

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CONDUCTA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL  
TIEMPO DE GESTACIÓN**

**YESICA LORENA LÓPEZ Y LÓPEZ**

**Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de postgrados de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Medicina con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Septiembre 2015**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Yesica Lorena López y López

Carné Universitario No.: 100021237

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "CONDUCTA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL TIEMPO DE GESTACIÓN"

Que fue asesorado: Dr. Jesen Avishai Hernández Si MSc.

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2015.

Guatemala, 18 de agosto de 2015

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



Quetzaltenango 4 de Marzo de 2015

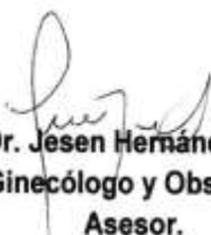
Doctor.  
Julio Fuentes.  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Hospital Regional de Occidente  
Presente

Estimado Doctor:

Por este medio me dirijo a usted para informarle que asesoré y revisé el trabajo de Tesis para maestría en Medicina con especialidad en Ginecología y Obstetricia titulado "**Conducta sexual y su influencia con el tiempo de gestación, pacientes del Hospital Regional de Occidente 2012**". Realizado por la Dra. Yesica Lorena López y López con carnet 100021237.

Para su trámite correspondiente me permito emitir **DICTAMEN FAVORABLE**.

**ATENTAMENTE,**

  
**Dr. Jesen Hernández Si**  
**Ginecólogo y Obstetra.**  
**Asesor.**

*Dr. Jesen A. Hernández*  
Médico GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
Céd. 9594



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
QUETZALTENANGO**

Oficio No. 26-2015 REF/dszv  
Quetzaltenango 04 de Marzo de 2015

**Doctor  
Jesen Hernández Si  
Docente responsable  
Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Edificio**

Respetable Dr. Hernández:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: "CONDUCTA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL TIEMPO DE GESTACIÓN, PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, 2,012" a cargo de la **Dra. Yesica Lorena López y López**, mismo que he aprobado previo a Optar el Grado de Maestra en Ciencias Medicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Medicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

***"Id y Enseñad a Todos"***

  
**DR. JULIO FUENTES MERIDA MSc.  
REVISOR DE TESIS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Por darme la vida, por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida profesional, por haberme dado sabiduría para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A MIS PADRES:**

Por su apoyo firme y constante durante estos años, por creer y confiar siempre en mí, apoyándome en todas las decisiones que he tomado en mi vida, no tengo palabras para agradecer todo lo que me han dado.

### **A MIS HERMANOS:**

Por su apoyo incondicional el cual valoro mucho y por la unión que siempre nos ha caracterizado.

### **A MIS ABUELOS, TIOS, CUÑADOS Y SOBRINOS:**

Gracias por su cariño.

### **A MI NOVIO:**

Por su comprensión amor y cariño.

### **A MIS ASESORES Y REVISOR:**

Dr. Jesen Hernández, Dr. Margarito Castro y Dr. Julio Fuentes.

Gracias por su apoyo, consejos y colaboración en la asesoría y revisión del presente trabajo.

### **A LA DISTINGUIDA Y TRICENTENARIA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA:**

En especial a la Facultad de Ciencias Médicas.

### **A MIS AMIGOS:**

Por su valiosa amistad cariño y apoyo.

A todas las personas que tuve la oportunidad de conocer durante estos años, solo puedo decirles gracias por formar parte de mi vida

## INDICE DE CONTENIDOS

### RESUMEN

<b>I INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II ANTECEDENTES</b> .....	3
2.1 Estudios realizados.....	3
2.2 Contexto del Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”.....	3
2.3 Demografía de Quetzaltenango.....	4
2.4 Ciclo sexual.....	5
2.5 Edad, escolaridad e inicio de vida sexual en Guatemala.....	6
2.6 Sexualidad en los indígenas en Guatemala.....	7
2.7 Sexología y religión.....	8
2.8 Sexualidad femenina durante la gestación.....	9
2.9 Vida sexual durante el embarazo.....	14
2.9.1 Nuevos hallazgos de la sexualidad en el embarazo.....	15
Beneficios para el niño, la madre y el parto	
2.9.2 Ventajas de la vida sexual durante el embarazo.....	17
2.9.3 Posiciones sexuales.....	18
2.9.4 Situaciones que impiden el coito.....	19
2.9.5 El varón y el embarazo.....	20
<b>III OBJETIVOS</b>	
3.1 Generales.....	21
3.2 Específicos.....	21
<b>IV MATERIAL Y METODOS</b>	
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Población.....	22
4.3 Criterios de Inclusión.....	22
4.5 Criterios de Exclusión.....	22
4.6 Ética Médica.....	23
4.7 Método.....	23
4.8 Operativización de las variables.....	24
<b>V RESULTADOS</b>	
5.1 Grafica No.1.....	26

