proporciona dicho protocolo, se debe aportar a la gestante durante las visitas de seguimiento asesoramiento sobre los cambios anatómicos, funcionales y psicoemocionales que pueden afectar dependiendo del trimestre en el que se encuentren (*Ver anexo 1*).

También, se les facilita información sobre la preparación al parto, dándoles la oportunidad de hacerlo en consulta y en actividades grupales realizadas en su centro de salud comunitaria, adquieren conocimientos sobre la adecuación del suelo pélvico y ejercicios que pueden llevar a cabo, control de las respiraciones, control de las contracciones, fases del parto, asesoramiento de lactancia, entre otros.

En cuanto a la sexualidad, se debe tomar en consideración el sistema de valores sexuales de la persona previo al embarazo, la información que tiene sobre este tema, la calidad de la relación con la pareja, la propia personalidad, así como la imagen corporal, los miedos en relación con el propio embarazo y el parto, factores socioculturales, beneficios y posibles riesgos de la práctica dependiendo de la circunstancia.

Resulta importante que tanto la gestante como la pareja sean conocedores de los aspectos

que pueden influir en la sexualidad durante el embarazo y dejar constancia que la relación coital, en sí, no es perjudicial para el proceso gestacional (13).

El embarazo es un buen momento para explorar la sexualidad y potenciar el autoconocimiento junto con la comunicación con la pareja, teniendo en cuenta que la sexualidad incluye muchos más aspectos que no solo el coito. Para ello, es importante que las gestantes sean conocedoras de los cambios que puede afectarles a la sexualidad dependiendo del trimestre (14). (Ver anexo 2)

Cabe destacar que en la última edición del Pla de Salut de Catalunya (2021-2025) (49) se establece como objetivos la promoción de hábitos y entornos que ayuden a potenciar relaciones afectivo-sexuales saludables y respetuosas en cualquier etapa del ciclo vital. En relación con los planes de cuidados establecidos para las embarazadas proponen garantizar la aplicación del *Protocol de seguiment de l'embaràs* por parte del ASSIR y de los hospitales de referencia. Además, tienen como objetivo elaborar e implantar nuevos planes de cuidados centrados en la salud mental durante esta etapa con el fin de mejorar la detección, la atención y el uso de los recursos disponibles en la comunidad catalana.

4 Metodología

4.1 Introducción

Esta investigación se realiza mediante el uso de una metodología cualitativa, la cual nos ayuda a explorar la profundidad, la riqueza y la complejidad del fenómeno de estudio sobre la población; además, desde la perspectiva de Enfermería, nos resulta útil para entender las experiencias humanas y el sentido que tienen para cada individuo (50).

Se ha demostrado que este tipo de metodología facilita la práctica de Enfermería, ya que, mediante su utilización, se consigue entender y dar respuesta a las preguntas de investigación teniendo en cuenta la diversidad cultural de la población a estudio y el contexto en el que se desarrolla.

Para ello, consideramos importante darle, además, un enfoque fenomenológico que es una filosofía de estudio que se apoya en la naturaleza y la complejidad del ser humano, es decir, le da énfasis a la capacidad de las personas para crear sus propias experiencias. Busca la comprensión de la experiencia humana, tal y como se vive en la realidad, sin pretender explicar ni juzgar el fenómeno que se investiga (51).

La fenomenología consiste en el estudio de la propia experiencia de las personas estudiadas (gestantes y parejas) y el objetivo es describir el significado del fenómeno (la sexualidad en el embarazo) a partir del análisis de la vivencia de la población de estudio (52).

En este caso, la intención es estudiar y conocer la forma en que las gestantes experimentan su propia sexualidad, conocer los cambios que se producen en esta etapa, la influencia de las parejas y la implicación que tiene Enfermería durante el proceso asistencial. Para ello, se planteó un plan de trabajo mediante un cronograma cuya función es organizar las fases de la investigación y las tareas a realizar desde el inicio del curso hasta la fecha de entrega final del trabajo (*Ver anexo 3*).

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica que nos ha permitido obtener información sobre el tema mediante diferentes bases de datos que nos han proporcionado artículos y revistas (con un rango de 10 años) que se han incluido a lo largo del trabajo, siendo necesario en algunos momentos ampliar la antigüedad de la bibliografía por su relevancia en el tema. Asimismo, se han usado libros relacionados, que nos han ayudado a adquirir otras perspectivas acerca del tema.

Las bases de datos consultadas han sido; SciELO, Google Académico, Pubmed, Mediagraphic y NCBI. Además, las palabras clave que se han utilizado son; vivencia, sexualidad, embarazo, relaciones sexuales, pareja y profesional sanitario.

La recogida de datos de esta manera permite recopilar información actualizada, fiable y veraz sobre el tema que tratamos en la investigación para poder, posteriormente, comparar esta información con los resultados obtenidos.

4.2 Diseño de estudio

El diseño de estudio elegido es cualitativo, descriptivo y de enfoque fenomenológico y se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes (50). Este tipo de diseño surgió de la necesidad de estudiar las experiencias y la manera en que las viven las propias personas, a finales del siglo XX por los pensadores Husserl & Heidegger (53).

Saber las reacciones, sentimientos y experiencias de las personas que debemos cuidar, nos remite a un cuidado humano basado en las necesidades manifestadas, tal y como establecía la Teoría de los Cuidados Humanizados de J. Watson(54). Con el fin de poder individualizar y mejorar los cuidados ofrecidos a determinados grupos de la población durante la práctica

asistencial, en nuestro caso, dirigido a las gestantes y sus respectivas parejas (55).

4.3 Población de estudio y muestra

Población de estudio

La selección de la población de este estudio se ha realizado mediante un muestreo no probabilístico de carácter intencional. Para ello, hemos establecido una serie de criterios de inclusión y exclusión para cada uno de los grupos de informantes que mostramos a continuación.

En el caso de las gestantes:

- Criterios de inclusión: Gestantes de segundo y tercer trimestre de embarazo o que hayan gestado en un periodo de menos de un mes, menores de 40 años y actualmente en una relación de pareja heterosexual.
- Criterios de exclusión: Mostrar negativa a participar en el estudio y/o que sea madre soltera o que no cumpla los criterios de inclusión.

En el caso de las parejas:

- Criterios de inclusión: Padres biológicos, menores de 45 años y que actualmente tengan una pareja heterosexual en estado de embarazo o postparto inmediato.
- Criterios de exclusión: Mostrar negativa a participar en el estudio o que no cumpla los criterios de inclusión.

En el caso de la matrona:

- Criterios de inclusión: Graduadas en España, que tenga la especialidad de Obstetricia y Ginecología y que estén actualmente trabajando en el ámbito de la Maternidad y de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Criterios de exclusión: Mostrar negativa a participar en el estudio o que no cumpla con los criterios de inclusión.

La muestra

La elección de la muestra de este trabajo se ha realizado, como ya hemos comentado anteriormente, mediante un muestreo no probabilístico de carácter intencional que incluye a cuatro gestantes en las que dos de ellas estaban en el tercer trimestre de gestación, otra en el segundo trimestre y la última en el postparto inmediato. En relación con las parejas a las que hemos entrevistado han sido a tres de ellas y, por último, hemos realizado una entrevista a una matrona. Para ello se hace una breve presentación de cada uno de los informantes

del estudio (*Ver anexo 4*).

4.4 Instrumento

La técnica de recogida de datos que hemos usado para llevar a cabo esta investigación cualitativa es la entrevista semiestructurada. Este tipo de entrevistas parten de una serie de preguntas planificadas antes de empezar la entrevista en sí. No obstante, tiene la posibilidad de cambiar o añadir nuevas preguntas que vayan surgiendo a medida que avanza la investigación (56).

Para ello, hemos realizado un guion de entrevista teniendo en cuenta los objetivos que nos habíamos planteado en un inicio con la población de estudio a la que va dirigida (*Ver anexo 5*).

Para realizar y poner en marcha una buena entrevista de investigación cualitativa debemos seguir tres etapas: el inicio, el desarrollo y el cierre de la entrevista. Estas etapas fueron definidas mediante el método de Colín (57).

Se debe empezar con una breve introducción que ayude a la comprensión de los objetivos del estudio que estamos proponiendo. Además, se dan las instrucciones de cómo va a realizarse la entrevista y se solicita el permiso para grabarla y garantizar la confidencialidad y el anonimato.

Seguidamente, se continua con el desarrollo de la entrevista donde se sugiere una pregunta de arranque, es decir, preguntas de carácter general y con poca carga emocional y a partir de aquí, se van introduciendo las preguntas que previamente hemos diseñado en el guion.

Finalmente, se hace el cierre de la entrevista que consiste en consolidar los objetivos que pretendíamos con la entrevista, se hace una recopilación de la información, se hacen las últimas aportaciones y se da la oportunidad de comunicar cualquier información que se hubiera pasado por alto o que el informante nos quiera transmitir.

Este tipo de entrevista nos ayuda a adaptarnos a las circunstancias de cada persona mediante la individualización. Nos ofrece la oportunidad de observar a la persona tanto a nivel de comunicación verbal como no verbal (56). Esta forma nos beneficia en el momento de profundizar aún más en el estudio que estamos realizando, cuyo propósito será ayudar

al análisis de los datos obtenidos. El tiempo que vamos a invertir en las entrevistas tiene una duración estimada de alrededor de treinta a cuarenta y cinco minutos por cada participante.

4.5 Análisis de datos

Las entrevistas han sido grabadas por audio y posteriormente transcritas de manera literal, añadiendo información de comunicación no verbal que hemos considerado relevante.

El análisis de datos se llevará a cabo siguiendo la secuencia analítica de Taylor-Bodgan (58) que propone un análisis en tres etapas: descubrimiento, codificación y relativización; las cuales tienen el objetivo de comprender en profundidad las personas que estudian y el fenómeno. Tras realizar el análisis de las entrevistas siguiendo esta secuencia, nos han surgido una serie de categorías y subcategorías que se muestran en el siguiente cuadro.

Codificación de las entrevistas

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN
Características de la sexualidad durante el embarazo	Significado de la sexualidad	Explicación y descripción en tres palabras del término sexualidad.
	Fuentes de información	Cualquier instrumento o recurso que se use para satisfacer el conocimiento sobre algún tema en concreto. En este caso, la sexualidad durante la gestación.
	Beneficios	Cualquier experiencia positiva que puede mejorar la situación del individuo en relación con la sexualidad durante el embarazo.
	Inconvenientes	Engloba los mitos ante la sexualidad durante el embarazo y situaciones que se desaconseja las prácticas sexuales.
Cambios que se han producido	Imagen corporal	Interpretación de cada gestante sobre su propio aspecto físico y la influencia sobre la vida sexual y la relación con su pareja.
	Deseo sexual, frecuencia y satisfacción	Factores que influyen en la sexualidad durante el embarazo, variaciones de los mismos.
Relación con la pareja	Comunicación	Hace referencia a la necesidad de hablar, preguntar, escuchar y expresar pensamientos, emociones y reflexiones sobre cualquier cuestión que involucre a la pareja en relación con la sexualidad.
	Cambios por la gestación	Influencia de las modificaciones de sexualidad producidas por el embarazo en la relación con la pareja.
	Relaciones sexuales	El conjunto de comportamientos eróticos que tienen como objetivo el placer sexual de la pareja durante el proceso de gestación.
Relación con profesionales sanitarios	Educación afectivo-sexual	Información aportada por los profesionales sanitarios a las gestantes y sus parejas en relación con la sexualidad en la gestación.
	Relación terapéutica	Vínculo entre el paciente y el profesional que influye al llevar a cabo las intervenciones.

4.6 Limitaciones de estudio

En primer lugar, una de las dificultades que se nos presentó en el trabajo fue el conseguir la muestra, puesto que algunas embarazadas a las que se les ofreció participar no quisieron por el pudor a que las grabáramos hablando sobre su sexualidad y rechazaban el hecho de tener que hablar de ello.

No obstante, cuando ya tuvimos a las participantes seleccionadas, nos dimos cuenta de que, pese a que hablar sobre sexualidad hoy en día es tema del que se habla frecuentemente en contextos sociales, nos resultó complicado exponer el tema y que nos diesen una información detallada sobre este aspecto.

En segundo lugar, durante las entrevistas, mantuvimos un entorno de confianza en el que los informantes eran libres de contarnos lo que ellos quisiesen. Sin embargo, hubo momentos, sobre todo, cuando hablábamos del abordaje que había tenido el personal sanitario en este sentido, en los que nos resultó difícil no dar nuestra opinión. Cosa que, pudo haber generado un sesgo en los resultados del estudio.

Cabe destacar que la situación actual de pandemia, no nos permitió realizar las entrevistas de manera presencial debido a que las entrevistadas al encontrarse embarazadas preferían realizar las entrevistas online por precaución. Por el mismo motivo, puede existir un sesgo provocado por la restricción de visitas presenciales que han sufrido algunas de las gestantes durante el control de su embarazo.

Por último, otra limitación que ha supuesto el estudio ha sido en relación con el tamaño de la muestra ya que, con una muestra pequeña, como la nuestra, es difícil encontrar asociaciones relevantes y determinar conclusiones sobre la sexualidad durante la gestación.

4.7 Consideraciones éticas

Los participantes accedieron al estudio de manera totalmente voluntaria y tenían el derecho de no responder cualquier pregunta libremente.

Previo a la realización de las entrevistas se les adjuntó a las participantes una hoja de presentación y el consentimiento informado (*Ver anexo 6*). Además, se realizó consentimiento oral, así como se les explicaron los objetivos y finalidad de nuestro trabajo de fin de grado. La información obtenida es confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de este trabajo basándonos en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

4.8 Relación con un modelo de enfermería

La investigación está fundamentada en la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger quien construyó el modelo del Sol naciente.

Madeleine considera indispensable la manera de cuidar de cada cultura para el estudio y la práctica de los cuidados enfermeros. El objetivo de esta teoría es descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y después descubrir maneras de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas (59).

