



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN
MUJERES EMBARAZADAS.**

Asesor:

Prof. Linda Scope Byer

Coasesor:

Prof. Manuel Ñañez

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Contreras T., Iris C.I. v-18.493.025

Como requisito parcial para la obtención

del título de **MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, Julio de 2010

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	13
Objetivo General:	13
Objetivos Específicos:	13
METODOLOGÍA.....	14
Tipo de Investigación:	14
Población:	14
Muestra:	15
Instrumento de Recolección de Datos:	15
Presentación y Análisis de la Información:	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
APÉNDICE.....	44
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:.....	45

AGRADECIMIENTOS

A la **Dra. Linda Scope**, quien más que una asesora se convirtió en una amiga, gracias por todo su entusiasmo y colaboración en la realización de este trabajo.

Al **Dr. Manuel Ñañez**, por todos sus consejos y por ayudarme a descubrir la rama de la medicina que me apasiona y con la que sueño ejercer en un futuro.

A la señora **Milagros**, por siempre atenderme con una sonrisa y aclarar mis dudas en cuanto a todo el procedimiento que debía cumplir para la realización de este trabajo.

A todas las pacientes que amable y voluntariamente, proporcionaron toda la información gracias a la cual se pudo realizar este estudio.

DEDICATORIA

Este trabajo y toda mi carrera se la dedico a mi familia, por siempre creer en mí y apoyarme.

A mi mamá y gran amiga **Mireya**, por tus cuidados y tu amor incondicional, por tu paciencia y tu fé en mí. No importa lo que pase siempre estás ahí dándome ánimos para seguir adelante.

A mi papá **Agustín**, por ser mi ejemplo de superación y enseñarme a siempre querer ser y hacer las cosas lo mejor posible.

A mi hermana **Caribay**, por ser mi ejemplo a seguir. Sin tu ayuda no hubiese podido hacer muchas cosas.

A mis abuelos **Isabel y José**, quienes nunca dudaron que lo lograría y me ayudaron en los momentos de mayor dificultad; a ti abuelo que aunque no estás con nosotros, sé que siempre me estas acompañando.

A **José Antonio**, eres un gran apoyo, gracias por escucharme y repetirme en todo momento que todo va a salir bien. Espero que este sea solo uno de los muchos logros que compartas contigo.

A todos ustedes muchísimas gracias por acompañarme desde el inicio de este sueño hasta el día de hoy. Sé que serán muchos más los retos que me prepara el futuro, pero con ustedes a mi lado no habrá ningún imposible.

RESUMEN

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo de carácter transversal, realizado con la finalidad de identificar el comportamiento de la función sexual de las gestantes que acuden a la consulta prenatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, mediante la realización de una entrevista dirigida a 80 pacientes cursantes del III trimestre de gestación con embarazos normales, con edades comprendidas entre 14 y 35 años. El 35% de las participantes tenían edades entre 15 y 19 años, y eran nulíparas en un 48,75%. El 90% de las gestantes refirieron ejercer la función sexual durante el embarazo. Antes de su embarazo las pacientes manifestaron tener una frecuencia sexual alta (52,5%); un deseo sexual medio (37,5%) y un patrón del ciclo sexual monorgasmico (70%). Durante el embarazo la frecuencia sexual disminuyó progresivamente de un nivel medio durante el primer trimestre (46,25%), hasta el cese de toda actividad sexual durante el tercer trimestre (36,25%); igualmente el nivel de deseo sexual fue bajo a lo largo de los tres trimestres de gestación y el patrón del ciclo sexual fue monorgasmico (50,99%). El miedo a ejercer la función sexual se presentó en 63,75% de las gestantes. Se determinó que el embarazo modifica la conducta sexual de las mujeres, altera el deseo sexual y hace más difícil la obtención del orgasmo en la medida que avanza el estado gestacional.

Palabras Clave: Embarazo, Función Sexual, Deseo Sexual.

INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un evento trascendental en la vida de toda mujer, el cual se acompaña de un gran número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos, sociales y culturales. Todos estos cambios afectan individual o conjuntamente el desenvolvimiento de las diversas actividades realizadas por la mujer durante el embarazo, en comparación con el periodo previo al mismo. La sexualidad de la mujer embarazada no escapa de la influencia de cada uno de estos cambios, que repercutirán en mayor o en menor medida en la calidad de su vida sexual y de su relación de pareja.

A lo largo de la historia la sexualidad femenina ha sufrido grandes cambios, pasando de ser considerada un objeto o propiedad sexual del hombre, hasta lograr la participación activa que ejerce actualmente en la relación de pareja, dejando de lado el papel sumiso que antiguamente debía representar.

La función sexual consiste en el funcionamiento de la unidad “estimulo-respuesta sexual”. En 1966, William Máster y Virginia Johnson, Ginecólogo y Psicólogo, respectivamente, dividieron el ciclo de respuesta sexual en cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La fase de excitación está representada por el periodo precoital, en esta etapa, la tensión muscular, la respiración y la presión sanguínea aumentan en forma acelerada. La primera señal de excitación consiste en la lubricación vaginal, seguida de dilatación y alargamiento de los dos tercios internos de la vagina. La vasocongestión producida por un aumento de la irrigación sanguínea hacia la pelvis, ocasiona el aumento de tamaño de la vulva y ésta adquiere un tinte púrpura intenso. Se producen contracciones uterinas rápidas e irregulares llamadas “fibrilación” y el útero se eleva y se dirige hacia adelante. El clítoris aumenta de tamaño y los labios mayores se adelgazan, aplanan y se elevan ligeramente hacia arriba y afuera, retirándose de la apertura vaginal. A medida que la tensión sexual aumenta los pezones se tornan rígidos como

consecuencia de las contracciones de pequeñas fibras musculares. Se produce el aumento de tamaño de las glándulas mamarias, las areolas se distienden y las venas de las mamas se vuelven visibles, formando el llamado “árbol vascular”. (CIPPSV, 1992).

En la mujer embarazada existen algunas diferencias en los cambios que ocurren durante la fase de excitación. La lubricación vaginal aumenta en cantidad y en consistencia durante todo el embarazo, sobre todo en multíparas, debido a que el embarazo se acompaña de un aumento de las secreciones vaginales. El fenómeno de elongación vaginal se va perdiendo a medida que el útero crece debido al efecto de gravedad que éste ejerce sobre el canal vaginal. En las primigestas no se observan cambios en los labios mayores en el primer trimestre del embarazo, mientras que en las multíparas aumentan de tamaño y adquieren un aspecto edematoso. Debido al aumento de la vasocongestión, el aplanamiento de los labios mayores está ausente durante el segundo y tercer trimestre tanto en primigestas como en multíparas. La vasocongestión mamaria se hace muy marcada durante el primer trimestre del embarazo, lo que aumenta aun más el tamaño de los senos, provocando sensación de dolor. Estos cambios no ocurren en el segundo y tercer trimestre del embarazo por lo que el dolor desaparece. En multíparas los cambios mamarios son menos manifiestos. (CIPPSV, 1992).

La fase de meseta comprende todas aquellas maniobras tendientes a la consecución del orgasmo y está representada por el periodo coital. Durante esta fase, la excitación fisiológica continúa incrementándose a un ritmo más lento. En las mujeres la vasocongestión produce la dilatación de los dos tercios internos de la vagina y la contracción del tercio externo formándose la llamada “plataforma orgásmica”. El útero se eleva a su máximo, lo que ocasiona un aumento de tamaño de la cúpula vaginal y además ocurre un incremento de la fibrilación uterina. Los labios menores de las nulíparas progresan de un color rosa cenizo al rosa brillante, mientras que los de las multíparas pueden adquirir inclusive un color vino tinto oscuro, todo esto se acompaña de aumento de tamaño de los labios, pudiendo llegar a duplicar su grosor original. El clítoris se retrae reduciendo su longitud en un 50%. Los senos y las areolas se expanden al máximo y aparece el “rubor sexual”. (Aller, 2000)

En la mujer embarazada se pueden encontrar algunos cambios en la plataforma orgásmica durante el primer y segundo trimestre que son más evidentes en las multíparas que en primigestas. En el tercer trimestre este fenómeno es difícil de observar, debido al edema del tercio externo de la vagina. En esta fase los labios mayores y menores de las primigestas y las multíparas no presentan cambios en la coloración de la piel durante todo el embarazo. La elevación uterina hacia arriba y atrás, observada comúnmente en esta fase, se pierde debido al aumento del tamaño del útero y a su ubicación en la cavidad abdominal.