5.2 Grafica No.2.....	26
5.3 Grafica No.3.....	27
5.4 Grafica No.4.....	27
5.5 Grafica No.5.....	28
5.6 Grafica No.6.....	28
5.7 Grafica No.7.....	29
5.8 Grafica No.8.....	29
5.9 Grafica No.9.....	30
5.9.1 Grafica No.10.....	30
5.9.2 Grafica No.11.....	31
5.9.3 Grafica No.12.....	31
5.9.4 Grafica No.13.....	32
5.9.5 Grafica No.14.....	32
5.9.6 Grafica No.15.....	33
<b>VI ANALISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
6.1 Conclusiones.....	38
6.2 Recomendaciones.....	39
<b>VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>40</b>
<b>VIII ANEXOS.....</b>	<b>42</b>

## INDICE DE GRÁFICAS

Grafica No. 1.....	26
Grafica No. 2.....	26
Grafica No. 3.....	27
Grafica No. 4.....	27
Grafica No. 5.....	28
Grafica No. 6.....	28
Grafica No. 7.....	29
Grafica No. 8.....	29
Grafica No. 9.....	30
Grafica No. 10.....	30
Grafica No. 11.....	31
Grafica No. 12.....	31
Grafica No. 13.....	32
Grafica No. 14.....	32
Grafica No. 15.....	33

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de ciencias medicas  
Escuela de estudios de Postgrado  
Maestría en Medicina con especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Hospital Regional De Occidente.

## RESUMEN

### CONDUCTA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL TIEMPO DE GESTACIÓN, PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, 2,012

**Autora:** Yesica Lorena López y López

**PALABRAS CLAVES:** sexualidad, conducta, gestación

**Objetivos:** Determinar la conducta sexual y su influencia con el tiempo de gestación, en pacientes embarazadas que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios".

**Diseño del estudio:** Descriptivo – prospectivo

**Población de estudio:** Mujeres embarazadas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Regional de Occidente, durante el año 2,012.

La población estuvo constituida por 775 pacientes que acudieron a la Consulta externa del Hospital Regional de Occidente durante el año 2,012 a quienes se les aplicó una encuesta integrada por 24 preguntas.

Como resultado de la investigación realizada, se evidencio que la conducta sexual durante la gestación, se vio influenciada negativamente por el embarazo, sobre todo por el trimestre de la gestación. Las relaciones sexuales fueron menos frecuentes conforme avanzó el periodo de la gestación, encontrando que únicamente el 1% de las pacientes refirieron tener relaciones sexuales durante el tercer trimestre.

Se encontró que el rango de edad del 63% (488) de las pacientes entrevistadas se encuentra entre 20 y 35 y un 25% (195) de las pacientes son adolescentes. De la escolaridad de las pacientes el 47% (365) únicamente curso el nivel primario. El 53% (412) de pacientes refirió ser católica y el grupo étnico al que pertenecía el 63% (488) de pacientes fue indígena. El 69% (533) pacientes cree que tener relaciones sexuales durante el embarazo no es correcto. El principal temor de las pacientes al tener relaciones sexuales fue la ruptura de membranas indicándolo el 20% (154). Llama fuertemente la atención que del total de pacientes entrevistadas únicamente el 5% (39) refirieron que durante el control prenatal se les había hablado sobre sexualidad.

San of Carlos of Guatemala  
Faculty of Medical Sciences  
Postgraduate degree studies  
Master of Medicine with specialization in Gynecology and Obstetrics  
Regional Hospital West.