El modelo del sol naciente simboliza la salida del sol que corresponde a los cuidados. La mitad superior del círculo está compuesta por la estructura social y los factores de la concepción del mundo (religiosos, educativos, culturales...) que tiene cada persona y que influyen en la salud y los cuidados, por medio del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Los factores nombrados con anterioridad también influyen en la mitad inferior del sol formado por la práctica de cuidados enfermeros influenciados por los sistemas populares y profesionales. Ambas mitades forman un sol entero que significa el universo de cuidados que las enfermeras deben tener en cuenta para realizar las intervenciones, donde la enfermera es el puente de unión entre el sistema genérico y el profesional. A través de estos factores surgen tres tipos de cuidados: de preservación o de sostén, de acomodación o de negociación, y de reorientación o reestructuración (59).

De esta manera, el sol entero significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Describe que las personas no se pueden separar de su procedencia cultural y estructura social, de su concepción del mundo, trayectoria vital y del contexto de su entorno. Considera que cada cultura y cada paciente tiene creencias, tradiciones y valores que son importantes (59).

Leininger desarrolló la teoría segura de que las personas pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que quieren o necesitan.

Según estos fundamentos, los cuidados que se deben proporcionar tienen que ser congruentes con la cultura de las personas a las que se le realiza y el significado que tiene para cada una de ellas la sexualidad en el embarazo.

A través de esta teoría consideramos que es importante conocer la vivencia de la sexualidad de cada gestante para adquirir los conocimientos necesarios para poder aportar una adecuada educación afectivo-sexual sanitaria, en el momento de la gestación.

La gestación lleva intrínsecos una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden provocar incertidumbre y miedos en relación con la sexualidad en el embarazo, que con una correcta práctica asistencial puede mejorar la vivencia de la sexualidad tanto de la gestante como de la pareja.

5 Resultados y discusión

En este apartado se presentarán los resultados que hemos obtenido mediante las entrevistas semiestructuradas que hemos llevado a cabo en este estudio, clasificándolo en categorías y subcategorías.

5.1 Categoría A: Características de la sexualidad durante el embarazo

En esta categoría se describen las características, rasgos generales, sobre las fuentes de información a las que recurren las gestantes y sus parejas con el fin de obtener información acerca de la sexualidad en el embarazo y en las formas en las que pueden expresarla.

5.1.1 Significado de la sexualidad

La sexualidad, o el término de sexualidad en sí, es un aspecto inherente en el ser humano y se manifiesta de muchas maneras dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que nos encontremos. Está fuertemente influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales (1).

La Organización Mundial de la Salud(60) establece que la sexualidad abarca no solo el sexo, sino que incluye las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Asimismo, se manifiesta en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones.

Por ello, preguntamos a nuestra muestra de estudio para saber qué significaba el término de sexualidad tanto para ellas como para las parejas. Muchos de los discursos se centraban en el coito o, las relaciones sexuales.

(PM₁): *“una necesidad... complicidad entre los dos... el respeto, si él no tiene ganas o tú no tienes ganas, se corta y ya está”*

(PM₂): *“Entiendo las otras formas, las... las... las que no implican la penetración (Se ríe avergonzado) No sé si te refieres con otras formas al cariño o ... En cuanto a eso, ha aumentado muchísimo más. Mucho más que cuando no estaba embarazada.”*

(PM₄): *“entiendo la sexualidad, desde coger la mano hasta una caricia, un abrazo... por eso os comento que para nosotros era muy importante recibir cariño el uno del otro, es decir... pero obviar el propio acto sexual. Pero, practicábamos la sexualidad entendida como tal desde maneras diferentes como un abrazo, una caricia o un beso”*

(PH₁): *“No solo es el acto sexual, digamos, también está el cariño, caricias, cosas así...”*

(PH₂): *“la propia masturbación... eh... yo que sé. A la hora de jugar, no solo es el sexo, sino que la excitación y el juego para llegar al sexo”*

(PH₃): *“Ah... bueno... con el amor y el cariño. Eso lo hemos mantenido durante todo el embarazo. Esto sí.”*

Actualmente, es conocido el coitocentrismo. Este concepto engloba la creencia popular que existe, estipula y centra las relaciones sexuales únicamente mediante la penetración con el objetivo de llegar al orgasmo. No obstante, las relaciones sexuales, e incluso, la sexualidad, como ya hemos establecido anteriormente, incluye también el contacto físico, las caricias, los pensamientos, las fantasías y la masturbación (61).

(M): *“Yo les digo que hay muchas maneras de vivir la sexualidad, que hay mucho coitocentrismo, pero que la sexualidad es muy amplia, también es darse caricias, masturbarse, todo esto... entonces, a lo mejor pueden aprender a vivir la sexualidad de otra manera para aquellos que lo centran mucho en el coito.”*

(M): *“el concepto de sexualidad es muy amplio, desde que nacemos hasta que morimos y que va mucho más allá que el acto sexual. Y esto mucha gente lo desconoce o no se lo ha planteado”*

Con la finalidad de conocer cómo las y los participantes eran capaces de describir el término de sexualidad, propusimos que lo hiciesen en tres palabras, las primeras que les viniesen a la cabeza. Hemos podido comprobar que coinciden algunas de las palabras como el amor, el respeto y la comunicación en pareja. Son factores que consideran importantes en la sexualidad en pareja y, sobre todo, teniendo en cuenta el proceso gestacional.

(PM₁): *“Es eso... la complicidad con él... eh... el respeto, sobre todo, también”*

(PM₂): *“amor, cariño y respeto”*

(PM₃): *“el amor, la comunicación porque entenderte con tu pareja es muy importante y sobre todo divertirse que eso también está bien”*

(PH₁): *“Placer, respeto e intimidad”*

(PH₂): *“Amor... diversión... y... no sé”*

(PH₃): *“Uy... precaución, extraño y diferente... es como... algo extraño y diferente.”*

5.1.2 Fuentes de información

Las fuentes de información incluyen el conjunto de medios por los cuales se satisface la necesidad de conocimiento de un tema en concreto, es decir, la forma en la que se obtiene información. El valor de la fuente y la fiabilidad hace referencia a la relevancia que tiene la fuente de información a la que se recurre y la confiabilidad es la credibilidad que le damos a esa información (62).

En el caso de la información adquirida por parte de las gestantes y de las parejas acerca de la sexualidad, se ha evidenciado una grave falta de información que genera incertidumbre y miedo e impide que la gestante y su pareja desarrolle su sexualidad de manera libre y despreocupada.

En un estudio (4) sobre las fuentes de información sobre sexualidad en el embarazo determinó las diferentes fuentes de información en cuanto a educación sanitaria que recibieron las gestantes dependiendo del trimestre de gestación en el que se encontraban.

En primer lugar, concluyó que un 28% de las gestantes obtienen la información por parte de la matrona, de la misma manera, una pequeña parte de la muestra de estudio la han recibido por parte de estos profesionales.

(PM₁) *“Vas hablando con la gente, pero también con mi matrona por si era normal que me pasara tal cosa o tal otra y también con las amigas... con la más íntima.”*
“Eso de buscar por internet y todo eso, no”

En segundo lugar, otra fuente de información bastante consultada fue por parte de internet y de información en línea de fácil acceso como foros y blogs. De acuerdo con la evidencia (4), se determinó que el 22% de las gestantes en primer y segundo trimestre recurrieron a este tipo de información, en cambio, un 16% lo consultó en el tercer trimestre de gestación.

(PM₂) *“Pues mira, yo la verdad que información no recibí ninguna. La verdad que otras embarazadas tampoco me decían nada. (Niega con la cabeza) Fue más por internet porque busqué los peligros, más o menos a partir de cuando se podía. Pero no... nadie me informó.”*

(PH₃) *“Pues... la verdad es que... lo que sé es por internet y poco más. En las*

consultas no nos dijeron nada, excepto al final del embarazo que teníamos riesgo de prematuros y ahí sí que nos dijeron que no podíamos mantener relaciones sexuales, pero desde entonces nada... lo que busqué yo, básicamente.”

(M): *“También es verdad que claro, no leen páginas muy seguras, la mayoría de las veces leen foros, foro femenino.com, cosas así, y claro, yo les digo que esto no tiene una evidencia científica que claro, si quieren leer algo sobre el tema yo les puedo decir que páginas consultar. Es verdad que los foros femeninos y hay grupos por las redes que son tremendos.”*

Y, en tercer lugar, la fuente de información por excelencia en esta etapa fue la adquirida por parte de la familia y de los amigos. En el estudio (4) ya mencionado se establece que un 32%, 36% y 44% de las gestantes en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente, recibió información sobre sexualidad por parte de su familia y amigos. Asimismo, varias gestantes y parejas entrevistadas confirmaron este hecho.

(PH₁) *“Sí, sí por los amigos, lo típico, los comentarios... si tampoco es aquello que digas por internet, te encuentras cada cosa que dices déjalo”*

(PH₂) *“Ha sido más por amigos del trabajo. Poco más. Gente que venía, se me acercaba y me decía que me olvidara, que pasaría el embarazo y que luego... volvería a dejar de tener.”*

(PM₁): *“Sí... eso que vas hablando con la gente, con la familia y, sobre todo, con mi hermana que ella ya tenía una niña, mi sobrina, y quieras o no preguntas, que con quién vas a tener más confianza que con ella.”*

(PM₃): *“preguntar a mi madre o a mi cuñado que es enfermero por preguntarle ya que sabe un poco más.”*

Hay estudios (4,63) que determinan que hasta un 26% de las gestantes no habían recibido información, sin embargo, entre un 74-95% de ellas hubiesen agradecido recibirla. Lo podemos corroborar en los testimonios que tres de las cuatro gestantes entrevistadas en el estudio manifestaron al no haber recibido ningún tipo de información sobre la sexualidad durante el embarazo.

(PM₂) *“Pero en el carné de la embarazada y en las consultas presenciales que tenía con ella no me comentó absolutamente nada”*

(PM₃) *“Ninguna, información ninguna” (se ríe)*

(PM₄) *“Ninguna. (Se ríe). Perdón. Ninguna, excepto cuando tenía que hacer reposo relativo que ahí me dijeron que nanai... de sexo hasta que naciera el bebé. Pero hasta entonces ningún. Pues nada de nada. Te informan de las pruebas que te tienes que*

hacer... del seguimiento del embarazo para saber cómo está, cuánto pesa y su latido. Pero a nivel de sexualidad nada”.

En relación con la educación sanitaria obtenida por parte de la gestante, se ha evidenciado en el mismo estudio (4) que un 86% de ellas mostraron interés sobre su vida sexual a lo largo del embarazo. Dos de las participantes confesaron que les hubiese agradado que le hubiesen informado durante las consultas sin necesidad de tener que preguntar al respecto.

(PM₃) *“Hombre... me hubiera gustado que el tema por lo menos se hubiera hablado, porque claro más que nada porque al ser primeriza tú vas muy perdida en todo, y me hubiera gustado que por lo menos la matrona me hubiera dicho “tú en tema sexo o algo como lo llevas” que hubiera entrado por lo menos un poco.”*

(PM₄): *“Y yo, por ejemplo, no recibí información sobre sexualidad y la hubiese agradecido mucho aún sabiéndola, porque nunca está demás escucharlo por un profesional”.*

Por último, la matrona entrevistada en nuestro estudio manifestó que muchas de las gestantes que llegaban a su consulta acudían a información de foros en línea poco fiables. Asimismo, considera que la sexualidad en esta etapa no es uno de los temas que más preocupe o que más les consulten. Pese a que esta información está al alcance de gran parte de la comunidad de una forma fácil hay que saber diferenciar las formas seguras de acceder a ellas de un modo fiable y veraz (62). En el protocolo (13) que se pone en práctica en la actualidad en relación con el seguimiento del embarazo da énfasis en aportar fuentes fiables a todos aquellos pacientes interesados en el tema.

(M): *“Vale, yo siento la impresión que preguntan a los profesionales, en este caso a las matronas, que yo creo que tienen más accesibilidad que los ginecólogos, pero no preguntan mucho, no es de las dudas que más se plantean eh... No consultan tanto en el doctor Google como puede ser para otras cosas como para la alimentación que sí que consultan más, pero el tema de la sexualidad no lo consultan tanto.”*

(M): *“De las (Sonido inteligible) de la familia, entorno... No sé si esto lo pondrán en algún sitio...”*

(M): *“También es verdad que claro, no leen páginas muy seguras, la mayoría de las veces leen foros, foro femenino.com, cosas así, y claro, yo les digo que esto no tiene una evidencia científica que claro, si quieren leer algo sobre el tema yo les puedo decir que páginas consultar. Es verdad que los foros femeninos y hay grupos por las redes que son tremendos.*

5.1.3 Beneficios

En esta subcategoría se incluye cualquier experiencia positiva que mejore la situación de la gestante y de la pareja en relación con la sexualidad durante el embarazo. Es relevante que sean conocedores de la importancia que tiene establecer una adecuada vida sexual saludable y confortable para ambas partes. Asimismo, deben conocer los cambios que se pueden producir y cómo pueden adecuar estas prácticas a lo largo de la gestación y de esta forma, experimentar los beneficios de llevarlo a cabo (13).

Los beneficios de la sexualidad durante la gestación no ha sido uno de los temas más tratados en los estudios que se han realizado sobre este ámbito. Pese a ello, hay un estudio (64) que establecen que la actividad sexual y el placer están asociados a mejorar la estabilidad en la relación, a un mejor bienestar emocional e incremento de la comunicación durante y posterior a la gestación.

Las gestantes entrevistadas estuvieron de acuerdo en que las relaciones sexuales son beneficiosas durante el embarazo. Además, no solo es beneficioso para la gestante, sino que, para la relación en pareja, también (65). Tal y como describe, Molero Rodríguez aumenta la vinculación y la complicidad de la pareja, fomentando su participación en el embarazo (38).