La fase orgásmica ocurre cuando la excitación sexual alcanza su máxima intensidad, hay pérdida del control voluntario de los músculos y se producen contracciones involuntarias rítmicas en el útero, plataforma orgásmica, zona perineal, recto y parte baja del abdomen, que pueden variar entre 3 y 12 contracciones en intervalos menores a 1 segundo. Las contracciones uterinas empiezan 2 a 4 segundos después de las primeras sensaciones de orgasmo y no son diferentes a las primeras contracciones del trabajo de parto, comienzan en el fondo del útero y van descendiendo hasta llegar al cuello uterino. Las contracciones vaginales no varían en la mujer embarazada durante el primer ni el segundo trimestre de la gestación. La congestión vaginal que se establece en el tercer trimestre impide la observación de las mismas. Las contracciones uterinas que se producen en la fase orgásmica pueden causar un espasmo tónico en el útero, con disminución de la frecuencia cardíaca fetal, fenómeno de carácter transitorio que no tiene repercusión sobre el feto.

Durante la fase resolutive desaparecen los cambios fisiológicos ocasionados por la excitación sexual, se produce relajación muscular de todo el cuerpo y la frecuencia cardíaca, presión arterial y respiración regresan a lo normal. Las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de la vagina, lo que provoca desaparición de la plataforma orgásmica. El útero regresa a su tamaño normal y retorna a su posición de reposo. Desaparece la coloración de los labios y estos recuperan a su tamaño original y su posición en la línea media cubriendo en forma parcial el introito vaginal. El clítoris vuelve a su tamaño y posición habitual. Sumado a lo que pasa en la mujer no embarazada, en la gestante el alivio de la vasocongestión genital es más lento. En el segundo y tercer trimestre del embarazo, la vasocongestión se mantiene de 10 a 15 minutos más de lo usual en las primigestas y de 30 a 45 minutos más en las multíparas. En el

primer trimestre ocurre en forma similar a la no embarazada. Este retorno lento de la vasocongestión puede ocasionar una persistencia de la sensación de deseo sexual. (CIPPSV, 1992).

En relación a la presentación de cada una de estas fases del ciclo sexual femenino, es posible determinar un patrón sexual para cada individuo como: monoorgásmico, poliorgásmico, multiorgásmico y tetánico.

El patrón monoorgásmico se caracteriza por una fase de excitación ascendente, luego una fase de meseta corta que termina en la fase orgásmica, seguida de una fase resolutive abrupta y rápida. El patrón poliorgásmico se inicia con una fase de excitación en ascenso que se continua hasta llegar a la fase de meseta que se prolonga durante cierto tiempo, hasta alcanzar la fase orgásmica, volviendo posteriormente a la fase de meseta, donde permanece si continua la estimulación, hasta que alcanza nuevamente la fase orgásmica, pudiendo llegar a tener entre 3 y 6 orgasmos. El patrón multiorgásmico presenta una fase de excitación rápida con una fase de meseta corta y la entrada rápida a la fase orgásmica con multiplicidad de orgasmos de diferentes intensidades y frecuencia, pudiendo alcanzar hasta 15 orgasmos. En el patrón tetánico la fase de excitación es progresiva, continuándose con una fase de meseta de duración variable seguida de una fase orgásmica continua y sostenida de duración mayor a 30 segundos, con una fase resolutive abrupta. (Aller, 2000)

Entre otra de las variantes de la función sexual que puede verse afectada durante el embarazo se encuentra la frecuencia sexual, la cual se refiere a la cantidad de veces que durante un periodo determinado el sujeto desea activar la función sexual. La frecuencia sexual puede ser clasificada en: alta, cuando es ejercida la función sexual diaria o interdiariamente; media, cuando es ejercida cada tres, cuatro o hasta cada once días; y baja, cuando la relación sexual ocurre cada quince o veinte días. (Bianco y Aragon, 1996)

No solamente son los cambios físicos y emocionales los que pueden llegar a repercutir en la sexualidad de la mujer embarazada, sino también los cambios hormonales que trae consigo la gestación. Se han descubierto niveles medibles de hGC 8 días después de la concepción, estos

valores continúan aumentando con rapidez hasta alcanzar su máximo en el primer trimestre de embarazo lo cual puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo.

Otra hormona especialmente importante durante el embarazo es el estrógeno. Durante la primera parte del embarazo, la producción de estrógenos se encuentra a cargo del cuerpo lúteo posteriormente la placenta y la corteza adrenal del feto son responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el embarazo desde valores de 2 ng/ml durante el primer trimestre hasta 14 ng/ml al final del tercer trimestre. Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación y del desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer. (Bajo y col, 2005)

Durante el embarazo, el 90 % de la progesterona producida en la placenta pasa a la circulación materna y el 10% restante a la circulación fetal: los niveles de progesterona a lo largo del embarazo aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital. Tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido efectos negativo sobre la sexualidad, ya que de la misma forma en que la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, la prolactina es inhibidora de la misma, ya que al actuar inhibitoriamente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual. Durante la gestación normal en el primer, segundo y tercer trimestre los niveles de prolactina están alrededor de 75, 116 y 216 ng/mL. respectivamente. El nivel máximo lo alcanza en la semana 25 y empieza a disminuir hacia la 38ª semana. (Muntané, 2005)

En una encuesta realizada en Francia por Simmons, una tercera parte de las mujeres (31%) informaron que habían seguido teniendo relaciones sexuales durante todo el embarazo, y otro 31% durante los primeros 7 u 8 meses. Un 38% habían cesado el coito antes del 7º mes. En la mayoría de los casos, el comportamiento en lo que respecta al coito durante el embarazo fue el resultado de una decisión común o de un tácito acuerdo. En otros casos fue adoptada la decisión por uno de los conyugues y con idéntica frecuencia por el hombre y la mujer. (Eicher, 1978).

Máster y Johnson resumen la respuesta sexual durante la gestación según los resultados obtenidos de sus investigaciones. Hallaron marcadas diferencias en las pautas de conducta sexual en el primer trimestre de la gestación, evidenciando que en algunas gestantes hay disminución del interés sexual y frecuencia del coito, mientras que en otras se produce todo lo contrario. En el segundo trimestre el 80 % de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. Igualmente reportaron orgasmos durante la gestación en mujeres previamente anorgásmicas. En el tercer trimestre observaron una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a incomodidad producida por la gestación avanzada. (González y Miyar, 2001)

No existe incompatibilidad entre el embarazo y el ejercicio de la función sexual, siempre que se mantenga el deseo de llevarla a cabo; sin embargo pueden presentarse situaciones especiales en las cuales está contraindicado el coito, por ejemplo: amenaza de aborto, sangrado genital, infección genital en uno o ambos conyugues, incompetencia cervical, amenaza de parto pretérmino y placenta previa, entre otros. No obstante la pareja puede recurrir a métodos alternativos al coito que le permitan lograr un efectivo ejercicio de la función sexual, tales como las caricias, la comunicación y la comprensión. (Aller, 2000).

La salud sexual es parte fundamental de la salud integral. Tener una vida sexual plena significa vivir una sexualidad de manera responsable, saludable y placentera. La actividad sexual durante el embarazo depende en gran medida de una actitud cultural, por lo que es de vital importancia reconocer que la mujer continua siendo un ser sexual durante el embarazo.

La finalidad de esta investigación es conocer ¿qué factores influyen y cuáles son los cambios que se producen en la sexualidad de la mujer durante el embarazo, en comparación al periodo previo al mismo?

Para la realización de este estudio, se tomo como muestra, pacientes embarazadas cursantes del III trimestre de gestación, con embarazos normales, que asistieron a la consulta de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, en Barcelona estado Anzoátegui; durante el periodo marzo-junio de 2010; a las que se les

aplico el instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación, el cual permitió conocer y evaluar el ejercicio de la función sexual durante el embarazo.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Durante siglos las creencias religiosas dominaron el comportamiento sexual, reduciéndolo al proceso de reproducción y existía una doble norma establecida: permisividad al varón y represión a la mujer, a la que se le exigía virginidad y fidelidad al marido sin importar el propio placer. A su vez se creó una doble imagen de la mujer dependiendo de las necesidades y exigencias sociales. La mujer “buena” era la mujer de la casa, la madre o la virgen. La mujer “mala” era la mujer dedicada al placer.

En la antigüedad, la Iglesia Católica consideraba el sexo como algo sucio y a la mujer como una amenaza para la salvación masculina. Prohibían el sexo durante la gestación por carecer de fines reproductivos y sancionaban y repudiaban los manuales de sexo medievales, ya que mostraban posiciones que podían ser adoptadas por la pareja durante el embarazo, para evitar así el adulterio por parte del marido.

En contraste, otras culturas primitivas fomentaban la actividad sexual durante el embarazo, porque imaginan al embrión como algo líquido que debía ser solidificado y nutrido por el esperma.

Existe el mito de que las mujeres no sienten deseos sexuales durante el embarazo. Esta época suele ser descrita como una época de beatitud, en la cual se encuentran totalmente absorbidas por la gestación y no pueden interesarse en otra cosa. Si quienes la rodean, y su pareja en particular, se plantea que el embarazo es un estado asexuado y paradisíaco para ella, será muy

difícil expresar deseos sexuales, y esos meses pueden convertirse en un árido desierto sexual. Por lo tanto es muy importante darle la oportunidad a la mujer embarazada de hacer preguntas y hablar de manera honesta y abierta acerca de su vida sexual y sus relaciones.