#### **ABSTRACT**

### **SEXUAL BEHAVIOR AND ITS INFLUENCE OF PREGNANCY IN TIME, THE REGIONAL HOSPITAL PATIENTS OF THE WEST, 2,012**

Author: Yesica Lorena Lopez y Lopez

**KEYWORDS:** sexuality, behavior, pregnancy

**Objetives:** To determine the sexual behavior and its influence over time of pregnancy, in pregnant patients attending the outpatient clinic of the Regional Hospital of the West "San Juan de Dios".

**Study design:** Descriptive - prospective

**Study population:** Pregnant women who attending the Outpatient West Regional Hospital during the year 2,012.

The population consisted of 775 patients attending the outpatient services of the Regional Hospital of the West during the year 2,012 who were given a survey consisting of 24 questions.

As a result of research conducted was evident that sexual behavior during pregnancy was negatively influenced by pregnancy, especially for the trimester. Sexual relations were less frequent as advanced gestation period, finding that only 1% of the patients reported having sex during the third quarter.

It was found that the age range of 63% (488) of the interviewed patients is between 20 and 35 and 25% (195) of the patients are adolescents. Schooling of the patients, 47% (365) only during the primary level. 53% (412) of patients reported being Catholic and ethnic group they belonged to 63% (488) of patients was indigenous. 69% (533) patients believed to have sex during pregnancy is not correct. The main fear of patients during sex was rupture of membranes by indicating 20% (154). Strongly noteworthy that of all patients interviewed only 5% (39) reported that during antenatal care had spoken to them about sexuality.

## I. INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud sexual como "la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad", y para que la salud sexual se alcance es necesario que los derechos sexuales de las personas como el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual se reconozcan y se garanticen.

Una interrogante que algunos profesionales en la Medicina se plantean es: Que sucede con la vida sexual de las parejas durante el periodo de gestación? Existen estudios realizados en países extranjeros, pero no existía ninguno realizado en nuestra población. Resulto interesante conocer la realidad de las mujeres Guatemaltecas con respecto a este tema que durante muchos años fue considerado como un tema innombrable. En los últimos años esto se ha ido superando, los tabúes se han ido esclareciendo.

Se realizó el presente trabajo de investigación, contando con el apoyo de especialistas en este tema. Para su realización, se entrevistó a 775 pacientes que acudieron a control prenatal a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente durante el año 2,012.

Se encontró que el 63% (488) del total de la población estudiada, se sitúa entre los 20 y 35 años de edad. Es importante resaltar que un 25% (195) de las pacientes incluidas son adolescentes menores de 19 años, edad que por lo regular, no se ha adquirido una completa madurez emocional. Con respecto a la escolaridad de las pacientes, se encontró que únicamente el 47% (365) de las embarazadas cursó el nivel primario. Entre menos acceso a la educación en general, menor es la posibilidad de una educación sexual.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 53% (412) de pacientes refirió ser católica y el grupo étnico al que pertenecen en un 63% (488) es indígena. Se evidencio que el 69% (533) pacientes cree que la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo no es correcto, mientras que únicamente el 31% (242) cree que la práctica de las relaciones sexuales si es correcto. Estos resultados confirman la influencia negativa que tienen las creencias, prejuicios o la ignorancia sobre la sexualidad durante el embarazo, así como la poca información sobre sexualidad saludable durante la gestación.

Conforme avanzó el periodo de gestación, disminuyó el número de relaciones sexuales y de acuerdo a los resultados obtenidos únicamente el 1% (7) de las pacientes refirieron sostener relaciones sexuales durante el tercer trimestre. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios realizados en otros países, en los que se ha demostrado que la disminución del deseo sexual, la actividad y la satisfacción general, se produce en la medida que la gestación avanza hacia el parto, en muchos casos, esto es debido a la sensación de miedo que la mujer experimenta de dañar al feto (Walbroehl, 1984).

Se encontró que el principal temor de las pacientes al practicar las relaciones sexuales, es la ruptura de membranas, referidas por el 20% (154), mientras que para el 19% (145), el principal temor fue aborto o parto prematuro. Este dato contrasta con lo referido en la evidencia científica, en donde se ha demostrado que practicar relaciones sexuales durante el embarazo es seguro y recomendable, siempre que no haya contraindicaciones.