(PM₁) *“Al contrario, cuánta más relación sexual y más movimiento y tal, mejor” “yo tengo entendido que, al contrario, que, y más de cara a la recta final y todo favorece”*

(PM₂) *“Solo ese que incluso te dicen que es bueno porque la hormona y el tal es bueno por lo que liberas”*

(PM₄) *“Porque creo que lo que es el sexo en sí, está muy aconsejado en principio, no porque me lo hayan dicho en el hospital sino porque lo sabía de antes”*

(PH₁) *“Me decían que era bueno y tal, aunque al principio iba con cuidado”*

(PH₂) *“Pero es bueno hacerlo para ti, para la pareja”*

(PH₃) *“Eh.... Sssssí... me comentaron que era beneficioso... no solo las relaciones sexuales, sino que la piel con piel de estar con la pareja. El cariño... el estar en la cama juntos... que ayudaba a sentir que había un hogar y que manteníamos este contacto humano fuera y este calor ayudaría al bebé a salir porque notaba que había un hogar, y esto me lo dijo una amiga que se dedica a esta rama de la salud...”*

El placer sexual padece una disminución del 59% durante el primer trimestre, un aumento del 75-84% en el segundo y un descenso más agravado del 40% durante el tercer trimestre, estos son datos extraídos de un estudio cuyo objetivo fue conocer las actividades, el placer,

los riesgos y beneficios y los problemas sexuales que pueden surgir durante la gestación o en el postparto (64).

(PM₁) *“Hubo un momento en el que no sé si durante el segundo trimestre, que todo por ahí abajo está más dado de sí y te sientes como un poco adolorida y se lo comenté y me dijo que era normal, que ahí abajo después del primer embarazo todo está diferente y tuve que utilizar otros métodos y lubricantes y tal para adaptar un poco la zona y... intentar ayudar a que luego no me doliera. “Mi deseo sexual no se ha visto modificado, todo igual”*

(PM₂) *“En el segundo trimestre, sobre todo. Y luego fue disminuyendo, sí. Pero también, creo que no fue a raíz de cambios en mi cuerpo, fue más por el agobio que tenía del trabajo, el exceso de horas y la falta de descanso. No porque mi cuerpo no me lo pidiera.”*

(PM₃) *“Pero me han dicho que en los dos primeros trimestres no tienes ganas y después en el tercero te entran”*

(PM₄) *“Durante el primer trimestre decidimos esperar hasta que no nos dijeran que no era un embarazo de riesgo... ¿no?, entonces en cuanto supimos que estábamos embarazados decidimos no realizar ni (se corta conexión) ... Ningún tipo de sexualidad que implicara la penetración. Decidimos esperar. Después de eso, en el segundo trimestre todo bien. Y al llegar al tercer trimestre como tuve que hacer reposo relativo... pues... eh... sin tener sexo. Ya os digo que para nosotros no era primordial, ya que pasaba a un octavo plano. Mientras el bebé naciera bien. Ya sabíamos que era lo que tocaba.”*

Como ya hemos establecido anteriormente, el beneficio o los inconvenientes de la actividad sexual durante la gestación se encuentran bajo predicciones e hipótesis que no han llegado a evidenciarse de forma cierta (66). Además, las relaciones coitales ayudan a mantener la flexibilidad y elasticidad de la musculatura pélvica que influye positivamente en el embarazo (13).

(M): *“Primero, a nivel físico que la vagina, por ejemplo, que tenga activada la zona vaginal, el clítoris... mejora la circulación de la zona, pero sobre todo bienestar emocional y bienestar en la pareja, para mí el termómetro de una pareja se manifiesta por las relaciones, la vida sexual que tienen.”*

Durante el embarazo, el hecho de mantener relaciones sexuales, hace que se produzcan mejores orgasmos por el aumento del flujo de la sangre en los genitales. Seguidamente, potencia la vinculación de la pareja y, no menos importante, aumenta la autoestima, potencia

el autoconocimiento e incrementan las endorfinas y, con ello, el bienestar físico y emocional (46).

(PM₁) *“La relación en pareja encuentro que es un factor bastante importante. Sí que estoy embarazada, ¿no? Pero, sobre todo, primero está él. Quiero decir, antes hemos sido pareja y eso no lo podemos dejar aparte.”*

(PM₁) *“y que eso no se puede perder nunca, por mucho que estés embarazada y por mucho que... eso tiene que haber entre los dos porque sino no... la magia de tú y tu pareja no se puede perder”*

(PM₃) *“Yo creo que en la relación en pareja yo creo que es muy importante, en la gestación como me está dando todo igual pues te diría que en la gestación me da igual.”*

Al mismo tiempo que algunos estudios (3,4) indican disminución de la intensidad y la frecuencia de las relaciones sexuales, otro (67), por el contrario, mantienen que está indicado mantener relaciones hasta el mismo día del parto o interrumpirlas cuatro semanas antes. No obstante, se trata de conocer la sexualidad y el autoconocimiento de cada miembro de la pareja.

(M): *“Se pueden tener relaciones hasta el mismo día del parto, de hecho, favorece que se pongan de parto, cuando ya es un embarazo a término. No lo van a adelantar, pero cuando una mujer ya está de 41 semanas y no se pone de parto, a veces me preguntan “¿Qué puedo hacer?”, y yo les digo que tengan relaciones si le apetece, sería una cosa que favorece esto. Recuerdo una vez una mujer que tenía tres o cuatro hijos y ella me dijo que siempre había programado sus partos con las relaciones sexuales, un día decía “Hoy tengo relaciones” y se ponía de parto (Se ríe) y mira... ya llevaba el cuarto.”*

5.1.4 Inconvenientes

En esta subcategoría se engloba los mitos ante la sexualidad durante el embarazo, cuyo origen ha sido por creencias populares y religiosas. Además de, situaciones de riesgo donde se desaconsejan las relaciones sexuales, más no otras formas de expresar la sexualidad y, por último, cambios que se pueden generar o dar durante la gestación que influyen directa e indirectamente en la gestante y, por ende, en la relación en pareja.

Pese a que cultural y religiosamente se haya influido en las relaciones sexuales en cualquier etapa del ciclo vital, se ha demostrado de forma unánime que mantener relaciones sexuales durante el embarazo no genera un riesgo ni para la madre ni para el feto cuando es una

gestación sin factores de riesgo añadidos (13,24). La muestra de la investigación aseguraba conocer los mitos, pero mayoritariamente no consideraban que fueran ciertos, a excepción de que el hecho de mantener relaciones sexuales pudiera ser perjudicial para el embarazo.

(PM₁): *“Ya... es que eso lo he escuchado tantas veces ¿sabes? La típica broma de, le va a dar con... a la cabeza o cualquier cosa, te lo tomas a cachondeo. Si que vas con más precaución, pero miedo, lo que es miedo de decir “Ostras, le va a pasar algo” eso sí que no. Imposible.” “Cuando hacemos estos cursillos hay de todo, hay gente más retraída en este sentido. Pero... no, considero que sí, que estamos informadas de todo. Sí. También influye mucho la mente de todo, eh...”*

(PH₁): *“No, (exclama) bueno si es que para mí lo típico que escuchas de sí es que le he tocado la cabeza al niño con el pene no (se ríe), para mí no que va para nada. Para mi han sido reacciones normales lo único es que sí que vas con más cuidado, sobre todo de la barriga (silencio), pero en el momento de estar manteniendo la relación sexual tú estás disfrutando como en una relación normal y corriente”*

(PM₂): *“Yo creo que en nuestro caso también. Ya no a dañarlo en sí por si llegaba hasta él, sino si a que pasara cualquier cosa a raíz de eso... y ese miedo yo lo tenía y mi pareja también.”*

Los mitos o creencias populares más comunes y evidenciadas serían: miedo a dañar al feto (19-23% de las gestantes), miedo al aborto/parto (7-20%), miedo a dañar a la gestante (17-22%), sentimiento de miedo por parte de la pareja (13-25%) dependiendo del trimestre de embarazo (3).

(PM₁) *“La típica broma de, le va a dar con... a la cabeza o cualquier cosa, te lo tomas a cachondeo, sí que vas con miedo de decir “Ostras, le va a pasar algo” eso sí que no.”*

(PM₂) *“Pero, me parece que hay algunas últimas semanas en el último trimestre que te dicen que frenes para evitar desencadenar el parto o algo así.”*

(PH₁): *“Que los dos primeros trimestres me olvidaran y que luego ya veré. Que todo lleva a su tiempo, pero han acertado, ya te digo”*

(PH₂): *“es que le he tocado la cabeza al niño con el pene”*

(PH₃): *“Sí... esto sí que lo tienes en la cabeza y más sabiendo que hay un barrigón de por medio. Porque tienes la sensación de que vas a hacerle daño, daño seguro.”*

Hay un estudio (67) que avala que, por excelencia, el mito más conocido y al que presentan más miedo es a dañar al feto durante la relación sexual, seguido de la idea del pene como elemento agresor y en que el coito perjudica al embarazo, el miedo a provocar un aborto,

una rotura prematura de membranas, adelantar el parto o contraer infecciones que puedan perjudicar al feto.

(PM₂) *“Claro, claro. Hasta la semana doce, pues tú tienes mucho miedo a que salga algo... o hasta que te dicen está todo bien. Entonces, ahí parece que, si haces algo, la culpa va a ser tuya. Por hablar claro, no con penetración para evitar este miedo que veníamos arrastrando. Y en el tercer trimestre, nada porque nos daba miedo que pudiese provocar un parto adelantado.”*

(PM₂) *“Ya no a dañarlo en sí por si llegaba hasta él, sino si a que pasara cualquier cosa a raíz de eso...”*

(PM₃) *“Yo me rallaba de que no quería hacer nada hasta por lo menos hasta la primera ecografía”*

(PM₄): *“Desde que le vas a dar con el miembro viril en la cabeza hasta...”*

(PH₁): *“No, (exclama) bueno, si es que para mí lo típico que escuchas de sí es que le he tocado la cabeza al niño con el pene no (se ríe), para mí no que va para nada. Para mí han sido reacciones normales, lo único es que sí que vas con más cuidado, sobre todo de la barriga (silencio), pero en el momento de estar manteniendo la relación sexual tú estás disfrutando como en una relación normal y corriente”*

(PH₂): *“E incluso, me han soltado ves con cuidado que le vas a dar en la cabeza. También he escuchado... bueno, me lo dijo uno del trabajo, pero bueno, también fíate, ¿sabes? Decía que si te corrías dentro como que nutrías más al feto.”*

Durante las entrevistas realizadas a nuestros informantes nos dimos cuenta de que los sentimientos que más prevalecían en relación con la sexualidad durante el embarazo eran el miedo y el rechazo a la sexualidad. Por otro lado, al hablar del tema, manifestaban un sentimiento de vergüenza. Consultando en la bibliografía no hemos encontrado artículos que evidencien los sentimientos que prevalecen cuando hablamos de la sexualidad con las gestantes, tal y como manifestaban nuestras informantes.

(PM₁): *“No tengo ningún miedo”*

(PM₂): *“Un poco el sentimiento era, uy, qué necesidad tengo yo de poner en riesgo de que vuelva a manchar, me vuelva a asustar o vuelva a no sé qué. Eso era lo que me frenaba bastante”*

(PM₃): *“A mí , al principio me daba mucho miedo, te lo digo en serio, porque claro se te pasan muchas cosas por la cabeza, a lo mejor no está bien hecho o le da o algo y no quieres hacer nada y se te quitan las ganas, que esa es otra (hace una pausa) y después yo se lo pregunté a mi madre porque claro como tengo mucha confianza con ella le dije “mama, el hecho de poder tener relaciones pasa algo” y me dijo “no, no, si*

los críos se divierten” (eleva las cejas) y entonces digo ah vale pues nada, pero así de preguntar a mi madre o a mi cuñado que es enfermero por preguntarle, ya que sabe un poco más”

(PM₃): *“Sentimientos de rechazo, rechazo total, no me apetece nada, nada, cero”*

(PM₃): *“Al principio era un rechazo a todo. Luego, cuando ya se me pasó esto... sí que noté incluso más ganas. Pero, las frenaba con mis miedos”*

(PM₄): *“El sentimiento es más que estás todo el rato pensando en lo mismo y todo lo demás pasa aun octavo plano, incluida la sexualidad”*

(M): *“Y sí que es verdad que yo creo que les da un poco de vergüenza, son un poco reticentes a preguntar cosas de este tema”*

Tanto por parte de la evidencia científica (67) como por parte de los resultados obtenidos con las entrevistas, se comprueba que, todavía hoy en día, las gestantes y sus parejas están bajo la influencia de mitos y tabúes conocidos socialmente que influyen directamente en el disfrute de la sexualidad durante la gestación. En su gran mayoría, la obtención de estas falsas creencias ha sido mediante amigos, familiares o compañeros de trabajo cuya información extraen de internet y no del personal sanitario.

(M): *“Tienen muchos mitos y muchas creencias erróneas... sobre todo que puede hacer daño al bebé, pero no solo ellas también las parejas, que sí, cuando estás embarazada todavía hay mujeres que piensan que no pueden tener relaciones sexuales y ese tipo de creencias erróneas que uf no sé de dónde han salido (ríe)”*

Las situaciones de riesgo que pueden generar o desencadenar una complicación potencialmente de riesgo tanto para la gestante como para el feto ocasionan que se eviten las relaciones sexuales y se potencian otras formas de expresar la sexualidad en esta etapa (13). La mayoría de nuestros informantes hicieron algún comentario al respecto:

(PM₂) *“Sí, yo creo que cuando tienes una amenaza de aborto o si no está muy bien fijado el embrión te dicen que no tengas. Y luego, no sé si ... en el caso de que tengas bastantes infecciones de orina recurrentes sé que se desaconseja”*

(PM₃) *“Supongo que cuando son de riesgo y cosas, así que tienes que estar en reposo, supongo que será en esas situaciones.”*

(PM₄): *“Se dieron cuenta de que el cuello del útero estaba más cortito y entonces me llevaron a hacer un seguimiento a prematuros para ver que no se acertaba más y que todo seguía correcto y me dijeron que tenía que estar en reposo relativo. No absoluto en cama. Pero, del sofá a la cama, de la cama al baño y poco más. Como mucho hasta comprar el pan. Sobre todo, hasta que pasara la semana 35.”*

(PH₃): *“Sí... una pareja de amigos míos... tuvieron un embarazo de riesgo... era por riesgo de preeclampsia y también tenían seguimiento con el hospital y tal. El suyo fue más serio.”*

(M): *“Pues, por ejemplo, si es una bolsa rota, si es una placenta previa, si hay una hemorragia activa en estos momentos, una amenaza de parto prematuro y ya está (Se ríe). O riesgo de aborto, pero entonces ya es reposo físico y sexual, yo siempre lo explico y la gente dice “claro, claro” todo el mundo lo entiende”*

Los cambios fisiológicos y hormonales afectan en la respuesta sexual femenina. En el caso de los cambios hormonales, hay evidencia (26) en que tanto los cambios de estrógenos como de progesterona pueden relacionarse con la disminución del deseo sexual. Por otro lado, los cambios físicos que son atribuibles a la afectación en la respuesta sexual son: la mayor sensibilidad mamaria, más sensación genital, lubricación más intensa y rápida, mayor riego sanguíneo y mayor satisfacción del orgasmo (67).