La salud se establece cuando se mantiene al individuo como unidad biopsicosocial funcionando integralmente. Mes a mes, durante la consulta prenatal, son muchos los aspectos evaluados por el especialista, a fin de llevar a término con éxito el embarazo, pero no se le ofrece la oportunidad a la gestante de hablar de su sexualidad como parte fundamental de su bienestar.

La finalidad de este estudio es determinar las variaciones en la función sexual de la gestante a lo largo del embarazo, de manera tal que el especialista esté al tanto de los mismos y pueda incluir dentro de su programa de atención prenatal, una adecuada educación sexual para la gestante y su pareja, manteniéndolos informados de sus posibilidades y limitaciones en el área.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Estudiar el comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas que acuden a la consulta de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti en Barcelona, estado Anzoátegui.

Objetivos Específicos:

1. Señalar qué porcentaje de las gestantes ejercen la función sexual durante el embarazo.
2. Identificar el nivel de deseo sexual de la embarazada.
3. Establecer la frecuencia con la que las gestantes ejercen la función sexual durante el embarazo.
4. Comparar el patrón sexual de la gestante antes y durante el embarazo.
5. Citar los miedos y mitos que pudiesen interferir en el ejercicio de la función sexual durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, el cual busca la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, e identifica características de la población objeto de investigación, señala formas de conducta, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba asociaciones entre variables; igualmente este estudio tiene un carácter de corte transversal, ya que permite obtener una imagen de un problema dado, en un lugar y tiempo específico. (Méndez, 2000).

Este estudio fue aplicado a las gestantes que acudieron a la consulta de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, en Barcelona estado Anzoátegui, en el periodo marzo-junio del 2010.

Universo:

El universo está representado por todas las mujeres embarazadas, cursantes del III trimestre de gestación con embarazos normales, que habitan en el estado Anzoátegui.

Población:

El total de mujeres embarazadas, cursantes del III trimestre de gestación, con embarazos normales, que asistieron a la consulta de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, en Barcelona estado Anzoátegui; el cual para febrero de 2010 estaba conformado por 288 pacientes. (Servicio de Registros Médicos del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti).

Muestra:

Está constituida por 80 mujeres embarazadas cursantes del III trimestre, con embarazos normales, que asistieron a la consulta de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, en Barcelona estado Anzoátegui. Dicha muestra fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico aleatorio por conglomerados, en el que se divide la población en varios grupos de características parecidas entre ellos, llamados conglomerados y luego se analizan completamente algunos de estos grupos. (Cassal, 2003).

Instrumento de Recolección de Datos:

Una vez firmado por las participantes el consentimiento escrito e informado realizado por el Comité de Bioética del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti (ver apéndice n° 1), y siendo autorizada la realización del estudio por parte de la jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti (ver apéndice n°2 y n°3); se procedió a tomar la muestra previamente establecida, la cual fue constituida por 80 pacientes cursantes del III trimestre de gestación con embarazos normales, que acudieron a la Consulta Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitarios Dr. Luis Razetti; las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria.

Los datos fueron recolectados los días lunes, miércoles, jueves y viernes en horario de 12 a 2 pm; durante el periodo marzo-junio de 2010; en el cual acudieron aproximadamente 16 pacientes al día a consulta prenatal. A éstas pacientes se les realizó una entrevista dirigida o estructurada, la cual consistió en una serie de preguntas estandarizadas con un conjunto establecido de respuestas.

Para la obtención de la información objeto de estudio a través de la entrevista estructurada, se implementó un instrumento de recolección de datos, diseñado para tal fin por el autor (ver apéndice n°4), el cual fue validado por médicos especialistas en el área de Sexología y Ginecología y Obstetricia (ver apéndice n°5). Mediante dicho instrumento se obtuvo información acerca de los antecedentes gineco-obstétricos y variaciones en el ejercicio de la función sexual, antes del embarazo y durante cada trimestre del mismo de las pacientes estudiadas, mediante la

formulación de preguntas dicotómicas con respuesta “sí” o “no”; preguntas cerradas en la cual las pacientes seleccionaron uno de los 3 o 4 ítems disponibles como respuesta; y dos preguntas abiertas referentes a la posición sexual utilizada durante cada trimestre de embarazo, y los mitos y falacias conocidos por ellas sobre el ejercicio de la función sexual durante la gestación. Toda la información obtenida fue registrada en el instrumento por el investigador, con la finalidad de obtener un mayor grado de confiabilidad y credibilidad de la misma.

Presentación y Análisis de la Información:

Los datos obtenidos de la fuente de información, la cual fue primaria, por ser esta obtenida directamente de las pacientes a quienes se les aplicó el instrumento, fue almacenada en hojas de cálculo Excel, versión Office 2007; mediante las cuales se creó una matriz computarizada de datos y variables con la información obtenida. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Posteriormente dicha información es presentada por distribución de frecuencias cualitativas y/o cuantitativas en forma de tablas y gráficos según convenga.

RESULTADOS.

Cuadro N° 1:

Características Sociodemográficas de la Población. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.

<i>Edad (Años)</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>12 - 14</i>	1	1,25
<i>15 - 19</i>	28	35
<i>20 - 24</i>	24	30
<i>25 - 29</i>	13	16,25
<i>30 - 34</i>	9	11,25
<i>35 o mas</i>	5	6,25

<i>Grado de Escolaridad</i>		
<i>Ninguno</i>	4	5
<i>Primaria</i>	46	57,5
<i>Secundaria</i>	29	36,25
<i>Universitaria</i>	1	1,25

n = 80

Las edades de las gestantes entrevistadas oscilaban entre los 12 y los 35 años, predominando en un 35% las participantes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años de edad. En relación al grado de escolaridad de las entrevistadas el 57.5% de las entrevistadas habían recibido únicamente educación primaria.

Cuadro N° 2:

**Antecedentes Obstétricos de la Población. Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.**

<i>N° de Gestas</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>1</i>	31	38,75
<i>2</i>	17	21,25
<i>3</i>	13	16,25
<i>4</i>	9	11,25
<i>5 o mas</i>	10	12,5
<i>N° de Paras</i>		
<i>0</i>	39	48,75
<i>1</i>	13	16,25
<i>2</i>	16	20
<i>3</i>	9	11,25
<i>4</i>	1	1,25
<i>5 o mas</i>	2	2,5

<i>N° de Abortos</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	64	80
<i>1</i>	13	16,25
<i>2</i>	3	3,75
<i>3</i>	0	0
<i>4 o mas</i>	0	0

<i>N° de Cesáreas</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	73	91,25
<i>1</i>	5	6,25
<i>2</i>	2	2,5
<i>3</i>	0	0
<i>4</i>	0	0
<i>5 o mas</i>	0	0

n = 80

Los antecedentes obstétricos de las 80 entrevistadas fueron los siguientes: el 38.75% eran primigestas y el 48.75% eran nulíparas. El 8.75% de las gestantes habían sido sometidas previamente a cesárea y el 20% había sufrido por lo menos un aborto.

Cuadro N° 3:

**Antecedentes Sexuales de la Población. Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.**

<i>Sexarquia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>12 a 14</i>	15	18,75
<i>15-19</i>	58	72,5
<i>20-24</i>	6	7,5
<i>25-30</i>	1	1,25
	80	100
<i>N° Parejas Sexuales</i>		
<i>una</i>	32	40
<i>2</i>	23	28,75
<i>3</i>	16	20
<i>4</i>	4	5
<i>5 o mas</i>	5	6,25

n=80

En relación a los antecedentes sexuales de las gestantes entrevistadas el 72.5% iniciaron las relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años de edad y el 40% refirió haber tenido un solo compañero sexual.