La realización de la presente investigación dejó conclusiones validas que pueden ser transmitidas tanto al personal Médico como a la población en edad fértil y lograr de esta forma que el embarazo, como también la sexualidad, puedan convertirse en una parte de la vida llena de gozo y satisfacción.

## **II. ANTECEDENTES**

### **2.1 ESTUDIOS REALIZADOS**

Existen estudios realizados en países extranjeros, pero ninguno realizado en la población Guatemalteca. La primera investigación científica sobre la sexualidad de la mujer embarazada la realizaron Masters y Johnson en 1966. La importancia de este trabajo no se debió tan solo a los datos que aportaron sino que supuso el reconocimiento objetivo de que las relaciones sexuales durante ese período son normales, legítimas y dignas de ser estudiadas. Algunos estudios hechos en países extranjeros han demostrado que la disminución del deseo sexual, la actividad y la satisfacción general, se produce cuando el estado de gestación avanza hacia el parto, en muchos casos debido al miedo de la mujer de dañar al feto (Walbroehl, 1984). Existe el mito de que las mujeres no sienten deseos sexuales durante el embarazo, sin embargo, está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación. Otros trabajos en el campo han demostrado que las mujeres se sienten más atractivas, al final del embarazo (Reamy, Blanco, Daniell y Le Vines).

En Guatemala la mayoría de estudios sobre sexualidad están relacionados a temas como: ITS, Educación sexual en Adolescentes, Métodos de Planificación Familiar y otros que de alguna manera, han venido a identificar cuáles son los grupos de riesgo, y cómo la sexualidad está vinculada al peligro y a la muerte.

### **2.2 CONTEXTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”**

Fundado en 1,840 y ubicado actualmente en la 0 Calle 36-40 zona 8, Labor San Isidro, -Quetzaltenango, Guatemala

“En 1840, un grupo de vecinos quezaltecos y religiosos inició las gestiones para su fundación, en 1843 se le dio el nombre de Hospital General “San Juan de Dios”. Se ubicaba donde hoy se encuentra la sede de la Policía y el Hogar San Vicente de Paul, en la 14 avenida y calle Rodolfo Robles, de la zona 1. “Fue absorbido por el Estado en 1945. Al crecer su prestigio y número de pacientes se hizo necesaria la construcción de un nuevo edificio. Éste se finalizó en 1978, en la Labor San Isidro, zona 8 de Xela; sin embargo, quedaría abandonado por casi dos décadas. El traslado se realizó el 12 de marzo en 1996

por problemas técnicos y falta de equipo en las antiguas instalaciones, ya con el nombre de Hospital Regional de Occidente.

El Hospital Regional de Occidente se ubica en el nivel tres de atención, según la Clasificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es uno de los 43 hospitales que existen a nivel nacional. Es uno de los 13 hospitales que tienen la categoría de Regional en Guatemala. Atiende diversas especialidades médicas, en Emergencia, Consulta Externa y Encamamiento. Es un centro de referencia para pacientes del Suroccidente del país. Se convirtió en hospital escuela que incluye postgrados. Dentro de los servicios y especialidades con que cuenta se pueden mencionar:

MEDICINA INTERNA

PEDIATRIA

CIRUGIA

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

RADIOLOGIA

CONSULTA EXTERNA

ODONTOLOGIA

TERAPIA FISICA Y REHABILITACION

PSICOLOGIA

EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Dentro de los servicios que ofrece el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "San Juan de Dios se encuentra el brindar Control Prenatal a todas las pacientes que acuden a consulta externa, se estima que en promedios se atiende aproximadamente 600 consultas al mes de pacientes embarazadas que acuden a control prenatal"<sup>1</sup>

### **2.3 DEMOGRAFÍA DE QUETZALTENANGO**

El departamento de Quetzaltenango está ubicado en la Región VI (Suroccidente) del país. Ocupa una superficie aproximada de 1,951 km<sup>2</sup> y su cabecera departamental, la

---

<sup>1</sup> Occidente, H. R. (02 de 08 de 2,014). Hospital Regional de Occidente. Obtenido de [www.opsitalregionaldeoccidnete.gob.gt/Inicio/historia.asp](http://www.opsitalregionaldeoccidnete.gob.gt/Inicio/historia.asp)

Ciudad de Quetzaltenango, se ubica aproximadamente a 2,222 metros sobre el nivel del mar.