(M): *“los estrógenos están muy elevados y lo que ocurre es que como no hay ovulación y que normalmente muchas mujeres aumentan su deseo sexual durante los días de ovulación, te explican que tienen menos, como ya no ovulan, ya no tienen ese apetito sexual. En cambio, hay otro tanto por ciento de mujeres que te explican todo lo contrario, que como ya no tienen miedo a quedarse embarazadas, porque ya están embarazadas ya no están agobiadas por si utilizan métodos como la marcha atrás porque ya no va a pasar nada(...) luego hay otras mujeres que te explican que ha aumentado la libido durante el embarazo. O sea que hay de todo, no te digo que sea la mayoría, pero hay un pequeño porcentaje que te explica que su sexualidad ha mejorado desde que está embarazada, porque a lo mejor nota más sensibilidad en la zona del clítoris y esto les produce más placer y ... están encantadas”*

(PM₃): *“los pechos me los noto muy grandes y todo eso, pero me gustan, o sea que físico bien. “*

Otra parte importante que conocer es que las relaciones sexuales favorecen, sobre todo en el tercer trimestre de gestación, la maduración del cuello uterino gracias a la recepción de las prostaglandinas que se adquieren a través de las secreciones seminales (13,67). Esta liberación durante el coito no está evidenciada con certeza que desencadene el parto, pero sí se ha demostrado los beneficios que puede generar en el cuello uterino (67).

(PM₄): *“Y él, no nota las patadas, pero si se acerca mucho, él también las nota. Y a él también le daba miedo lastimarlo o algo.”*

(M): *“Tampoco. No para nada, bueno... a lo mejor en el tercer trimestre si se tiene*

mucho edema en los genitales, en este caso podría ser que sí, pero en el resto del embarazo no o a veces hay mujeres que tienen varices en la vulva y la zona la tienen como muy molesta, delicada y entonces esto puede interferir.”

(M): *“No lo van a adelantar, pero cuando una mujer ya está de 41 semanas y no se pone de parto, a veces me preguntan “¿Qué puedo hacer?”, y o les digo que tengan relaciones si le apetece, sería una cosa que favorece esto. Recuerdo una vez una mujer que tenía tres o cuatro hijos y ella me dijo que siempre había programado sus partos con las relaciones sexuales, un día decía “Hoy tengo relaciones” y se ponía de parto (Se ríe) y mira... ya llevaba el cuarto”*

5.2 Categoría B: Cambios que se han producido

La gestación lleva intrínsecos una serie de cambios en la mujer que pueden repercutir en la sexualidad de esta. En este apartado hemos querido valorar la satisfacción corporal que presenta, la manera en la que se han adaptado a las modificaciones físicas, psicológicas y sociales, sin dejar atrás la variación del deseo sexual, frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales.

5.2.1 *Imagen corporal*

Es importante valorar la imagen corporal que tiene cada embarazada durante la gestación ya que no sentirse a gusto, atractiva y deseable durante la gestación puede afectar en la sexualidad (68).

(M): *“También les influye mucho la imagen corporal, muchas mujeres con la barriga no se gustan físicamente a sí mismas y entonces creen que esto puede repercutir mucho a su vida sexual que puedan gustar a los demás, ¿no? Y entonces inhiben un poco las relaciones sexuales, las evitan, tienen un poco una conducta evitativa en este sentido es verdad.”*

(PM₃): *“La sexualidad con el sexo, sintiéndote tu bien, sintiéndote sexy tú, que te vean bien a ti, atractiva.”*

(PM₁): *“Si que es verdad que, durante el último trimestre, con la barriga... y que tú ya estás más pesada eso sí que me ha influido la verdad. Porque no te sientes... es lo que os he dicho antes, no te sientes guapa y muchas veces ni te apetece. Y te ves tan pesada que la movilidad y todo corta un poco, la verdad.”*

En un estudio realizado 2005 en Portugal (69) sobre la percepción de la imagen corporal en embarazadas de tercer trimestre consideraron que las mujeres consideraban positiva la imagen de su cuerpo embarazado. En nuestra investigación, ninguna de las informantes percibe su imagen corporal positivamente durante el embarazo.

Al contrario, Masters y Johnson (36), concluyeron que el 20% de las embarazadas referían sentimientos de desagrado en relación a la imagen corporal. De la misma manera, McEwan (70) estudió la opinión de la gestante con respecto a las modificaciones de su cuerpo y el 70% de las participantes se mostraban insatisfechas con su apariencia física. Nuestra muestra manifestaba mayoritariamente sentir desagrado en relación con su cuerpo de embarazada.

(PM1)“Uy, qué guapa que estás. Sabes que no es verdad... que yo tengo la suerte que tampoco me he engordado mucho, pero cambia la cosa porque tu tampoco te ves bien...” “no te sientes guapa y muchas veces ni te apetece. Y te ves tan pesada que la movilidad y todo corta un poco, la verdad. Pero bueno, más cambios durante el último trimestre que te sientes más sada y fatigada. Pero el primero y el segundo muy bien. Como tampoco me he engordado tanto, ha sido más a lo último

(PM2)“al principio no me podía tocar nadie porque las hormonas o yo no sé... era horroroso.” “no me gusta mirarme el pecho ni la barriga, porque no me gusta. “ “Pero a nivel sexual, no me gusta mirarme el pecho ni la barriga, porque no me gusta. Observarme no me he observado mucho, la verdad. Al menos no entera. Pero vamos que creo que será mucho peor el postparto... el embarazo aún tiene su excusa...”

(PM4)：“Yo es que... claro... empecé muy bien y luego se me fue yendo de las manos. Llegué a pesar 18kg de más, que no son pocos. Si que es verdad que la gente me veía estupenda porque realmente no se me notaba muchísimo, pero yo me notaba muy pesada. Que me dolían hasta las rodillas.” “Tampoco era todos los días pensar que “oh, dios mío, soy un hipopótamo” ... No era eso. Pero había días que te veías con el guapo más subido y junto con las hormonas brillabas un poquito más, y días en los que no, no... hoy estoy fatal”

La pareja de una de las gestantes nos explicó que las modificaciones físicas que había tenido su pareja durante el embarazo no habían supuesto una repercusión negativa en la atracción que sentían por ella. Un estudio (71) realizado en 1979 concluyó que existía una disminución de la actividad sexual en el embarazo a consecuencia de que las parejas encontraban a las gestantes poco atractivas, no obstante, no hemos encontrado bibliografía actual que hable de ello.

(PH2)：“O sea a mí personalmente... no. Me sigue gustando, pese a los cambios. Los cambios los nota más ella, las mamas más grandes... más lubricado, eso sí. Pero a mí no me afecta realmente.”

5.2.2 Deseo sexual, frecuencia y satisfacción

Diversos son los estudios (3,20,36,72) que han tratado la actividad sexual en el embarazo y afirman que la sexualidad durante el embarazo experimenta alteraciones.

Maters y Johnson (36) investigaron la evolución del interés sexual y concluyeron que en el primer trimestre las nulíparas redujeron el interés sexual significativamente y en las multíparas este hecho no se produjo, en el segundo trimestre el 80% de las encuestas manifestaron un aumento de la sexualidad, en cambio, el descenso del interés sexual se produjo en el tercer trimestre.

(PM2): “Mira, por ejemplo, en el primer trimestre como pasó eso, ya fue nada. En el segundo trimestre fue mejorando, pero fue una sexualidad no total. Por hablar claro, no con penetración para evitar este miedo que veníamos arrastrando. Y en el tercer trimestre, nada porque nos daba miedo que pudiese provocar un parto adelantado. Entonces, lo mismo. Había alguna cosa sin penetración. Ahí la cosa ya cambia más, por la barriga, porque sientes mucho al bebé.”

Un año después, Falicov (72) publicó sus resultados que afirmaban que la frecuencia de relaciones y el deseo sexuales, descendieron durante el primer trimestre, se incrementó en el segundo trimestre y al inicio del tercero y disminuyó en la última parte del tercer trimestre. Los factores que influyeron en la reducción fueron: miedo a dañar al feto, disminución de la libido, síntomas físicos y dificultad de las posiciones.

(PM3): “A mí , al principio me daba mucho miedo, te lo digo en serio, porque claro se te pasan muchas cosas por la cabeza, a lo mejor no está bien hecho o le da o algo y no quieres hacer nada y se te quitan las ganas, que esa es otra (hace una pausa)...”

(PM2): “Hasta la semana doce, pues tú tienes mucho miedo a que salga algo... o hasta que te dicen está todo bien. Entonces, ahí parece que, si haces algo, la culpa va a ser tuya. A partir de la semana doce ya cambia un poco, pero hasta ahí vas con mucho cuidado porque no quieres que la culpa de lo que pueda pasar la tenga yo.”
“Al principio era un rechazo a todo. Luego, cuando ya se me pasó esto... sí que noté incluso más ganas. Pero, las frenaba con mis miedos. Entonces, no seguía. Y luego ya en el tercer trimestre... como no descansas bien, estás más incómoda, también tenía un ritmo de trabajo muy alto, (...), además, dormía mal, tenía acidez y me sentía pesada y cansada”

Nuestros datos coinciden con otros trabajos (63,73,74) que concluyen que el deseo y la actividad sexual en las gestantes se encuentran disminuidos en comparación a antes del embarazo. Así mismo, refieren que su propia actividad sexual se ha modificado (75).

(PM₁) “No tienes tantas ganas ni ese apetito” “Sí, la frecuencia ha disminuido bastante”

(PM₂): “Mira, por ejemplo, en el primer trimestre como pasó eso, ya fue nada. En el segundo trimestre fue mejorando, pero fue una sexualidad no total. Por hablar claro, no con penetración para evitar este miedo que veníamos arrastrando. Y en el tercer trimestre, nada”

(PM₃)” Sí, pues eso, que ha pasado a un segundo plano, antes para mí era bastante importante de hacerlo bastante y ahora nada.”

(PM₃):” Sí, modificada claro, de 100 a 0.” (frecuencia)

(PM₄): “Y a él también le daba miedo lastimarlo o algo. Pues eso, la frecuencia sí que se vio alterada”

Cabe destacar que solamente la mitad de las gestantes entrevistadas incluyeron entre las prácticas sexuales la penetración. En un estudio (35) cualitativo sobre el comportamiento sexual de los hombres en el embarazo, obtuvieron resultados similares al haber eliminado parte de la muestra la actividad coital en el embarazo.

(PM₂): “fue una sexualidad no total. Por hablar claro, no con penetración para evitar este miedo que veníamos arrastrando. Y en el tercer trimestre, nada porque nos daba miedo que pudiese provocar un parto adelantado. Entonces, lo mismo. Había alguna cosa sin penetración”

(PM₂): “Claro, sí. Por eso te digo, yo la que no he hecho es la de la penetración. Las otras formas, sí.”

Dos de las entrevistadas refirieron que disminuyó el interés sexual dado que percibían los movimientos fetales. En dos investigaciones (68,76) se refleja el hecho de ver al feto como “un intruso”.

(PM₄)“... a la hora de hacer el acto sexual, al menos yo notaba cómo el bebé se movía... entonces es como que no te lo puedes sacar ni un momento de la cabeza y es, realmente, extraño y raro. No te puedes concentrar, porque lo estás notando. Y él, no nota las patadas, pero si se acerca mucho él también las nota Pues eso, la frecuencia sí que se vio alterada.”

(PM₂):Ahí la cosa ya cambia más, por la barriga, porque sientes mucho al bebé... yo me sentía muy incómoda”

Así mismo, las entrevistadas comentan que la atención está totalmente centrada en el bebé y la sexualidad pasa a ser un tema secundario.

(PM4): “Bueno... porque... no es que no te apetezca, pero tienes otras cosas en la cabeza como que tienes que hacer esto o lo otro por el bebé... te entretienes tocando los movimientos... estás pensando en cómo estará y todas esas cosas. Entonces, no es tan importante para ti digamos.”

(PM4): “bueno en el sexo afecta a que cuando tú vas a realizar el acto sexual te crees que hay tres personas, no dos. Porque todo el rato estás pensando en el bebé y en su bienestar.”

(PM3): ” Y hasta un cuarto plano (ríe y afirma) ha pasado (referente a la sexualidad en el embarazo)”

(PM2): “no es la parte principal ni la más importante de la relación. Entonces, creo que le hemos dado la importancia justa que se le tiene que da”

Por otro lado, en un estudio (76) concluyeron que la mitad de los hombres tienen menos deseo en el embarazo que antes. Resultados similares, se produjeron al estudiar el comportamiento sexual de los varones en el embarazo (35) en el que el deseo sexual descendió en el 41% de los participantes.

Al contrario, en nuestra investigación, la figura masculina en la gestación refiere no ver modificado su propio deseo sexual durante la gestación, pese a que los encuentros con sus parejas disminuyeron la frecuencia, algunos recurrieron a la masturbación para satisfacer la necesidad.

(PH1): “El mío no se ha visto modificado (se ríe) todo igual, a mí no me ha cambiado para nada.”

(PH2): “No. No. Para mí no ha perdido importancia. Pero bueno, al final, es eso... lo que digo. Queda la masturbación (se ríe). Al final si ella no te acompaña ya te acompañas tu solo de alguna forma y no te queda otra. Pero no. No ha perdido importancia. Al final tampoco es algo que me esté afectando físicamente con lo cual sigo teniendo las mismas necesidades.”