Cuadro N°4:**Ejercicio de la Función Sexual de las Entrevistadas Durante la Gestación. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.**

<i>Relaciones Sexuales Durante el Embarazo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Si</i>	72	90
<i>No</i>	8	10

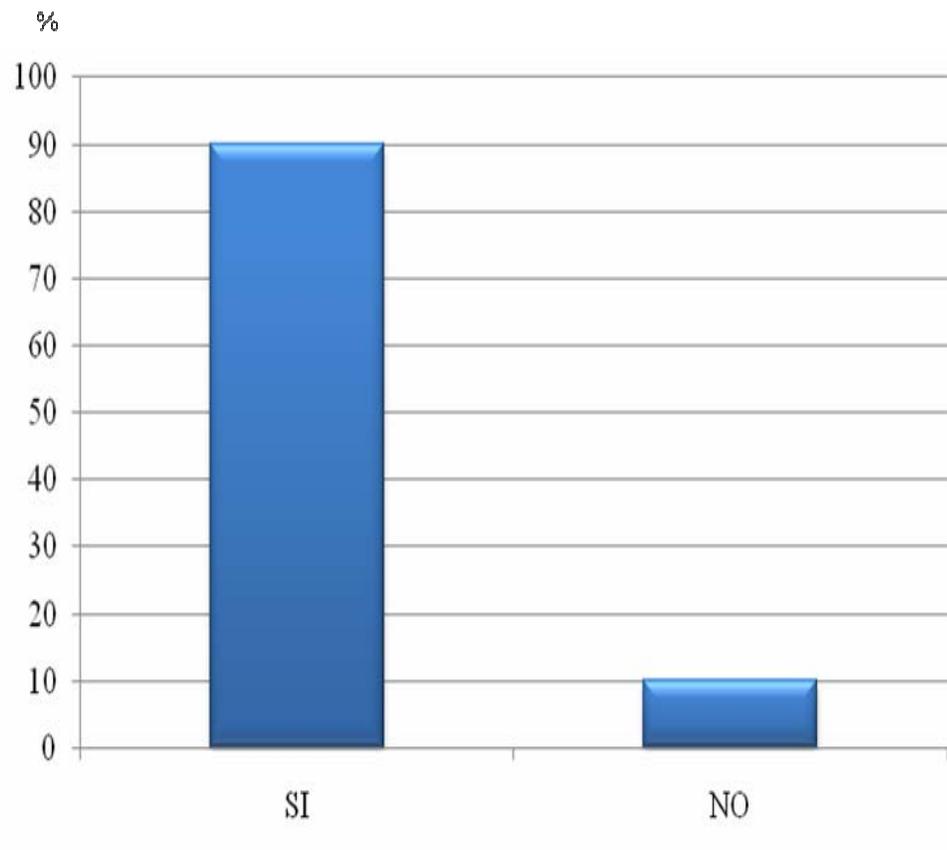
n= 80

El 90% de las entrevistadas manifestó haber tenido relaciones sexuales durante la gestación actual.

Davis encontró en sus investigaciones realizadas en mujeres casadas norteamericanas que un 11.6% de las mismas no habían tenido relaciones sexuales después de cerciorarse de que estaban embarazadas. Un 62% informaron que habían tenido relaciones sexuales durante al menos parte del embarazo, y más de una cuarta parte de las mismas prosiguió realizando el coito durante todo el tiempo de gravidez.

Grafico N°1:

Ejercicio de la Función Sexual de las Entrevistadas Durante la Gestación. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.



Cuadro N°5:

**Frecuencia del Ejercicio de la Función Sexual de las Gestantes Entrevistadas.
Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti.
Anzoátegui 2010.**

<i>Frecuencia Sexual</i>	<i>Alta</i>		<i>Media</i>		<i>Baja</i>		<i>Ninguno</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Antes del Embarazo</i>	42	52.5	25	31.25	13	16.25	0	0
<i>I Trimestre</i>	19	23.75	37	46.25	15	18.75	9	11.25
<i>II Trimestre</i>	12	15	25	31.25	28	35	15	18.75
<i>III Trimestre</i>	10	12.5	17	21.25	24	30	29	36.25

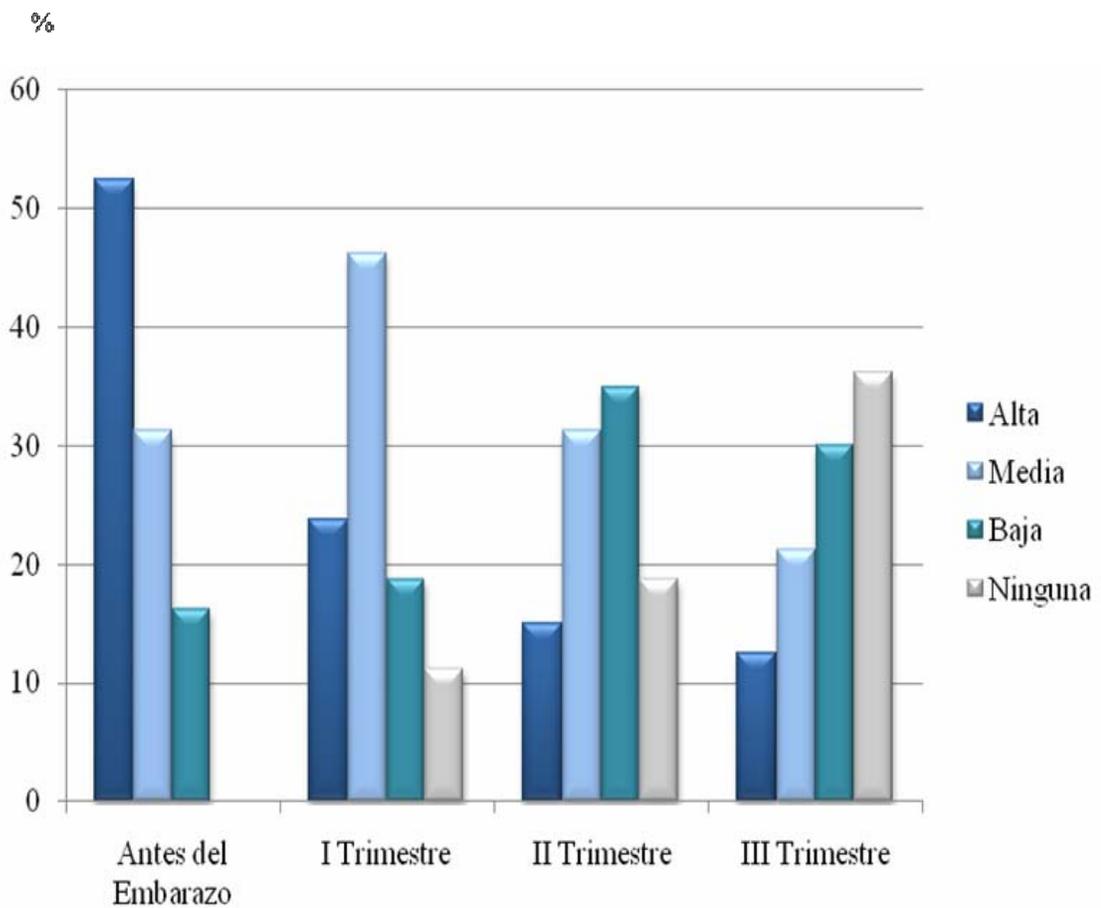
n=80

En relación a la frecuencia sexual de las gestantes, el 52.5% manifestó haber tenido una frecuencia alta antes del embarazo, descendiendo este porcentaje a 23.75% durante el primer trimestre de gestación. Durante el segundo trimestre de gestación la frecuencia sexual del 35% de las entrevistadas fue baja, mientras que el 36.25% de las embarazadas no ejercieron la función sexual durante el último trimestre de la gestación.

Máster y Johnson señalaron que lo usual es que la frecuencia disminuya en el primer trimestre de embarazo, principalmente por miedo al aborto; aumenta en el segundo trimestre, posiblemente por la congestión pélvica; y disminuya levemente en el tercer trimestre por miedo a lastimar al feto o precipitar el parto.

Grafico N°2:

**Frecuencia del Ejercicio de la Función Sexual de las Gestantes Entrevistadas.
Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti.
Anzoátegui 2010.**



Cuadro N° 6:

Nivel de Deseo Sexual de las Gestantes Entrevistadas. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.

<i>Nivel de Deseo Sexual</i>	<i>Alto</i>		<i>Medio</i>		<i>Bajo</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Antes del Embarazo</i>	28	35	30	37.5	22	27.5
<i>I Trimestre</i>	13	16.25	30	37.5	37	46.25
<i>II Trimestre</i>	8	10	25	31.25	47	58.75
<i>III Trimestre</i>	9	11.25	16	20	55	68.75