Quetzaltenango limita al norte con el departamento de Huehuetenango, al este con los departamentos de Totonicapán y Sololá, al sur con los departamentos de Retalhuleu y Suchitepéquez y al oeste con el departamento de San Marcos.

En 2010, a lo largo de sus 24 municipios vivían poco más de 770 mil personas. Se estima que un 42% de sus habitantes vive en áreas rurales. A nivel departamental el 60,57% de la población es indígena, porcentaje superior al observado a nivel nacional (41,9%); la población de Quetzaltenango está constituida por dos grupos étnicos principales: los indígenas y los no-indígenas o ladinos. Los primeros se encuentran localizados especialmente en el altiplano, en cambio en los municipios del sur predominan los ladinos, aunque los indígenas residentes conservan su idioma y costumbres. Un 44% por ciento de la población vive bajo la línea de pobreza y un 10.1% es considerado dentro de la categoría de pobreza extrema. Sus principales idiomas son el español, mam y k'iche'.<sup>2</sup>

## **2.4 CICLO SEXUAL**

En la actualidad el ciclo de respuesta sexual son solo 4 fases según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV-TR- de la Asociación Psiquiátrica Americana. Masters y Johnson aunque fueron los pioneros en estudiar la respuesta sexual humana y muchas de sus investigaciones son la base actual de la Sexología moderna, es en la actualidad una clasificación poco utilizada. Las cuatro fases actuales son las mismas en mujeres y hombres.<sup>3</sup>

### **Ciclo de la respuesta sexual**

- Deseo
- Excitación
- Orgasmo

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. (2012). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011. Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/64-encovi2006>

<sup>3</sup> Americana, A.P. (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV-TR-. En Asociación Psiquiátrica Americana

-Resolución

### **Deseo**

Fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarse a cabo (Fantasías es el índice de deseo sexual)

### **Excitación**

Sensación subjetiva de placer sexual y va acompañado de cambios fisiológicos:

- Vaso congestión generalizada en la pelvis
- Tumefacción de los genitales externos
- Expansión de la vagina
- Lubricación (es el índice de excitación)

### **Orgasmo**

- Punto culminante del placer sexual:
- Eliminación de la tensión sexual
- Se contraen los músculos del perineo
- Se contraen los órganos reproductores
- Se contraen la pared del tercio externo de la vagina
- Se contrae del esfínter anal

### **Resolución**

Sensación de relajación muscular y de bienestar general

## **2.5 EDAD, ESCOLARIDAD E INICIO DE VIDA SEXUAL EN GUATEMALA**

Las estadísticas de Unicef sitúan a Guatemala, Nicaragua y Honduras como los países de Latinoamérica con más alto número de madres menores de edad.

De acuerdo a estadísticas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, en inglés), en 2012 se reportaron 54.971 casos de partos en menores de 19 años. “De ellos, 3.771 corresponden a niñas cuyas edades oscilan entre los 10 y los 14 años”, afirmó el

representante de la organización en Guatemala, Christian Skoog. Añadió que en ese año están documentados 32 partos de niñas de 10 años.

Las estadísticas de las Naciones Unidas sitúan a Guatemala, Nicaragua y Honduras como los países de Latinoamérica con el número más alto de embarazos en menores. “Guatemala tiene el porcentaje más alto. Al grado de estar entre los diez países del mundo con más casos documentados”, añadió Skoog. El fenómeno también influye en la cifra de muertes maternas, en la que Guatemala ocupa uno de los puestos más altos del mundo: 139 decesos por cada 100.000 partos. La vecina Costa Rica apenas reporta 30 casos. Para Unicef, la falta de acceso a la educación es la causa principal de este fenómeno.<sup>4</sup>

## **2.6 SEXUALIDAD DE LOS INDIGENAS EN GUATEMALA**

En 1990, tres investigadores (Ward, Bertrand y Puac) se interesaron en estudiar “el comportamiento sexual mayense” y titularon así una de las primeras investigaciones realizadas en Guatemala sobre la sexualidad de los indígenas. El informe señalaba que en el país era un tabú hablar de sexo entre los mayas y que los padres no les enseñaban sobre eso porque debían aprender en el momento oportuno: al casarse.