5.3 Categoría C: Relación con la pareja

Esta categoría trata de la relación de la gestante y de su pareja y la influencia que ha tenido la sexualidad en este vínculo. Además, tendremos en cuenta la importancia de mantener una buena comunicación durante la gestación, los cambios producidos en el embarazo que han supuesto modificaciones en esta relación y la adaptación de las relaciones sexuales.

5.3.1 Comunicación

La comunicación es la base para llevar a cabo una sexualidad sana y responsable en todas las etapas vitales del ser humano (77). En especial, el embarazo constituye una etapa de cambios y situaciones nuevas que requiere adaptaciones es fundamental la comunicación entre los miembros de la pareja (38).

Las parejas muestran a través de sus relatos la importancia de la comunicación en relación con la sexualidad en el embarazo.

(PM2): *“La suerte es que, con mi pareja, como pensaba igual que yo, nos fue bien. Si hubiese pensado distinto, quizás hubiésemos hecho otras cosas o hubiésemos probado otras cosas. Pero al estar los dos compenetrados, no nos afectó mucho.”*

(PM2): *“Soy una persona que no tiene problemas en hablar de estos temas, sobre todo, con mi pareja. No tengo la sexualidad como un tema tabú. Desde el minuto uno hablamos con sinceridad de cómo vamos a hacer esto o lo otro. Y creo que esto nos ha ayudado mucho a verlo... a saber si el otro necesitaba algo más y nos planteábamos probar o intentar otras cosas. Yo creo que sí, es la confianza y la comunicación. Y, el respeto, al final”.*

(PM3): *(Ríe) “No sé qué decirnos (silencio) el amor, la comunicación porque entenderte con tu pareja es muy importante y sobre todo divertirse que eso también está bien.”*

(PH₂): *“Al final, las cosas de pareja se hablan y sí que son consensuadas. (Se corta la conexión)”.*

(PH3): *“Sí... sí que influye, pero lo bueno nuestro es que todas estas cosas ya las habíamos hablado tanto en el embarazo como después. Que sabíamos que podía haber cambios, que habría días en los que ella no se encontrara bien... y pues, son cosas que ya habíamos hablado y que si algún día pasaba algo... pues ... al menos teníamos claros estos temas”.*

5.3.2 Cambios por la gestación

Cuando hablamos de cambios producidos por la gestación, no solamente son aquellos que se producen en el cuerpo de la mujer, sino que entran en juego un conjunto de factores que también pueden modificarse debido a esta etapa vital (3). En especial, la pareja de las gestantes tiene un papel importante en el proceso y está involucrado en las modificaciones relativas a la sexualidad en el embarazo (24).

En un estudio (78) acerca de las características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo, la mitad de las embarazadas consideraban que encontraban a su pareja más afectiva.

Algunas de las entrevistadas, al preguntarles de qué manera han influido los cambios en la sexualidad con su relación en pareja, afirman que ha fortalecido su relación y la sexualidad ha sido demostrado mediante gestos de cariño, apoyo...

(PM₂): "Ha sido una sensación continua de protección por parte de mi pareja, de unión... yo creo que hemos estado mucho más unidos en ese aspecto que antes (...) ha cambiado más en fortalecer más el cariño o el estar pendiente ... o el abrazo (...) han aumentado cosas y han disminuido durante el embarazo, pero no nos ha supuesto ningún tipo de cambio ni en la relación ni entre nosotros ni mentalmente ni nada." "Ha sido mucho más de unión que ... quiero decir, nos peleamos menos que antes de estar embarazada. La unión, el respeto... o la admiración, al final... porque ves cómo va evolucionando, cómo se va tomando las cosas. Que notas que te quiere más o mejor que antes. Por mi parte ha sido muy positivo."

(PH₁): "Mmmmm(pensativo), no, no incluso creo que refuerce, al igual es una etapa que no disfrutas tanto, pero como pareja te refuerza" "la sexualidad no es solamente el acto sexual digamos, también está el cariño, caricias, cosas así...sí sí."

Al contrario, otras gestantes, refieren que no se ha visto alterada en ningún sentido la relación en pareja por las modificaciones:

(PM₁): "No, no. Yo no sé si es porque nosotros, ya os digo, que llevamos tantos años que nos conocemos tanto que... no nos ha influido para nada. Estamos igual. (Silencio) Sí que es verdad que cambia, ya os digo, el apetito de tener más ganas o no. Pero no me ha influido en eso, la verdad."

(PM₂): "Lo bueno era que mi pareja pensaba de la misma forma que yo. Entonces, en ningún momento hemos tenido un conflicto de que yo tenga que hacer algo por él y que él tenga que hacer algo por mí. Por eso, no ha sido tampoco muy incómodo en este sentido porque no tenía ninguna presión. Ni ha supuesto un problema."

(PM₃): "No, ósea no ha habido enfados por esos temas ni nada, a ver... si que a veces insiste más o insiste menos y me dice jolín, pero para llegar a enfadarse no."

(PM₄): "No... mmm.... No. (Se corta conexión) La verdad que estuvimos a por todas para que el bebé estuviese bien e íbamos a hacer lo que hiciera falta."

5.3.3 Relaciones sexuales

Un estudio fenomenológico realizado en España a gestantes durante el último trimestre en 2019 (73) concluyó que las parejas modificaban las posturas sexuales con relación al bienestar de la mujer como consecuencia de los cambios físicos que experimenta.

La mayoría de las gestantes y sus parejas manifiestan que las relaciones sexuales que

mantuvieron fueron modificadas en busca de comodidad y el bienestar de la embarazada.

(PH₃): “Sí, principalmente en la comodidad”

(PM₁): Sí, en comodidad... eh... depende de la posición, ya que tú te sientes más pesada y hay cosas que tú harías en cualquier otro momento, pero te adaptas a la situación como puedes. Te adaptas tú y se adapta él, también. Y, bueno... entender que la cosa ya no está como antes. (Se ríe)”

(PM₂): “Pues... creo que a ver... cuando ya tenía más barriguita era más por comodidad y, por ejemplo, yo de frente intentaba no ponerme. Y... el resto... yo creo que sí, era todo ... comodidad y un poco de intimidad. No sé cómo explicarte. No sobreponer lo que es el embarazo ¿sabes? Pero vamos, era más comodidad. Una postura en la que los dos estuviéramos cómodos y entendiéramos que no afectaba a nada.”

(PM₄): “Bueno... para nosotros era muy importante darnos cariño, sobre todo. En mi caso, estaba yo especialmente sensible para que no le pasara nada al bebé, te sientes muy... esto no lo voy a hacer por si acaso, esto tampoco... y claro, te están diciendo que estás a riesgo de pretérmino y que le tienen que enchufar al bebé para madurar los pulmones si nace antes de la 35 semana... pues tu lo que quieres es estar quieta como una estatua para que no pase nada. Entonces para nosotros era mucho... ehh... mucho abrazo, mucho beso, mucho cariño y tal, pero nada que implicara el coito en sí, porque no podíamos.”

(PH₁): “Sí claro que hubo cambios y básicamente se basan en comodidad (se ríe) hay veces que no llegas (risas) por físico, por la barriga, por postura y bueno por precaución peso casi 100kg de músculo eh (exclama irónicamente) de decir yo tengo un peso y ella tiene otro y a veces que ponerte encima de la barriga te da un poco de apuro, aunque todo el mundo te diga que no pasa nada, un poquito por seguridad, por comodidad”

Algunas de las parejas de las gestantes afirmaban que la sexualidad va más allá del sexo y que en esta etapa los juegos tienen importancia, incluso el momento de dar el masaje perianal era considerado como parte de la sexualidad. En la bibliografía no hemos encontrado estudios acerca de esta afirmación.

(PH₁): “Sí bueno, la comadrona, pero para mí no ha cambiado en nada, para mis las relaciones son las mismas, pero te adaptas a la postura por comodidad o por lo que sea pero bueno lo que decimos, que bueno... (silencio) en vez de hacer unas cosas haces otras...”

(PH₂): (Silencio) “Eh... pues sí... la propia masturbación... eh... yo que sé. A la hora de jugar, no solo es el sexo, sino que la excitación y el juego para llegar al sexo.”

(PH₁): “Te ríes más de todo, ¿es como todo más cómico es como que dices bueno ahora tengo que hacer esto?, lo tienes que hacer a lo mejor de una manera que no te gusta, ¿sabes lo que te quiero decir?, tienes que hacer cosas que o lo haces o no lo haces. Por ejemplo, en posturas tal vez una postura más rara. Bueno también como tienes que hacerle el masaje ese ahí pues ahí es como más juegos, es diferente. Yo creo que al final muchas veces no lo haces por pensar uff que pereza y no es que pereza es uff el rollo este aquí (señalando la barriga), pero no, todo bien.”

5.4 Categoría D: Relación con los profesionales sanitarios

En esta última categoría se contemplan temas relacionados con la información aportada por los profesionales sanitarios a las gestantes y sus parejas sobre sexualidad. También, se tiene en cuenta la relación terapéutica del profesional y la paciente y su pareja con el fin de potenciar este vínculo durante las consultas de seguimientos durante el embarazo.

5.4.1 *Educación afectivo-sexual*

La educación afectivo-sexual representa un pilar esencial en la educación infanto-juvenil. Es la forma en la que se construye tanto la identidad de género como el desarrollo de las relaciones afectivas sanas y saludables (79). Las matronas son el personal sanitario destinado para aportar esta información relacionada con la sexualidad en cualquier etapa del ciclo vital.

Por ello, cuando hablamos de sexualidad durante el embarazo es importante obtener esta información por parte del personal sanitario cualificado para ello ya que son una fuente de información fiable y veraz.

En un estudio (4) realizado sobre el deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación se determinó que el 74% de ellas recibieron información sobre educación sexual durante el primer trimestre, el 76% durante el segundo y el 76% durante el tercer trimestre.

Esta información fue aportada en su gran mayoría por parte de la matrona con un 16% en el primer trimestre y 18 y 28% en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. En ninguno de los casos la información fue aportada por parte médica.

(PM₁): “Sí. Te lo explican todo. Pero... no, considero que sí, que estamos informadas de todo”

(PM₂): “Pero en el carné de la embarazada y en las consultas presenciales que tenía con ella no me comentó absolutamente nada”

(PM₃): “Ninguna, información ninguna” (se ríe)

(PM₄) *“Ninguna. (Se ríe). Perdón. Ninguna, excepto cuando tenía que hacer reposo relativo que ahí medijeron que nanai... de sexo hasta que naciera el bebé. Pero hasta entonces ningún. Pues nada de nada. Te informan de las pruebas que te tienes que hacer... del seguimiento del embarazo para saber cómo está, cuánto pesa y su latido. Pero a nivel de sexualidad nada.”.*

Coincidiendo en que en las consultas del ASSIR se hace la promoción y la prevención de la salud sexual sana y saludable, es importante también conocer cuáles son las ideas de los profesionales sanitarios sobre este ámbito. En 2011, se realizó un estudio (80) cuyo objetivo fue conocer cuáles eran las ideas de los profesionales sanitarios en relación con el sexo y el embarazo. Se concluyó que el hecho de tener o no relaciones sexuales durante el embarazo depende de los organismos, hay unos que las aceptan bien y otros que las rechazan, por ello, lo ideal es la individualización de cada caso.

Como ya hemos dicho con anterioridad, se considera imprescindible aportar la educación sanitaria pertinente a la sexualidad durante la gestación con el objetivo de evitar que las gestantes muestren rechazo absoluto a este aspecto a lo largo del proceso. Un tema del que se habló en varias ocasiones durante las entrevistas era el hecho de protocolarizar la información o establecer guías de actuación que facilitaran el aporte de esta información.

(PM₂): *“lo ideal sería protocolarizar y preguntar y ver cómo reacciona la embarazada y ver si tiene una actitud de rechazo ante la información o ... pero sí, que sea esa parte”*

(PM₃): *“hacer más hincapié más que nada para que vayan un poco guiados y cuando te quedas embarazada otra vez, que tú ya lo sabes en verdad, pero en el embarazo tienes media hora en cada embarazo, pero te miran a ver si está bien el crío, lo que has ganado de peso y poco más”*

(PM₄): *“Bueno... yo creo que... dedicándole más tiempo al paciente, aunque se que es muy difícil por el rato enfermera-paciente, pero dedicándole un poco de tiempo y sobre todo, tiempo de calidad. Con escucha activa para que se útil y conocer la información que le falta.”*

(PH₁): *“ Sí, en nuestro caso sí, no sé si afecta mucho el ir por mutua o por seguridad social que tengas las mismas oportunidades o no, pero en nuestro caso sí ya te digo como en los cursos parto, como ginecólogo, en ese sentido cualquier cosa nos han recomendado lo mejor que han creído, super natural, super abiertos y al final lo importante es eso”*

(PH₂): *“Quizás, si nos hubiesen explicado lo que puede pasar de forma normal...”*

pues oye... que lo sepas y que no hay ningún problema. Que es más hormonal o por lo que sea... pero que te expliquen las posibilidades.”

Cabe resaltar, que actualmente sigue vigente en Catalunya, el “Protocol de seguiment de l’embaràs”(13), donde se incluye toda la información sobre sexualidad y cambios que influyen en este aspecto y que se debería de dar dependiendo del trimestre de gestación.

(M): *“pero yo siempre les digo que relaciones sexuales las que quieran y cuando les apetezca, en cualquier momento del embarazo. Si hubiera alguna contraindicación ya se lo diríamos, pero en principio si el embarazo es normal, vida normal. Educación para la salud a tope, es fundamental”*

(M): *“Es muy pequeño, en realidad no hay protocolos sobre este tema, protocolos como tal, no existen”*

Según uno de los estudios consultados (80) sobre los profesionales de la salud y la sexualidad durante la gestación, se demostró que la mayoría de ellos habían adquirido dichos conocimientos durante la especialización, que no solo incluía los beneficios o contraindicaciones de las relaciones sexuales, sino que además se ampliaba a otros temas como la educación sobre enfermedades de transmisión sexual, las diferencias entre la sexualidad y el coito, el impacto de las relaciones sexuales en el feto, entre otro... Lo cual concuerda con la información recibida por la matrona entrevistada.