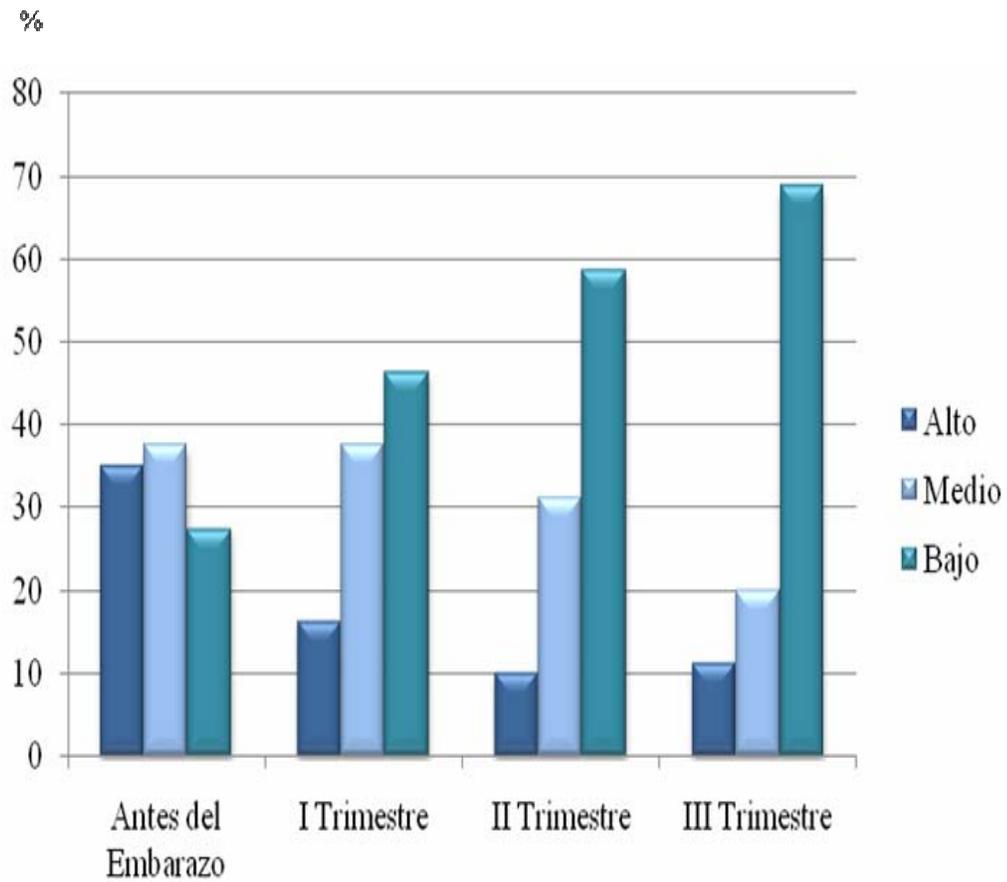
n= 80

En relación al nivel de deseo sexual de las gestantes entrevistadas el 37.5% refirió tener un deseo sexual medio antes del embarazo, manteniéndose un porcentaje similar durante el primer trimestre de embarazo. Durante el segundo y tercer trimestre de embarazo el nivel de deseo sexual fue predominantemente bajo representado por el 58.75% y 68.75% respectivamente.

Máster y Johnson hallaron una disminución de la apetencia sexual durante el primer trimestre, atribuida a las modificaciones corporales causadas por la gravidez. Durante el segundo trimestre encontraron un aumento de la pulsión sexual, manifestado tanto en un aumento de la frecuencia coital como de la acción masturbatoria. Durante el tercer trimestre tuvo de nuevo lugar una clara disminución de la apetencia sexual y de la frecuencia de la actividad sexual al irse aproximando el parto.

Grafico N°3:

Nivel de Deseo Sexual de las Gestantes Entrevistadas. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.



Cuadro N° 7:**Capacidad Para Alcanzar el Orgasmo de las Gestantes Entrevistadas. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.**

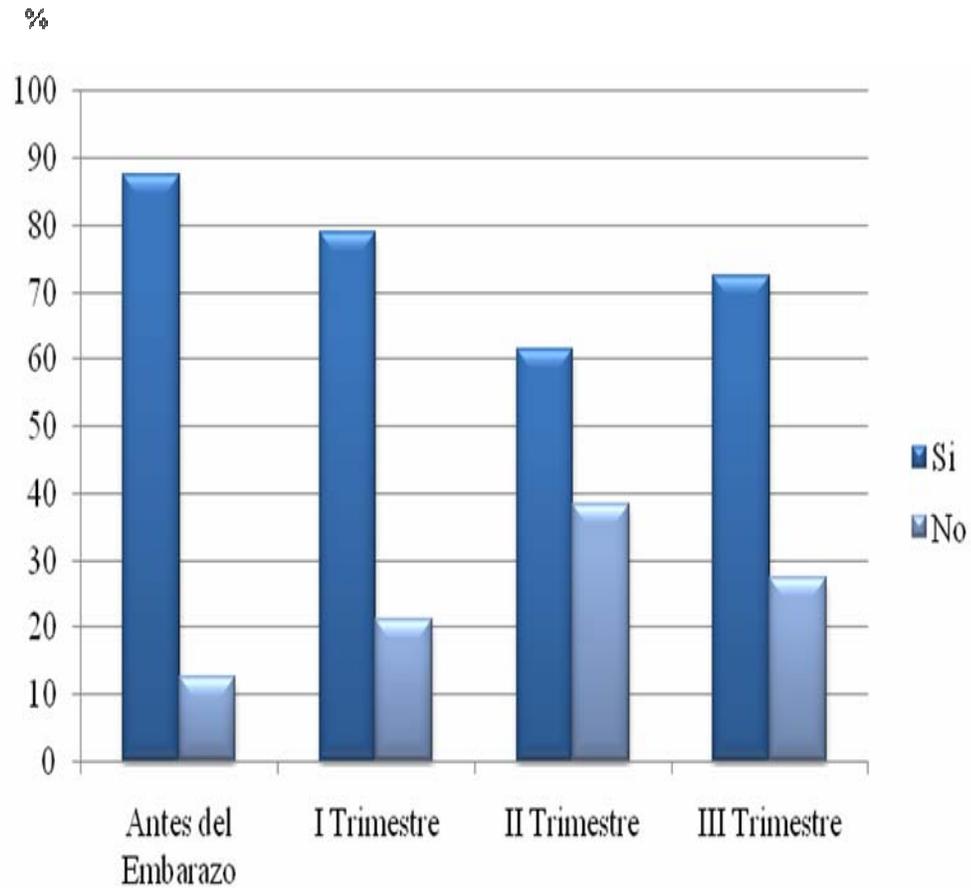
<i>Alcanzaba el Orgasmo</i>	<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Antes del Embarazo</i>	70	87.5	10	12.5	80	100
<i>I Trimestre</i>	56	78.9	15	21.1	71	100
<i>II Trimestre</i>	40	61.53	25	38.5	65	100
<i>III Trimestre</i>	37	72.54	14	27.46	51	100

Solo el 12.5% de las gestantes entrevistadas refirieron ser anorgásmicas antes de la gestación. Durante el primer trimestre de embarazo solo 71 gestantes ejercieron la función sexual, de las cuales únicamente el 78.9% logro alcanzar el orgasmo. En el segundo trimestre de embarazo ejercieron la función sexual 65 gestantes, de las cuales el 38.5% refirió imposibilidad para alcanzar el orgasmo; mientras que durante el tercer trimestre de embarazo únicamente 52 de las gestante entrevistadas ejercieron la función sexual, de las cuales el 71.15% logró alcanzar el orgasmo.

En el año 2001 Sayle y cols. Realizó una encuesta dirigida a 1.853 mujeres embarazadas sobre sus prácticas sexuales. Las mujeres que decían tener relaciones sexuales con orgasmo, tenían más probabilidades de concluir el embarazo con normalidad, que las mujeres que informaron que no habían realizado ninguna actividad sexual hacia final del embarazo. Según los autores una actividad sexual continuada hacia final del embarazo puede ofrecer cierta medida de protección contra el parto prematuro.

Grafico N°4:

Capacidad Para Alcanzar el Orgasmo de las Gestantes Entrevistadas. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.



Cuadro N° 8:**Facilidad Para Alcanzar el Orgasmo de las Gestantes Entrevistadas. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.**