Los investigadores hicieron entrevistas y grupos focales en Quiché y Sololá. Cuatro años después, en 1994, otra investigación llamada “Concepciones y prácticas de salud reproductiva de las comunidades k'iche' y kaqchikel”, exponía que la mayoría de los sujetos estudiados no conocía ni el nombre de los genitales. “El tema (el sexo en los indígenas) ha estado históricamente atravesado por las normas religiosas, morales y de las culturas particulares que buscan controlar y regular la sexualidad femenina exclusivamente para la procreación”, señalaba el informe realizado por entidades de salud

La antropóloga española Manuela Camus investigó la sexualidad entre los mayas y el Sida, y desarrolló temas como el noviazgo y la adolescencia, la menstruación, el primer encuentro sexual, el sexo en el matrimonio, las relaciones extramatrimoniales, el embarazo y el parto. Expuso que “los hombres y mujeres (indígenas) llegan a la primera relación sexual muy jóvenes, sin saber cómo tienen que comportarse. La mayoría de mujeres sintió miedo, dolor, susto y vergüenza. Muchas lo experimentan como una violación traumática”.

---

<sup>4</sup> Elias, J. (02 de 07 de 2013). Crece el número de niñas embarazadas en Guatemala. El País. Obtenido de [http://internacional.elpais.com/internacional/2013/07/02/actualidad/1372725126\\_31774](http://internacional.elpais.com/internacional/2013/07/02/actualidad/1372725126_31774)

Un estudio hecho en 1995 en Quetzaltenango y citado por Camus, se refería a “la cultura de la pobreza sexual”. Exponía que el acto sexual en los indígenas es frecuente, pero bajo condiciones físicas y sociales muy difíciles, sin electricidad, de manera poco imaginativa y generando insatisfacción sexual a ambas partes”. “No hay juegos sexuales porque se tiene miedo de despertar a los niños o a las demás personas con las que se comparte el cuarto, por eso el acto es rápido y sin mayor preparación”, citaba el estudio de Alfredo Méndez. “Con la urbanización se modifican estos patrones porque las condiciones cambian: se tiende a dormir con ropa interior, hay luz y más cuartos, se practican otras posturas y hay demanda de calidad en el sexo. La urbanización produce un efecto positivo en el conocimiento de cuestiones sexuales”, exponía el investigador.

Ya en el año 2000, Camus resaltaba que cuando se habla de los mayas se da por hecho que son poblaciones tradicionalistas y conservadoras, en las que no se habla de sexualidad. Sin embargo, subrayaba, las realidades están en proceso de cambio. Las generaciones más jóvenes, especialmente los hombres que tienen más permisividad, tienen más acceso a la educación y retan esas imposiciones. En general tienden a estar mejor informados que sus padres. El problema es que aún de una manera muy deficiente e insuficiente.

La familia es uno de los pilares centrales a partir del cual se construye la sexualidad. El matrimonio tiene una gran importancia entre los kaqchikeles. La edad ideal para casarse es a los 20 años. En las familias está ausente la orientación sexual, se traspa la responsabilidad a la escuela. Los niños satisfacen su curiosidad no resuelta con amigos y medios de comunicación. La Iglesia, por su parte, estableció un modelo alejado del placer y relegado a la reproducción, bajo el predominio sexual masculino. Las iglesias católica y evangélica continúan ejerciendo un importante control hacia la familia, el matrimonio y las relaciones de pareja, critica Chirix.<sup>5</sup>

## **2.7 Sexología y religión**

El desarrollo de la sexología ha tenido impacto en las religiones, obligando a adoptar nuevas posiciones y hasta reformar conceptos. Esto es particularmente palpable en el cristianismo, al punto de que ha surgido un nuevo especialista en sexología: el teólogo-