(M): *“Yo me acuerdo de que cuando hice la especialización sí que tuve una asignatura que era de esto. Bueno era la sexualidad en general, pero tocamos el tema del embarazo, pero fue durante la especialización, en enfermería general no”*

5.4.2 Relación terapéutica

Mediante la entrevista clínica que se realiza en cada visita de control para el seguimiento del embarazo se establece una relación terapéutica enfermera-paciente que da la oportunidad de establecer un vínculo y una forma segura de transmitir una educación sanitaria adecuada a la situación de cada individuo. En el protocolo del seguimiento del embarazo en Cataluña (13) se tienen en cuenta estos aspectos con el objetivo de establecer un clima de confianza y agradable durante las consultas tanto para la paciente y su pareja como para el profesional sanitario a cargo.

En nuestra muestra de estudio se recalca en varias ocasiones la necesidad de información sobre sexualidad sin tener que preguntar sobre ello directamente, por ello, se ha convertido en un aspecto importante a contemplar en las consultas de salud durante el seguimiento del

embarazo.

(PM₁): *“Cuando me ha pasado eso de que me encuentro rara o me encuentro mal le he preguntado a mi matrona”*

(PM₂): *“y, además, es mejor que te lo comenten a ti sin la necesidad de que tengas que preguntar por la sensibilidad el tema y la vergüenza que puede ocasionar. Por eso, creo que puede ser interesante que te digan a ti como puedes gestionarlo y afrontarlo porque sí que puede llegar a causar problemas”*

(PM₃): *“ya le he tenido que preguntar y una cosa es que salga de ella, ¿cómo va con el embarazo? Lo que he dicho antes, que te informen un poco de todo”*

(PM₃): *“Es que ya no es solo a nivel sexual... sino que a nivel de sintomatología también. Tú tienes que ir preguntando si esto que siento es normal o no, cuando lo mejor para mí hubiera sido que me dijeran este trimestre es posible que te pase esto o lo otro.”*

(PM₄): *“Sí... en lo del parto prematuro, que pregunté antes de que me lo dijeran y el resto no porquemás o menos sabía lo que me iban a decir” “Y yo, por ejemplo, no recibí información sobre sexualidad y la hubiese agradecido mucho aun sabiéndola, porque nunca está demás escucharlo por un profesional”.*

En el “Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya” (13) se establece una guía para iniciar las acciones educativas de forma segura y sencilla. Hay que tener en cuenta los siguientes elementos: establecer una relación de colaboración y vínculo, universalizar los consejos de salud, explorar y preguntar los hábitos de la mujer embarazada, priorizar lo que se quiere modificar primero, diseñar un plan de cambio, poner en marcha el cambio y monitorizar los progresos. Estas serían las bases para un buen consejo de salud.

(M): *“Con confianza, sí sí, o sino yo ya les introduzco el tema porque hay gente que le cuesta preguntarte esto, a veces se ve a la pareja diciéndole “díselo tu díselo tú, pregúntaselo tú”*

(M): *“Claro, yo sobre todo al principio del embarazo les hablo de muchas cosas y hablo de este tema, para que sepan que a lo mejor en ese momento no tienen que preguntarme nada pero que hay un espacio para ellos que en cualquier momento pueden consultar”*

6 Conclusiones

Tras realizar la investigación e indagar en la vivencia de la sexualidad durante el embarazo, podemos concluir que la sexualidad es vivida de forma distinta en cada gestante y su pareja. El embarazo es una etapa en que la atención se centra en el bienestar materno-fetal, donde la sexualidad pasa a ser un tema secundario tal y como manifiestan la mayoría de las gestantes de nuestro estudio.

Hablan mucho de sexo y muy poco de sexualidad, la sexualidad se puede vivir y expresar de varias maneras, no obstante, nuestra muestra es especialmente coitocentrista, ya que manifiestan que el concepto de sexualidad se centra en las relaciones sexuales.

Un aspecto importante a tener en cuenta, son las modificaciones tanto físicas como psicológicas que influyen en la sexualidad en el embarazo. El tamaño del vientre ha sido el principal cambio que refieren que ha repercutido al poner en práctica su sexualidad. A consecuencia, la mayoría de las parejas coinciden en que se han adaptado en base a la comodidad y precaución de no oprimir la barriga de la embarazada.

Asimismo, las gestantes afirman que la actividad sexual en el periodo de gravidez ha cambiado en comparación a antes del embarazo. Algunas de ellas, alegan que ha variado la importancia que le otorgaban a la sexualidad, siendo menor en este momento; afirmando que la frecuencia de las relaciones sexuales y el deseo sexual ha disminuido.

Referente a la relación en pareja, existen diversidad de opiniones, una parte de la muestra manifiesta que las modificaciones de la sexualidad no han influido en su relación, mientras que otra parte, refiere que su vínculo ha sido fortalecido y ha potenciado muestras de cariño como abrazos y caricias. Cabe destacar, que la comunicación es un factor que consideran importante ambos miembros de las parejas entrevistadas para poder llevar a cabo una óptima expresión de la sexualidad.

La sexualidad en el embarazo está sumergida en un mar de mitos, las gestantes verbalizan que son conocedoras de estos. Las participantes refieren tener miedo principalmente en el inicio y final de la gestación a mantener relaciones sexuales sin asociarlo a ser una falsa creencia.

La falta de información obtenida en relación con la sexualidad consideran que ha estado influenciada por el escaso tiempo de las visitas con los profesionales sanitarios, donde la atención está centrada en el bebé y en la madre. Coincidiendo con estudios previos, la carencia de información recibida durante el proceso asistencial es uno de los factores que se asocia a la disminución del deseo y la actividad sexual durante el embarazo pese a existir una buena comunicación afectivo-sexual con sus respectivas parejas.

A partir de nuestro estudio, en el que las gestantes estaban de acuerdo que les hubiera gustado recibir más información por parte del personal sanitario sin necesidad de indagar en otros medios, nos surgió la idea de realizar un tríptico con el fin de aportar información fiable y al alcance de los protagonistas del embarazo.

Según el postulado de Leininger, quien consideró que cada cultura y paciente tiene creencias y valores que se deben tener en cuenta, es fundamental conocer a través de los mismos, el significado que le otorgan a la sexualidad en el embarazo. Conocer la vivencia tanto de las gestantes como de la pareja, nos permite ofrecer la clase de cuidados que precisan y, por tanto, realizar un adecuado abordaje enfermero.

7 Futuras líneas de investigación

Pensando en futuros trabajos de investigación, planteamos dos líneas posibles. La primera propuesta iría dirigida a realizar un estudio que no sólo investigue las modificaciones de la actividad sexual, sino que, contemple la sexualidad en su totalidad. Y, la segunda propuesta de estudio sería comparar la vivencia de la sexualidad en gestantes primíparas y secundíparas.

Si nos centramos en el primer estudio que proponemos va destinado a la vivencia de la sexualidad en las gestantes de cualquier trimestre. Nos dimos cuenta de que muchos de los estudios que consultamos durante nuestra investigación iban dirigidos hacia los cambios de la actividad sexual, en definitiva, se centraban en el coito y los cambios que había supuesto el embarazo. Sin embargo, notamos ciertas carencias con la relación con la sexualidad ya que es uno de los temas que no se abordaba en los mencionados estudios. Por ello, consideramos que era una buena oportunidad para potenciar este ámbito y no solo enfocarnos en los cambios de las relaciones sexuales, sino también, tener en cuenta los cambios de la propia sexualidad.

Con la misma finalidad que con la anterior propuesta, la segunda línea de investigación que planteamos va dirigida a comparar la vivencia de la sexualidad en gestantes primíparas y secundíparas. Con nuestras informantes nos dimos cuenta de que existe una clara diferencia entre la vivencia de las gestantes que lo son por primera vez que con aquellas que lo han sido más de una. Asimismo, estuvimos indagando sobre las diferencias y no encontramos estudios en relación con ello. Esta comparativa podría determinar resultados y conclusiones importantes que mejorarían y ampliarían la visión del personal sanitario para establecer un adecuado abordaje.

8 Intervenciones enfermería

Conocer la vivencia de la sexualidad tanto de las gestantes como de la pareja permite al profesional sanitario ofrecer unos cuidados holísticos e individualizado, y con ello, adecuar el abordaje de Enfermería a cada paciente.

La falta de información sobre sexualidad en el embarazo es uno de los aspectos que más se ha evidenciado en los estudios consultados, pero, además, nuestros informantes también concluyeron que existía falta de información y tiempo en las consultas que no daban pie a tratar temas como la sexualidad.

Por estas razones indagamos más sobre el tema y nos dimos cuenta de que en los centros de atención primaria donde se aporta la mayor parte de la información sobre la gestación y el seguimiento de ésta, la mayoría de las gestantes no habían recibido información sobre ello. Por ello, propusimos realizar un tríptico en relación a la sexualidad durante la gestación y los consejos que se podían aportar durante las consultas (*Ver anexo 7*). El tríptico es una forma fácil y eficaz de aportar información fiable que, además, puede encontrarse al alcance de cualquier gestante y de sus parejas en los centros de salud.

9 Bibliografía

1. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. WHO [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 8]; Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/
2. Meza Villalba JA. El tabú sexual más allá de la moral [Internet]. Universidad de Santo Tomás; [cited 2022 May 14]. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10077/2017jorgemeza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Rodríguez Rubio M, Coll Navarro E, Giménez Gómez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. *Matronas Profesión*. 2017;18(3):88–95.
4. García Mazón M. El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación [Internet]. 2016 Jan [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-deseo-sexual-en-el-embarazo.pdf>
5. Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M, Moreno Preciado ; M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de Cuidados*. 2012;33:66–74.
6. Antonín Martín M, Flor Pérez P, Tomás Sábado J. Mujer y cuidados: ¿Historia de una relación natural? *Cultura de los Cuidados*. 2003;13:36–9.
7. Arjona Núñez M del C. Nacimiento y Vida infantil en la Edad Media. *Revista digital: Innovación y experiencias educativas* [Internet]. 2008 [cited 2022 Apr 14]; Available from: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_25/MARIA_DEL_CARMEN_ARJONA_NUNEZ01.pdf
8. Nadales Álvarez MJ. La sexualidad femenina en la edad media. In: XI Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres. *Archivo Histórico Diocesano de Jaén*; 2019. p. 539–55.
9. Freud S. *Psicoanálisis y teoría de la libido*. 1923.
10. Fernández Amores R, Lupión González D, Porras Cabrera A. Las relaciones afectivas y sexuales durante el embarazo: el papel de la matrona. *Revista de la asociación de matronas*. 1998;11:9–14.
11. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 17];17(2):154–7. Available from: <https://www.nature.com/articles/3901288>
12. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy* [Internet]. 2010 [cited 2022 Apr

- 11];36(5):408–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20924936/>
13. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. 3rd ed. Barcelona: Departament de Salut; 2018 [cited 2022 May 17]. Available from: <http://hdl.handle.net/11351/1204>
 14. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 11];41(9):555–63. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbgo/a/pFmhyMBmSPrbv5YvDMvhPmk/?lang=en>
 15. Maiellano B. Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 11];5(10):1106–17. Available from: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3673/4438>
 16. Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000.
 17. Real Academia Española. Erotismo [Internet]. [cited 2022 Apr 11]. Available from: <https://dle.rae.es/erotismo>
 18. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. 2007;
 19. Sexual and Reproductive Health and Research [Internet]. WHO. [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
 20. García Mazón M. El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. *Matronas profesión*. 2016;17(3):90–7.
 21. Maureira Cid F. Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2011 [cited 2022 May 17];14(1). Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/24815>
 22. Erausquin C, Sulle A, García Labandal L. La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de Investigaciones*. 2016;23(1):97–104.
 23. Carrillo Mora P, García Franco A, Soto Lara M, Rodríguez Vásquez G, Pérez Villalobos J, Martínez Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 8];64(1):39–48. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-

17422021000100039&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Romeu Martínez M, Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara JM, de Dios Pérez MI, Díaz Lozano P, Romeu Marínez B. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica [Internet]. Vol. 2. Madrid; 2017 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
25. Ojeda González J, Rodríguez Álvarez M, Estepa Pérez J, Piña Loyola C, Cabeza Poblet B. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anesestesiólogo. *MediSur* [Internet]. 2011 [cited 2021 Dec 8];9(5):484–91. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Rodríguez Fernández B, Sueiro Domínguez E. Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 2017;(14):245–8.
27. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 8];48(4):269–78. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women’s worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2003 [cited 2021 Dec 8];17(2):148–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12753515/>
29. Colman A, Colman LL. *Pregnancy: the psychological experience*. New York: Herder and Herder; 1971.
30. Pérez Jiménez D, Orengo Aguayo R. Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriquena Psicología*. 2012;23(2):48–61.
31. González Fulgueira MC, Rodríguez Boti R, Melián Hechavarría JI, Susavila Quevedo M, Hernández Pachot S. Aspectos sociales de la sexualidad. *Revista Información Científica*. 2000;27(3).
32. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2019 Sep 30 [cited 2022 Apr 11];41(9):555–63. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbgo/a/pFmhyMBmSPrbv5YvDMvhPmk/?lang=en>
33. Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *African Health Sciences*. 2018 Jun 1;18(2):227–34.