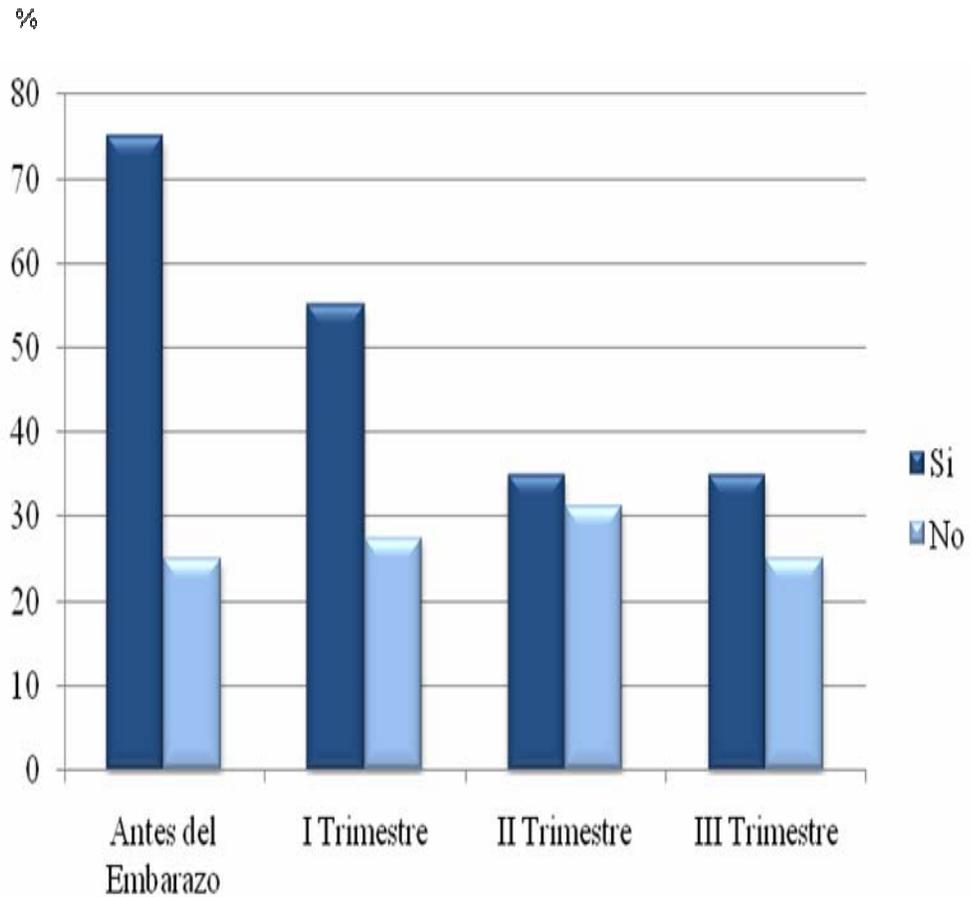
<i>Facilidad Para Alcanzar el Orgasmo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Antes del Embarazo</i>	60	85.71	10	14.29	70	100
<i>I Trimestre</i>	44	78.56	12	21.44	56	100
<i>II Trimestre</i>	27	67.5	13	32.5	40	100
<i>III Trimestre</i>	9	24.32	28	75.67	37	100

En relación a la facilidad para lograr el orgasmo el 85.71% de las gestantes entrevistadas refirió poder alcanzar el orgasmo con facilidad antes del embarazo. En general durante los tres trimestres de gestación el porcentaje de encuestadas que refirió mayor dificultad para alcanzar el orgasmo en comparación con el periodo previo al embarazo fue en aumento reportándose un 21.44%, 32.5% y 75.67% respectivamente para cada trimestre de embarazo.

Estudios realizados en Venezuela por Navarro y cols. En 1994 que sobre sexualidad durante el embarazo, revelaron que alrededor del 21 % de las gestantes obtienen el orgasmo con más facilidad; un 30.3% no percibe ningún cambio; el 31.3% se le hace difícil llegar a él, y el 17.3% como promedio no llega a tener orgasmo durante la gestación.

Grafico N° 5:

Facilidad Para Alcanzar el Orgasmo de las Gestantes Entrevistadas. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.



Cuadro N° 9:**Patrón del Ciclo Sexual de las Gestantes Entrevistadas.**

**Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti.
Anzoátegui 2010.**

<i>Tipo de orgasmo</i>		<i>Antes del Embarazo</i>	<i>I Trimestre</i>	<i>II Trimestre</i>	<i>III Trimestre</i>
<i>Monorgasmico</i>	<i>N°</i>	56	47	28	26
	<i>%</i>	70	66,20	43,07	50,99
<i>Poliorgasmico</i>	<i>N°</i>	14	9	10	10
	<i>%</i>	17,5	12,70	15,38	19,60
<i>Multiorgasmico</i>	<i>N°</i>	0	0	2	1
	<i>%</i>	0	0	3,07	1,96
<i>Ninguno</i>	<i>N°</i>	10	15	25	14
	<i>%</i>	12,5	21,12	38,50	27,45
<i>Total</i>	<i>N°</i>	80	71	65	51
	<i>%</i>	100	100	100	100

En cuanto al patrón del ciclo sexual de las encuestadas antes del embarazo, este fue predominantemente monorgásmico representando el 70% de los casos y presentándose un patrón

anorgásmico solo en 12.5%. Durante el primer trimestre de embarazo hubo un aumento de frecuencia del patrón anorgasmico alcanzando el 21.12%, sin embargo predomino el patrón monorgásmico con un 66.20%. En el segundo trimestre de gestación continuo el aumento de frecuencia de presentación del patrón anorgasmico, representando el 38.50%, e igualmente los patrones poliorgasmico y multiorgasmico se incrementaron representando el 15.38% y 3.07% respectivamente. En el tercer trimestre de gestación el patrón poliorgasmico represento el 19.60% sufriendo un aumento con respecto al trimestre anterior; los patrones anorgasmico y monorgasmico disminuyeron de frecuencia, sin embargo este ultimo continuo siendo el más frecuente durante el tercer trimestre de gestación representando el 50.99% de los casos.

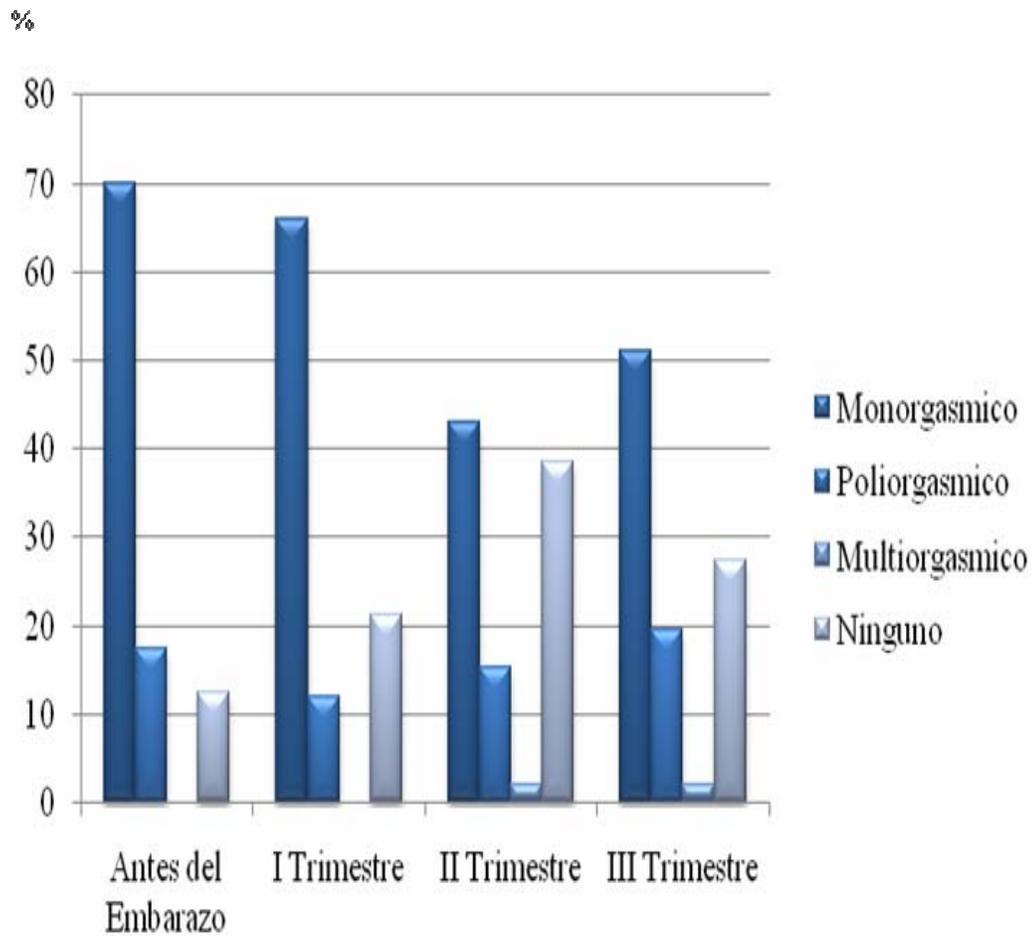
Estudios realizados por Máster y Johnson reportaron orgasmos en mujeres previamente anorgásmicas durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas

Grafico N°6:

Patrón del Ciclo Sexual de las Gestantes Entrevistadas.

Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti.

Anzoátegui 2010.



Cuadro N° 10:

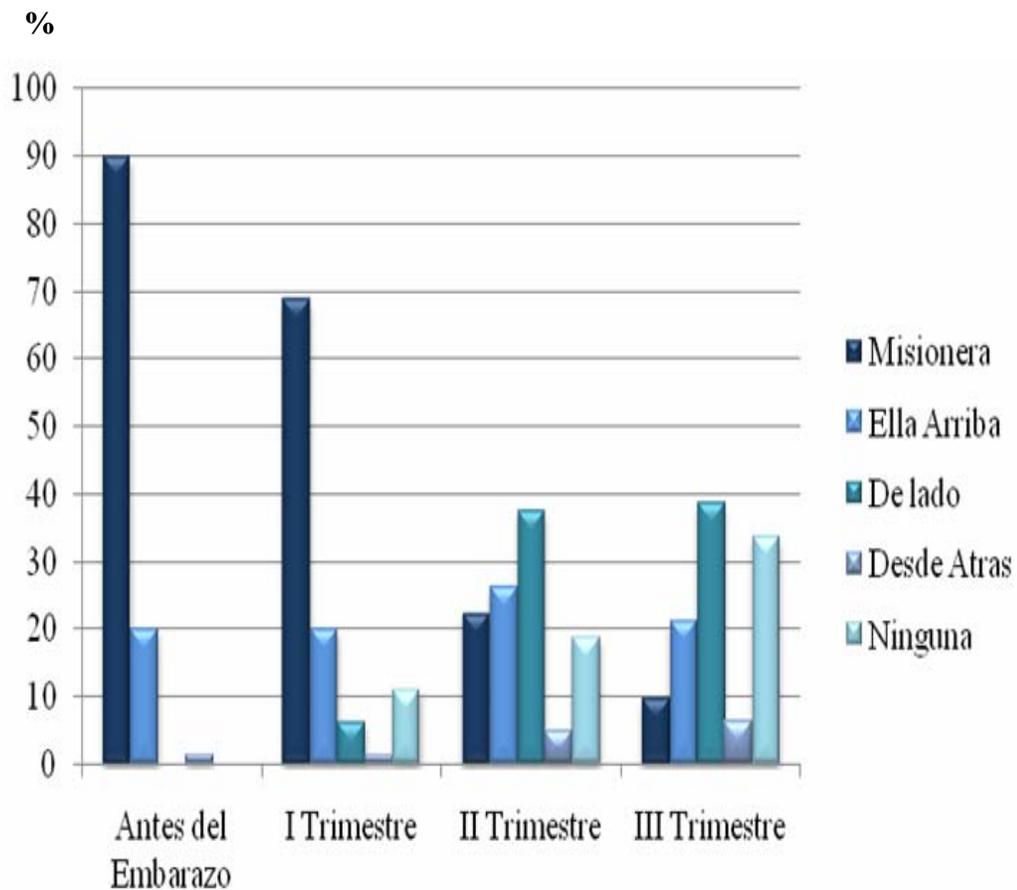
Frecuencia de Posiciones Sexuales Empleadas por las Gestantes Entrevistadas Durante Cada Trimestre de Embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.

<i>Posición Sexual</i>	<i>Misionera</i>		<i>Ella Arriba</i>		<i>De lado</i>		<i>Desde atrás</i>		<i>Ninguna</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Antes del Embarazo</i>	72	90	16	20	0	0	1	1.25	0	0
<i>I Trimestre</i>	55	68.75	16	20	5	6.25	1	1.25	9	11.25
<i>II Trimestre</i>	18	22.5	21	26.25	30	37.5	4	5	15	18.75
<i>III Trimestre</i>	5	6.25	17	21.25	31	38.75	8	10	27	33.75

La posición sexual empleada con más frecuencia por las entrevistadas antes del embarazo y durante el primer trimestre de gestación fue la llamada posición misionera en el 90% y 68.75% de los casos respectivamente. Durante el segundo trimestre predominó el empleo de la posición de lado con un 37.5%, seguida de la posición “ella sobre él” siendo ésta empleada por el 26.25% de las parejas. En el tercer trimestre de gestación la posición más frecuentemente utilizada fue la de lado con un 38.75% y la menos utilizada fue la posición misionera representando solo el 6.25% de los casos.

Grafico N°7:

Frecuencia de Posiciones Sexuales Empleadas por las Gestantes Entrevistadas Durante Cada Trimestre de Embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.



Cuadro N° 11:

Miedos y Mitos Conocidos por las Gestantes Entrevistadas Sobre el Ejercicio de la Función Sexual Durante el Embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.

<i>Miedo a Ejercer la Función Sexual</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Si</i>	51	63,75
<i>No</i>	29	36,25
<i>Mitos Conocidos</i>		
<i>Es Bueno</i>	34	42,5
<i>Aborto/Parto pretérmino</i>	24	30
<i>Deformidades</i>	9	11,25
<i>Ninguno</i>	21	26,25

n=80

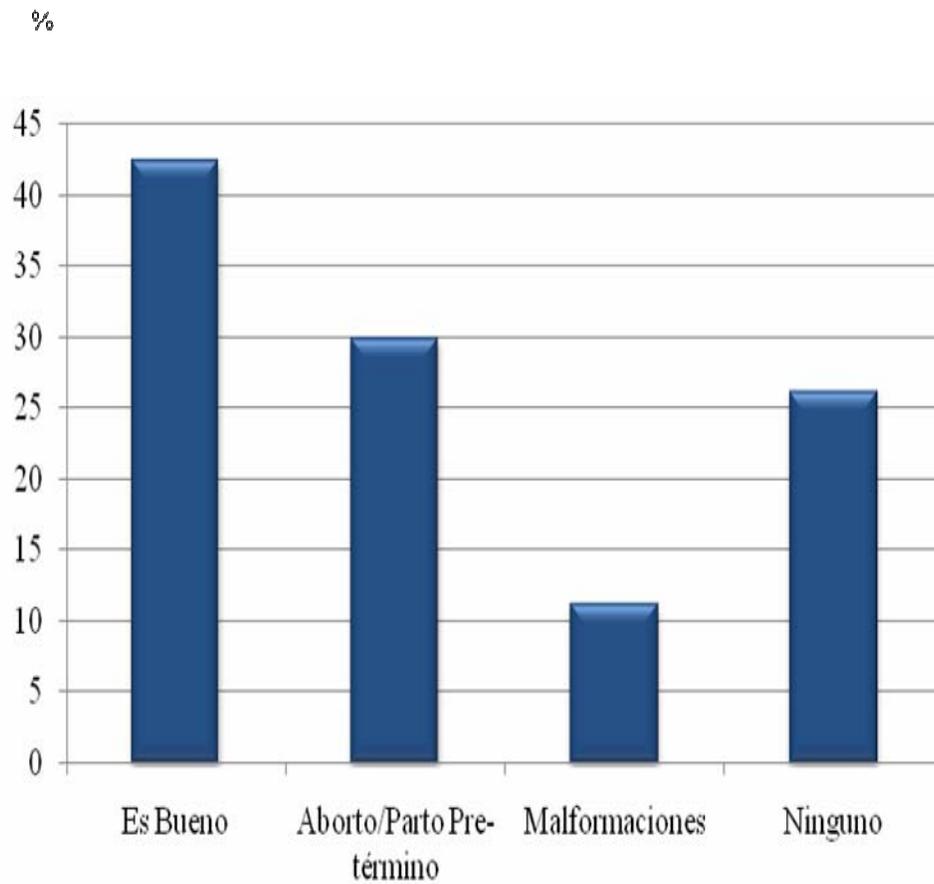
63.75% de las gestantes manifestó sentir miedo de ejercer la función sexual durante el embarazo. El 26.25% de las gestantes entrevistadas refirieron no conocer ningún mito referente al ejercicio de la función sexual durante el embarazo. El 42.5% refirió la actividad sexual como favorable para la gestación, mientras que el 41.25% refirió conocer mitos referentes a posibles abortos, partos preterminos o deformidades causados por el ejercicio de la función sexual durante la gestación.

Estudios antropológicos demuestran prácticas muy dispares, desde varias tribus que restringen la actividad sexual por temor a que el esperma ciegue o hiera al embrión, hasta otras

civilizaciones (los chukchees y los azandas), que las fomentan porque imaginan al embrión como algo líquido que debe ser solidificado y nutrido por el esperma. Otros pueblos primitivos creían que el coito continuado después de la concepción era esencial para mantener el embrión, creían que el semen servía para nutrir al feto en desarrollo; sin embargo, la mayoría de ellos prohibía al acto sexual durante el último mes de gestación sobre la base de que podría matar al niño o causar parto prematuro.

Grafico N° 8:

Mitos Conocidos por las Gestantes Entrevistadas Sobre el Ejercicio de la Función Sexual Durante el Embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Anzoátegui 2010.



DISCUSIÓN

La mayor parte de la descripción de la respuesta sexual fisiológica en el embarazo se basa sobre lo publicado por Máster y Johnson de 1966. Según lo cual, durante el primer trimestre de embarazo tiene lugar una intensa vascularización de los órganos pélvicos lo cual produce cambios en la plataforma sexual y aumento de lubricación vaginal; lo que intensifica la frecuencia y respuesta sexual de la mujer, logrando inclusive que muchas mujeres alcanzaran el orgasmo por primera vez gestando. En relación al nivel de deseo sexual de las gestantes, los investigadores describieron una disminución de la apetencia sexual durante el primer trimestre, atribuidas a las modificaciones corporales surgidas a causa de la gravidez. Durante el segundo y en menor proporción durante el tercer trimestre encontraron un aumento de la pulsión sexual, manifestada en un incremento de la actividad tanto coital como masturbatoria, aumento de las fantasías y sueños de contenido sexual.