34. Espitia de la Hoz FJ. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero . Revista chilena obstetricia y ginecología [Internet]. 2020 [cited 2022 May 14];85(5):537–48. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000500537&lng=en&nrm=iso
35. Sapién JS, Córdoba DI. Comportamiento Sexual de Varones Durante el Embarazo: Casos en la Ciudad de México. Terapia Psicológica [Internet]. 2011 [cited 2022 May 18];29(2):185–90. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000200005&script=sci_arttext&lng=e
36. Masters W, Johnson V. Respuesta sexual humana. Buenos Aires: Intermédica; 1972.
37. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2001 [cited 2022 Mar 30];17(5):497–501. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015
38. Molero Rodriguez F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. El farmacéutico:profesión y cultura. 2006;(367):40–8.
39. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratislavske lekarske listy [Internet]. 2009 [cited 2022 Apr 2];110(7):427–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19711831/>
40. Schilder P. The Image and Appearance of the Human Body. New York: International Universities Press; 1950.
41. Vaquero Cristobal R, Alacid F, Muyor JM, López Miñarro PÁ. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2013;28. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004#:~:text=La%20imagen%20corporal%20est%C3%A1%20formada,cuerpo%20o%20a%20una%20parte%20de
42. Borelli MF, Mayorga M, de la Vega SM, Contreras NB, Tolaba AM, Passamai MI. Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal de Embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital, Argentina. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética [Internet]. 2016 [cited 2022 May 18];20(3):174–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300003
43. Baker CW, Carter AS, Cohen LR, Brownell KD. Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. [Internet]. Vol. 21, Ann Behav Med. 1999. Available from: <https://academic.oup.com/abm/article/21/2/143/4631403>
44. Fuller M, Skouteris H, Watson B, Hill B. Body image during pregnancy: an evaluation

- of the suitability of the body attitudes questionnaire. BMC: Pregnancy and childbirth [Internet]. 2012 Dec 23 [cited 2022 May 8];12–91. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-12-91.pdf>
45. Alonso L, Pérez M, Arias C, Figueroa N, Gamarra C, Martínez A, et al. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia) [Internet]. Salud Uninorte. 2004 [cited 2022 May 7]. p. 8–19. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701803>
 46. Sociedad de Estudios Científicos sobre Sexualidad. Los beneficios de la expresión sexual para la salud. Planned Parenthood: Federation of America [Internet]. 2007 Jul [cited 2022 May 22];212–61. Available from: https://www.plannedparenthood.org/files/8513/9980/7841/LosBeneficiosDeLaExpresionSexualParaLaSalud_07-07_translated_08-07.pdf
 47. Ruiz Salvador I. Embarazo de riesgo. NPunto [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Apr 11];IV:4–20. Available from: <https://www.npunto.es/revista/37/embarazo-de-riesgo>
 48. Pla de Salut 2016-2020. Consorci Sanitari de Barcelona i actuacions estratègiques de la ciutat de Barcelona. Barcelona ; 2015 Jun.
 49. Pla de Salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021. 14–26 p.
 50. Vanegas C BC. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Revista Colombiana de Enfermería [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 11];6:128–42. Available from: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1441/1047>
 51. Salamanca Castro AB. Aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
 52. Palacios Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enfermería Intensiva [Internet]. 2010 Apr 1 [cited 2022 Apr 11];21(2):68–73. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-fundamentos-desarrollo-un-protocolo-investigacion-S1130239909000091>
 53. Paoli Bolio A. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2012;65:20–9.
 54. Guerrero Ramírez R, Meneses La Riva ME, de la Cruz Ruís M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital

- Daniel Alcides Carrión. Revista Enfermería Herediana [Internet]. 2016 [cited 2022 May 21];9(2):127–36. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>
55. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enfermería Neurológica [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 11];11(2):98–101. Available from: www.medigraphic.org.mx Este artículo puede ser consultado en versión completa en
 56. Berengüera Ossó A, Pons Vigués M. Escuchar, observar y comprender [Internet]. Barcelona; [cited 2022 Apr 11]. Available from: www.idiapjgol.org
 57. Morga Rodríguez LE. Teoría y técnica de la entrevista. Red Tercer Milenio. 2012;
 58. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. 2007.
 59. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería . Barcelona : Elsevier; 2011.
 60. WHO. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Ginebra; 2018 [cited 2022 May 21]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
 61. Fuertes A, González E. La salud afectivo-sexual de la juventud en España. Revista de estudios de juventud [Internet]. 2019 [cited 2022 May 21]; Available from: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf
 62. Miranda Soberón U, Acosta Z. Fuentes de información para la recolección de información cuantitativa y cualitativa. 2008.
 63. Rodríguez León M, Ramón Arbués E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada . Enfermería Global . 2013 Oct;32:362–70.
 64. Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period [Internet]. 2014. Available from: www.bmj.sk.
 65. Díaz D, Velázquez M, Izquierdo E. La sexualidad en el tercer trimestre de embarazo. Salud sexual y sexología [Internet]. 2018 Oct [cited 2022 May 20];28–35. Available from: https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v2_n3_a4.pdf
 66. Balestena Sánchez JM, Fernández Hernández B, Sanabria Negrín JG. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2014 [cited 2022 May 21];18(5):811–22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500010#:~:text=De%20modo%20que%2C%20los%20efectos,o%20de%20saparici%C3%B3n%20del%20deseo%20sexual.
 67. Las relaciones afectivas y sexuales durante el embarazo: el papel de la matrona.

- Matronas Hoy: Revista de la Asociación de matronas . 1998;9–14.
68. Castelo-Branco C. Sexualidad Humana. Una aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
 69. Santana Fialho Sim-Sim MM, Poupá Martins MA, Ferrerira Barros ML, Vicente Ortet MT, Pinto Miranda LM. Percepción de la imagen corporal en embarazadas en el tercer trimestre. *Revista ibero-americana de salud y envejecimiento*. 2018;4(1):1310–21.
 70. McEwan E. Women's feelings about the figure change in pregnancy. *Current Practice in Obstetrics and Gynecologic Nursing*. 1976;
 71. LaRossa R. Sex during pregnancy: A symbolic interactionist analysis. *The Journal of Sex Research*. 1979;(15):119–28.
 72. Falicov C. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 1973;117.
 73. Panea Pizarro I, Domínguez Martín AT, Barragán Prieto V, Martos Sánchez A, López Espuela F. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. *Atención primaria* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 14];51(3):127–34. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-comportamiento-actitud-frente-sexualidad-mujer-S0212656717307552>
 74. Pérez Sanz P, Palacios Gil-Antuñano. Aspectos de la sexualidad en la embarazada deducidos de un estudio de 100 embarazos. *Programa Obstetricia Ginecológica*. 1982;25(5):323–31.
 75. Guillemat Font Y. Modificaciones en la esfera sexual durante la gestación. 2015.
 76. Fernández Carrasco FJ, González Mey U, Rueda Naranjo C. Sexualidad masculina y embarazo: la salud sexual del hombre durante el embarazo de su pareja [Internet]. *Revista Electrónica de Portales Medicos*. [cited 2022 May 8]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sexualidad-masculina-y-embarazo-la-salud-sexual-del-hombre-durante-el-embarazo-de-su-pareja/>
 77. Álvarez de la Cruz C. Comunicación y sexualidad. *Enfermería Global* [Internet]. 2010 [cited 2022 May 8];(19). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200018
 78. Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Orteja Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *Nure investigación* [Internet]. 2011 [cited 2022 May 21];8(50). Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/518>
 79. La importancia de la educación afectivo sexual [Internet]. Federación de Asociación

de Matronas de España. 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from:
<https://www.federacion-matronas.org/2021/01/05/educacion-afectiva-sexual/>

80. Salvador J, López S, Isela D, Basulto C. Sexo y Embarazo: ideas de los profesionales de la salud . *Psicología & Sociedades*. 2011;23(3):608–15.

10 Presentación de Anexos

ANEXO 1: Protocolo de educación sanitaria establecida en el carné de la embarazada actualizado por la Generalitat de Catalunya

OBJETIVOS: Informar a las gestantes sobre su estado de salud aportando la educación sanitaria pertinente en cada semana de gestación con el fin de prevenir y promocionar un buen estado de salud. (13)

A partir de las 10 semanas de gestación

- Las características, objetivos y limitaciones de la ecografía, la analítica y la prueba de cribado de anomalías cromosómicas.
- Medidas dietéticas e higiénicas para reducir el riesgo de infecciones (toxoplasma, listeria, citomegalovirus).
- En las gestantes seronegativas al virus de la varicela zóster: es preciso evitar el contacto con una persona afectada y consultar a los profesionales sanitarios en caso de contacto si no pueden acreditar su estado serológico.
- Los riesgos para el feto y para el bebé que conlleven determinadas enfermedades inmunoprevenibles.
- Los estilos de vida durante el embarazo (hábitos alimentarios, suplementos farmacológicos, alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, medicación, ejercicio, estrés, sexualidad y viajes).
- Abordaje de problemas frecuentes durante el embarazo.
- Debe valorarse juntamente con la mujer y su pareja cómo pueden afectar los problemas psicoemocionales y mentales (en su caso) durante el embarazo y el parto.

De 11 a 13 semanas de gestación

- Las características: los objetivos, limitaciones e implicaciones de hallazgos patológicos de la analítica, la ecografía y la prueba de cribado de anomalías cromosómicas.

De 20 a 21 semanas de gestación

- Las características, los objetivos, limitaciones, implicaciones de hallazgos patológicos de la ecografía.

De 25 a 26 semanas de gestación

- La oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento e iniciar la práctica de ejercicios del suelo pélvico.
- Lactancia materna: disponibilidad de sus materiales y actividades educativas: ventajas, inicio, apoyo y técnica.

De 29 a 30 semanas de gestación

- La posibilidad de elaborar un plan de parto y nacimiento. El trabajo de parto y los métodos de aliviar el dolor.

De 38 a 40 semanas de gestación

- Los signos y síntomas de parto y de trabajo de parto y los signos y síntomas de alarma.
- Cuidado de la madre y del bebé, contacto piel con piel.
- Cuidados de la madre en el postparto y asesoramiento sobre los cambios emocionales.

41 semanas de gestación

- Debe informarse sobre los distintos métodos de inducción del parto.

ANEXO 2: Tabla de cambios en el embarazo que influyen en la sexualidad

PRIMER TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Cambios hormonales:</u> este primer periodo está considerado el periodo de adaptación a los cambios hormonales que se producen en la mujer, además de la sintomatología asociada como son las náuseas, vómitos, malestar abdominal, sensación de cansancio, sensibilidad de las mamas cosa que influyen directamente en el deseo sexual. • <u>Cambios físicos:</u> en ocasiones, puede ocurrir que se den pequeñas pérdidas después de la penetración que son causadas a la mayor vascularización y fragilidad de los capilares que tiene la zona uterina que junto con el roce del pene puede hacer que cause estos pequeños sangrados, motivo por el cual también disminuye el deseo, la satisfacción y la frecuencia sexual. • <u>Cambios emocionales:</u> los cambios hormonales pueden desencadenar también cambios emocionales como la irritabilidad, letargia, tristeza, fatiga, etc.
SEGUNDO TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Cambios hormonales:</u> en el organismo se produce un pico de oxitocina que puede estimular la contracción de las fibras uterinas que no son suficientes como para inducir el parto. Por ello, es importante dar esta información para evitar el miedo que puede generarles a las gestantes. Desaparece la sintomatología de los primeros meses y reaparece la excitación sexual y un mayor disfrute de las relaciones eróticas. • <u>Cambios físicos:</u> A nivel fisiológico hay más congestión de los tejidos que envuelven la vagina y aumentan la lubricación. Aumento de la vascularización de los genitales y de las mamas que hace aumentar aún más su sensibilidad y algunas de las gestantes esto les ayuda a experimentar orgasmos más fácilmente. En algunas mujeres la estimulación de los pezones les puede producir salida de calostro. • <u>Cambios emocionales:</u> es frecuente la disminución progresiva tanto en número de coitos como número de relaciones orogenitales debido a la disminución del deseo erótico, que afecta directamente a la pareja y a su deseo a partes iguales. Genera incertidumbre, aunque, por lo contrario, se suele poner en práctica la autoestimulación, las fantasías y los sueños eróticos.

- **Cambios hormonales**: durante los últimos meses se padece de insomnio por la pesadez y la presión abdominal, además de, retención de líquidos y edemas maleolares. Alteraciones significativas en la fase de preparación al parto con el aumento de oxitocina. Las relaciones sexuales favorecen la maduración del cuello uterino gracias a la recepción de las prostaglandinas a través de las secreciones seminales.
- **Cambios físicos**: se caracteriza por el aumento del volumen abdominal y por las modificaciones de la columna vertebral que pueden conllevar a molestias dorsolumbares y dificultad en algunas posiciones como las sexuales, por ejemplo. Debido al gran aumento de tamaño abdominal es frecuente que aumente las micciones espontáneas. Durante los últimos meses es muy usual notar las contracciones por lo que se ha de informar a las gestantes ya que no resultan perjudiciales para el feto.
- **Cambios emocionales**: la imagen corporal va cambiando y durante los últimos meses se pueden sentir poco atractivas a esto le añadimos la falta de deseo durante este trimestre y hace que el deseo sexual vuelve a disminuir. Influye en la relación de pareja y se tienen en cuenta factores como el tiempo de relación con la pareja, la edad, la paridad y los factores socioculturales (13).

ANEXO 4: Tabla de presentación de los informantes para la muestra de estudio

	CÓDIGO	EDAD	SEMANA GESTACIÓN	PROFESIÓN	PAREJA
GESTANTES	PM ₁	32 años	38 SG	Educadora Infantil	4 años y secundípara
	PM ₂	30 años	39+4SG	Gerente Dental	6 años y medio
	PM ₃	25 años	19 SG	Camarera	4 años y medio
	PM ₄	34 años	Postparto	Fisioterapeuta y directora residencia	6 años
PAREJAS	PH ₁	34 años	-	Restauración	4 años
	PH ₂	22 años	-	Fábrica	4 años y medio
	PH ₃	44 años	-	Fisioterapeuta	6 años
MATRONA	M	44 años	-	Psicóloga, enfermera especializada en salud mental y matrona.	-

ANEXO 5: Guion entrevista semiestructurada

Somos Rebeca Geijo García y Laura Mogollón Ángel, estudiantes de cuarto de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Estamos realizando nuestro Trabajo de Fin de Grado sobre la vivencia de la sexualidad durante el embarazo ya que consideramos que es un tema tabú en el que las enfermeras tienen una gran labor a realizar. La sexualidad es un aspecto de la salud que se debe incluir en los planes de cuidados integrales.

Con el fin de llevar a cabo la investigación, decidimos utilizar metodología cualitativa mediante entrevistas a partir de la experiencia de las embarazadas y de la pareja, además de, los conocimientos que tiene la matrona.

GUIÓN DISEÑADO PARA LAS GESTANTES

¿De cuántas semanas de gestación está? ¿Nos podría explicar cómo ha vivido el embarazo?

¿Ha tenido o detectado mucha sintomatología asociada a este?

Conocimientos sobre la sexualidad durante el embarazo

- ¿Qué información obtuvieron en relación con la sexualidad durante el embarazo? ¿De qué forma obtuvo esta información? ¿Cómo y dónde ha adquirido esta información?
- ¿Qué opina sobre los conocimientos adquiridos?
- ¿Qué sentimientos son los más prevalentes durante el embarazo en relación con la sexualidad? Como son el estrés, angustia, miedo, entre otros.

El significado de la sexualidad:

- ¿Cuál es su percepción sobre la sexualidad en esta etapa del ciclo vital?
- La sexualidad es un concepto muy amplio que va más allá del acto sexual, ¿qué aspectos cree que la forman? ¿Conoce otras formas de expresarla?
- ¿Qué significaba para usted antes del embarazo, la sexualidad? ¿Qué significa ahora?
- ¿Considera que la sexualidad es un aspecto importante en el embarazo?
- ¿Podría describirnos el significado de la sexualidad en tres palabras?

Los cambios físicos/psicológicos:

- ¿Qué cambios notó en su cuerpo que influían a nivel sexual?
- ¿Considera que se ha visto afectado su deseo sexual durante el embarazo?
- En caso afirmativo, ¿de qué manera?
- ¿Existieron modificaciones en las prácticas sexuales? ¿Cuáles eran las más prevalentes?
- Así mismo, ¿se vio modificada la frecuencia de las relaciones sexuales?
- ¿Ha existido variaciones en la satisfacción sexual?
- ¿Experimentó dolor coital, falta de excitación y/o falta de lubricación en algún momento de su embarazo?
- Pese a las modificaciones de su imagen corporal durante la gestación ¿Se ha visto alterada su autoestima?
- ¿Conoce otras situaciones en las que se desaconseja las relaciones sexuales en el embarazo? Hábleme de ellas

La relación de pareja:

Los cambios que se han experimentado en esta etapa y en relación con la sexualidad antes

y después de la gestación

- ¿Ha influido en la relación en pareja? Explíqueme cómo.
- ¿Se le contraindicaron las relaciones sexuales? En caso afirmativo, ¿cómo le afectó? ¿cómo le afectó a su pareja?
- ¿Hubo cambios en las posturas durante el acto sexual? ¿En qué se basaban? ¿Nos podría decir cuáles eran las más habituales?

Mitos sobre la sexualidad en el embarazo:

- ¿Qué pensamiento la llevaba a tomar decisiones acerca de la actividad sexual durante el embarazo?
- ¿Sentía miedo de dañar al feto? En caso afirmativo, ¿Cuál sería el motivo?
- ¿Consideraba al estar embarazada no podía mantener relaciones durante esta etapa?
- ¿Conoce algún mito en relación con la sexualidad en el embarazo?

Proceso asistencial durante el embarazo:

- ¿Qué consejos o indicaciones obtuvo por parte de los profesionales sanitarios al producirse el cambio?
- ¿Cree que se realiza una buena educación afectivo-sexual en el seguimiento del embarazo?
- ¿Considera que es un tema que se aborde en las consultas por parte de los profesionales sanitarios? En caso negativo, ¿Cuál sería el motivo?
- ¿Ha hecho preguntas sobre la sexualidad al profesional? ¿Por qué?
- ¿Qué opina sobre el acceso que tiene a abordar este tema el personal sanitario? ¿Se sintió en confianza para aclarar las dudas que le surgieron acerca de su sexualidad?
- ¿Cómo cree que se pueden mejorar las intervenciones que ya se establecen hoy en día sobre la sexualidad durante el embarazo?

GUIÓN DISEÑADO PARA LA PAREJA DE LA GESTANTE

Conocimientos sobre la sexualidad durante el embarazo:

- ¿Qué información obtuvieron en relación con la sexualidad durante el embarazo? ¿De qué forma obtuvo esta información? ¿Cómo y dónde ha adquirido esta información?
- ¿Qué opina sobre los conocimientos adquiridos?

El significado de la sexualidad:

- ¿Cuál es su percepción sobre la sexualidad en esta etapa del ciclo vital?
- La sexualidad es un concepto muy amplio que va más allá del acto sexual,
- ¿qué aspectos cree que la forman? ¿Conoce otras formas de expresarla?
- ¿Considera que la sexualidad es un aspecto importante en el embarazo?
- ¿Podría describirnos el significado de la sexualidad en tres palabras?

Los cambios físicos/psicológicos durante el embarazo:

- ¿Se ha visto modificado su deseo sexual durante la gestación?
- ¿Conoce los cambios físicos y hormonales que sufre la embarazada e influyen en la sexualidad durante la gestación?
- ¿Existieron modificaciones en las prácticas sexuales? ¿Cuáles eran las más prevalentes?
- Así mismo, ¿se vio modificada la frecuencia de las relaciones sexuales.

La relación de pareja:

- ¿Qué influencia tuvieron estos cambios en su relación en pareja?
- ¿Considera que se tienen en cuenta el rol de la pareja durante la gestación?
- ¿Se han visto modificadas las relaciones sexuales por el embarazo?
- ¿Hubo cambios en las posturas durante el acto sexual? ¿En qué se basaban? ¿Nos podría decir cuáles eran las más habituales?

GUIÓN DISEÑADO PARA LA MATRONA

Conocimientos de la sexualidad durante el embarazo:

- ¿De qué forma cree que las embarazadas recurren a tener información fácil y veraz?
- Existen estudios que avalan que muchas de las gestantes suelen recurrir a información de Internet de fácil acceso (como los blogs) ¿Le sorprende que recurran a estos recursos?
- ¿Influyen las creencias sobre la manera en que las mujeres perciben su propia sexualidad durante el embarazo? ¿De qué forma?

El significado de la sexualidad:

- ¿Qué percepción cree que tiene la embarazada sobre su sexualidad en esta etapa?
- ¿Son conocedoras de los beneficios al respecto? ¿Cuáles son estos beneficios?
- ¿Cree que suelen confundir el concepto de sexualidad con la actividad sexual?
- ¿Por qué motivo?

Los cambios físicos/psicológicos durante el embarazo:

- ¿Son conocedoras las pacientes de los cambios que pueden tener en relación con su propia sexualidad durante la gestación? ¿Padecen cambios de la libido a lo largo del embarazo?
- ¿Se habla durante la consulta de las modificaciones del deseo sexual?
- ¿Cuáles son los cambios físicos y psicológicos que alteran la sexualidad tanto de la embarazada como de la pareja?
- ¿Las modificaciones en el suelo pélvico alteran la actividad sexual?
¿Debilitan la satisfacción sexual?
- ¿Qué hormonas alteran la sexualidad durante la gestación? ¿Cuándo se potencian más?
¿Se diferencian por trimestres?
- ¿En qué casos se desaconsejaría la actividad sexual?
- ¿Cómo se gestiona la información que se ha de aportar cuando la paciente presenta un embarazo de riesgo? ¿Existen protocolos para ello?
- En relación con la sexualidad, ¿Qué información se le aporta sabiendo que es un embarazo de riesgo?

Mitos sobre la sexualidad:

- Diversos estudios concluyen que existen miedos al mantener relaciones sexuales en el embarazo, en su caso ¿experimentó alguno?
- ¿Sentía miedo de dañar al feto? En caso afirmativo, ¿Cuál sería el motivo?
- ¿Consideraba antes de saber que su mujer estaba embarazada no podía mantener relaciones durante esta etapa?
- ¿Conoce algún mito en relación con la sexualidad en el embarazo?

Proceso asistencial durante el embarazo:

- ¿Qué consejos o indicaciones obtuvo por parte de los profesionales sanitarios en relación con la sexualidad durante la gestación?
- ¿Se le tuvo en cuenta en la información proporcionada por el personal sanitario? En caso negativo, ¿Por qué motivo cree que no fue así?
- ¿Cree que se realiza una buena educación afectivo-sexual en el seguimiento del embarazo? ¿Considera que es un tema que se aborde en las consultas por parte de los profesionales sanitarios? En caso negativo, ¿Cuál sería el motivo?
- ¿Ha hecho preguntas sobre la sexualidad al profesional? ¿Por qué?
- ¿Qué opina sobre el acceso que tiene a abordar este tema el personal sanitario? ¿Se

sintió en confianza para aclarar las dudas que le surgieron acerca de su sexualidad?

- ¿Cómo cree que se pueden mejorar las intervenciones que ya se establecen hoy en día sobre la sexualidad durante el embarazo?

La relación de pareja:

- ¿Se toma en consideración a la pareja en relación la sexualidad durante el embarazo? ¿Cómo se muestran partícipes?
- ¿Se le da soporte o se toma en valor la relación en pareja? ¿Creen que se modifica esta relación durante la gestación (y más si hablamos de la abstinencia de las relaciones sexuales durante los 9 meses y el postparto)? ¿De qué forma?
- ¿Cómo afecta a la pareja el saber que es un embarazo de riesgo? ¿Cómo podemos acompañar a las parejas en este momento? ¿Suelen preguntar sobre esta situación y cómo pueden gestionarlo? ¿Dudan sobre aspectos como la sexualidad?

Mitos sobre la sexualidad:

- ¿Creen que hoy en día siguen pensando que el hecho de estar embarazada las hace catalogar como seres asexuales?
- ¿Se tienen en cuenta las creencias de cada pareja? ¿Cuáles son las más prevalentes?
- ¿Cuáles son los mitos más comunes en relación con la sexualidad en el embarazo?

El proceso asistencial:

- Existe un tiempo/espacio en la consulta de seguimiento para poder expresar las dudas y miedos acerca de la sexualidad
- ¿Muestran miedo/vergüenza en la consulta al hablar de este tema? En el caso afirmativo ¿Por qué motivo?
- ¿Cuál es el papel de enfermería en este ámbito? ¿Consideran que se hace un buen abordaje de este tema?
- ¿Existen protocolos o guías de actuación actualmente en los centros de salud sobre la sexualidad? ¿Cuáles?
- ¿Cómo es el abordaje de Enfermería en el momento en que se conoce que la gestante está teniendo un embarazo de riesgo? ¿Se incluye a la pareja? ¿Cómo?
- ¿Cómo consideran que se puede mejorar las intervenciones que ya se hacen hoy en día en los centros de salud respecto a la sexualidad de la embarazada?
- ¿Considera que los profesionales sanitarios que actualmente abordan y asisten durante el seguimiento del embarazo están bien formados al respecto? ¿Se hace algún tipo de formación sobre el abordaje de este tipo de situaciones?

ANEXO 6: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras Laura Mogollón Ángel con DNI 47913345K y Rebeca Andrea Geijo García con DNI 8014112W estudiantes del Grado de enfermería en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

Exponemos que cursando la asignatura Treball de Fi de Grau, estamos realizando una investigación y realizaremos una entrevista para obtener información con el fin de lograr nuestros objetivos que nos permitirán conocer la *Vivencia de la sexualidad en el embarazo*.

Usted ha sido seleccionada para participar en este trabajo, si accede, se le pedirá responder una serie de preguntas para poder realizar dicha entrevista, la cual será grabada para posteriormente transcribirla y poder incluirla en nuestro trabajo de investigación.

Basándonos en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de este trabajo.

La participación es totalmente voluntaria. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Así mismo, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas o inapropiadas, tiene usted el derecho de no responderlas.

De la misma manera, el participante estará en su derecho de ver la entrevista grabada únicamente con la voz realizada por las investigadoras.

AUTORIZACIÓN

Yo (NOMBRE Y APELLIDO) _____, con DNI.....

- He sido informada de los objetivos del Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de Laura Mogollón Ángel y Rebeca Andrea Geijo García.
- He podido realizar las preguntas necesarias a las investigadoras sobre el estudio y resolver las dudas surgidas.
- Participo de manera voluntaria y anónima.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos e información proporcionada.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA DE LAS INVESTIGADORAS

FECHA Y LUGAR

ANEXO 7: Propuesta de tríptico sobre sexualidad en el embarazo



Consejos sobre la sexualidad

Mantener relaciones sexuales durante la gestación no supone un riesgo añadido ni para la madre ni para el bebé en ningún momento del embarazo cuando éste no presenta factores de riesgo asociados.

Lo importante es adaptarse a la nueva situación buscando la comodidad y la seguridad y manteniendo una buena comunicación con tu pareja.

Posiciones sexuales recomendadas

¡Busca posturas cómodas que **no** opriman el vientre y disfruta!





Si tienes dudas:

¡CONSÚLTALO CON TU MATRONA!

Para más información:



Rebeca Geijo García
Laura Magollón Ángel



La sexualidad en el embarazo



¡Se habla de sexo y muy poco de sexualidad!

Según la OMS: la **sexualidad** es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de todas las etapas de la vida.

No incluye solo sexo, sino que además, incluye las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Formas de expresar la sexualidad

- Besos
- Masajes
- Caricias
- Sexo oral
- Abrazos
- Masturbación

Beneficios de la sexualidad

- Mejores orgasmos
- Vinculación con tu pareja
- Bienestar físico y emocional

Cambios que influyen en la sexualidad

- Cambios físicos
- Cambios hormonales
- Cambios emocionales

Cambios físicos

Mayor sensibilidad mamaria
Mayor tamaño vientre
Más sensación genital
Más intensa y rápida lubricación
Mayor riego sanguíneo
Mayor satisfacción del orgasmo



Cambios hormonales

! Cambios en el deseo, excitación y satisfacción sexual

La evidencia establece que durante el **primer trimestre** hay **disminución** de la libido por miedo y por los síntomas asociados a los primeros meses. En el **segundo trimestre** **incrementa** y, en el **último trimestre**, **disminuye** el deseo y las ganas cuanto más se acerca la fecha de parto.



Cambios emocionales

Durante el embarazo, puedes sentirte de muchas formas, algunas de ellas son:

- **Primer trimestre:** ansiedad, miedo, estrés, inseguridad emocional y/o temor a perder el embarazo.
- **Segundo trimestre:** caracterizado por la aceptación y la estabilidad.
- **Tercer trimestre:** se caracteriza por la introversión, la adaptación y la preocupación al parto y postparto.

Imagen corporal: refuerza tu autoestima, quíete y disfrútate