Contrario a los hallazgos de estos insignes investigadores en el campo de la sexualidad humana, esta investigación arroja datos sobre el impacto negativo de la gestación sobre la sexualidad femenina, manifestándose como un drástico descenso de la frecuencia sexual a medida que evoluciona el embarazo, pasando de un 52.5% de frecuencia alta a un 36.25% de gestantes que dejaron de ejercer la función sexual durante el tercer trimestre. De igual manera el nivel de deseo sexual de las pacientes se vio negativamente afectado al pasar de un 37.5% de gestantes con un deseo sexual medio antes del embarazo a un 70% de gestantes con nivel de deseo sexual bajo.

En relación a la capacidad orgásmica de las encuestadas, este aspecto también se vio afectado ya que antes del embarazo solo el 12.5% manifestó incapacidad para tener orgasmo, mientras que para el tercer trimestre este porcentaje se incremento a un 27.46%. Sin embargo el 75.67% de las gestantes que ejercieron la función sexual durante el tercer trimestre y tuvieron orgasmo, refirieron mayor dificultad para lograrlo en comparación con el periodo previo al embarazo.

Resulta importante destacar que la sexualidad humana está influenciada por factores culturales, educativos, socioeconómicos y en muchas ocasiones el miedo y la desinformación

pueden provocar todas estas variaciones en los patrones de respuesta sexual en las gestantes estudiadas, ya que el 63.75% manifestó sentir miedo a ejercer la función sexual durante el embarazo, principalmente fundamentados en mitos populares relacionados a malformaciones congénitas, abortos o partos prematuros precipitados por la actividad sexual durante el embarazo. Igualmente el desconocimiento de técnicas y posiciones sexuales cómodas o apropiadas que pudiesen ser empleadas durante la gestación pudiesen influir en el decremento de la frecuencia sexual de las gestantes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados de esta investigación confirman el hecho del gran impacto que ejerce la gestación sobre la sexualidad de la mujer y la dinámica sexual de la pareja. En relación al nivel de deseo sexual y frecuencia de actividad sexual de las gestantes se evidencio un progresivo deterioro en ambos aspectos a medida que progreso el embarazo. De igual manera ocurrió un deterioro de la función orgásmica, ya que antes del embarazo se presento un ciclo de respuesta sexual monorgásmico en la mayoría de las entrevistadas, mientras que para el tercer trimestre de embarazo el patrón de respuesta sexual fue anorgásmico en su mayoría.

Todos estos factores evaluados expresan un profundo deterioro de la sexualidad femenina durante la gestación, en el cual pudiese estar influenciado por el malestar físico de la gestante, la sensación de pérdida del atractivo, el temor por el bienestar fetal, factores educacionales, culturales, religiosos y hasta aquellos dependientes de las experiencias personales y prejuicios, motivo por el cual se recomienda institucionalizar el servicio de educación y terapia sexual en las escuelas y en los centros de salud tanto públicos como privados, especialmente en el área de consulta prenatal, en la cual se le permita a la gestante y a su pareja plantear sus dudas e inquietudes que permitan desarraigar miedos, tabúes y mitos que puedan interferir con el satisfactorio desenvolvimiento de la sexualidad de la pareja durante la gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLER, J. y G. PAGES. (2000): **Obstetricia Moderna. 3º Edición.** McGraw-Hill Interamericana de Venezuela. 95-101.
- BAJO J.M. y Col. (2007): **Fundamentos de Obstetricia (SEGO).** Madrid, España. 100-104
- BERMAN, J. y L. BERMAN. (2002): **Solo para Mujeres.** Editorial Planeta. (Citado en Noviembre 2009). Disponible en línea: <http://www.mundomujer.cl/pags/Sexologia/HistoriaSexI.htm>
- BIANCO, F. y J. ARAGON. (1996): **La Sexología: Una Ciencia Independiente.** Revista Sexología; 9: 89-90.
- CIPPSV (Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela). (1992): **Embarazo y Función Sexual: resumen de discusiones clínicas.** Caracas. Editorial CIPPSV.
- DESSLER, G. (2001): **Administración de Personal 8º Edición.** México: Pearson Education S.A; 216-221.
- EICHER, W. (1978): **Sexualidad normal y patológica de la mujer.** Madrid, España: Ediciones Morata, S.A; 68-69.
- GELIS, J. (1991): **History of Childbirth: fertility, pregnancy and birth in early modern Europe.** Boston: Northeastern University Press.
- GONZALEZ, I. y E. MIYAR. (2001): **Sexualidad femenina durante la gestación.** Revista Cubana de Medicina General Integral. 17 (5): 497-501.
- McCARY J.L. y S.P. McCARY. (1983): **Sexualidad Humana de McCary.** México: Editorial Manual Moderno S.A; 93-95.

- MENDEZ, C. (2000): **Metodología 2º Edición**. Colombia: McGraww-Hill Interamericana S.A; 125-126.
- MUNTANE, M.D. (2005): **Desencuentro Emocional, Sexualidad en la Pareja Actual**. Barcelona, España: Editorial Amat; 71-72.
- WEITEN, W. (2008): **Psicología Temas y Variaciones 6º Edición**. Mexico, D.F.: Cengage Learning Editores S.A, 400-401.

APÉNDICE

Apendice 1: Instrumento de recoleccion de datos

COD	Fecha	Edad	Estudio Del Comportamiento De La Función Sexual De La Mujer Embarazada		
Antecedentes:			Escolaridad	Educ. Sexual	
Gestas: __ Paras __ Abortos: __ Cesáreas: __		Sexarquia __ Parejas sexuales ____	Primaria __ Secundaria __ Universitaria __ Ninguna __	Escuela __ Casa __ Pares __ Otros __	
FRECUENCIA – DESEO SEXUAL					
Mantuvo relaciones sexuales durante el embarazo SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			Disminuyó el interes sexual por tu pareja SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> CAUSA: _____		
Frecuencia de relación sexual			Apetito sexual		
	A	M	B	N	
AE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IIIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL					
Alcanzaba el orgasmo		Tipo de orgasmo		Posición durante el acto sexual	
	SI	NO	Mon.	Pol.	Mul.
AE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IIIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IIIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaba fácil alcanzar orgasmo		Dolor o molestia durante el acto sexual		Miedo durante la relación sexual	
	SI	NO	SI	NO	<input type="radio"/>
AE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IIIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IIIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Causa _____					
MITOS Y FALACIAS CONOCIDOS					

Leyenda: AE: Antes del embarazo. IT: 1er trimestre. IIT: 2do trimestre. IIIT: 3er trimestre. A: Alta. M: Media. B: Baja. N: Ninguno.					

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Contreras Tovar Iris Caruay Andrea	CVLAC: V-18.493.025 E MAIL: iriscontreras_104@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Embarazo

Deseo Sexual

Frecuencia sexual

Función sexual

Orgasmo

Mitos

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Ciencias de la Salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

Se trata de un estudio, realizado con la finalidad de identificar el comportamiento de la función sexual de las gestantes que acuden a la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, mediante la realización de una entrevista dirigida a 80 pacientes cursantes del III trimestre de gestación con embarazos normales. El 90% de las gestantes refirieron ejercer la función sexual durante el embarazo. Antes de su embarazo las pacientes manifestaron tener una frecuencia sexual alta (52,5%); un deseo sexual medio (37,5%) y un patrón del ciclo sexual monorgasmico (70%). Durante el embarazo la frecuencia sexual disminuyó. El nivel de deseo sexual fue bajo a lo largo de los tres trimestres de gestación y el patrón del ciclo sexual fue monorgasmico (50,99%). Se determinó que el embarazo modifica la conducta sexual de las mujeres, altera el deseo sexual y hace más difícil la obtención del orgasmo en la medida que avanza el estado gestacional.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
SCOPE BYER, LINDA	ROL	CA x	AS	TU	JU
	CVLAC:	7.235.854			
	E_MAIL	lindasder@hotmail.com			
	E_MAIL				
ÑÁÑEZ, MANUEL	ROL	CA	AS x	TU	JU
	CVLAC:	5.486.231			
	E_MAIL	mnanez@hotmail.com			
	E_MAIL				
HADDAD, JOSE	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	4.356.782			
	E_MAIL	jhaddad@hotmail.com			
	E_MAIL				
ALVAREZ, JUAN CARLOS	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	6.304.289			
	E_MAIL	jc_alvarez@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	10	19
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. Estudio función sexual.com	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M N
O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z. 0 1 2 3 4
5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

MEDICO CIRUJANO _____

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

PREGRADO _____

ÁREA DE ESTUDIO:

SEXOLOGIA MEDICA _____

INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE NUCLEO ANZOATEGUI _____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado "Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario"

Iris Contreras

AUTOR

Linda Scope

TUTOR

Manuel Ñañez

JURADO

Jose Haddad

JURADO

Juan Alvarez

JURADO

Rosibel Villegas

POR LA SUBCOMISION DE TESIS