---

<sup>5</sup> Hurtado, P. (02 de 11 de 2011). Esperituidad Maya en Guatemala. Obtenido de <http://espiritualidadmaya.blogspot.com/2011/11/la-sexualidad-de-los-indigenas.html>

sexólogo. Este movimiento ha tenido entre sus pioneros a una gran figura internacional, Seward Hiltner, presbiteriano y profesor de teología pastoral de la Universidad de Chicago, autor de numerosos libros, quien desde los años cuarenta se interesó en aclarar cómo los cristianos deben vivir su sexualidad. Más aún, su aporte a la sexología ha sido muy significativa, en particular su crítica al Informe Kinsey sobre el comportamiento sexual de los norteamericanos. Posteriormente, Teilhard de Chardin, jesuita, teólogo y paleontólogo de gran renombre, elaboró una filosofía que intentó hacer concordar la ciencia y la religión, apoyándose en buena parte en datos sexológicos. Desde entonces, ha ido desarrollándose un movimiento de renovación del pensamiento sexológico de las iglesias.<sup>6</sup>

## 2.8 SEXUALIDAD FEMENINA DURANTE LA GESTACION

“La conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo, sus consecuencias han estado sujeta durante largo tiempo a especulación. La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias, encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo”.<sup>7</sup>

El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biosicossexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, pero no tan solo en ella pues también afecta al padre de la futura criatura y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer. “Se reportan algunos cambios como por ejemplo la disminución del interés sexual del hombre al final del embarazo, o incluso antes, de forma involuntaria y sin razón consciente, con excepción del miedo a dañar físicamente al feto o a la mujer, y no con poca frecuencia en relación con la prohibición por el médico”.<sup>8</sup>

El hombre ha desarrollado un comportamiento sexual más allá de la misión reproductiva, y cuando se aceptan como tal surge entonces la interrogante; ¿deben modificarse o abandonarse las relaciones sexuales durante la gestación?

---

<sup>6</sup> Damas, F.C. (1986). Sexo Religión y Creencias. En F.C. Damas. Venezuela: NuevaSociedad 129-138

<sup>7</sup> Richard P. Sexualidad durante el embarazo. Clin Obstet Ginecol Norteam 1984;3:904-16.

<sup>8</sup> Mila del Pozo P. Embarazo y nacimiento gozosos. 3 ed. (Monográfico; 4) Barcelona: Ediciones Integral, 1988:42.

“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”.<sup>6</sup>

En las zonas tropicales de América del Sur en grupos primitivos, existe lo que los antropólogos denominan *couvade*; es decir, a lo largo de la preñez el hombre comparte con la esposa las restricciones y ritos que imponen sus culturas, su religión, se abstienen de comer determinados alimentos, de concurrir a distintas actividades sociales de las cuales la gestante está excluida, incluso de usar ciertos artefactos domésticos. “Esta actividad se mantiene incluso en el momento del parto, donde el hombre juega un papel fundamental, todos los cuidados son para él, siendo esta actividad una forma de reafirmación del sexo masculino ante el resto de la tribu”.<sup>9</sup>

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, observación esta última interesante pues esta preocupación aún subsiste en sociedades modernas.<sup>10</sup>

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para unos la gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales.

“Algunas parejas encuentran que bien avanzada la gestación hay incomodidad producida por el globuloso vientre femenino y se hace necesario modificar las posiciones coitales, y se reporta la posición látero-lateral o la entrada por detrás como más aconsejables, manejables y agradables para las mujeres. Específicamente se piensa que durante el último trimestre del embarazo, se pierde interés sexual en las féminas por su apariencia física, o por temor a dañarlas, lo que hace que disminuya la libido”.<sup>4</sup>

---

<sup>9</sup> Miguel Ángel P. Antología de la sexualidad humana. 1 ed. México, DF:Editorial Educación Sexual Nacional, 1994.

<sup>4</sup> *Ibíd.* .,p4

<sup>10</sup> Herant A, Donald T. Las bases de la sexualidad. Stanford: University, 1982:9-1154, 151-74.

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 que los más caros deseos de la mujer están satisfechos, se les pinta como totalmente absorbidas por la gestación y no pueden interesarse en otra cosa. Si quienes la rodean, y su pareja en particular, se figura 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.

“Imposible desde luego generalizar sobre el deseo sexual durante el embarazo, a causa del carácter altamente individualizado y personalizado de la sexualidad humana; sin embargo, está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación”.<sup>11</sup>

“Durante una gestación normal se puede mantener la actividad sexual habitual (siempre que no existan evidencias de infección genital u otra complicación) sin temor a que se produzca algún daño fetal, pero la actividad sexual debe evitarse cuando exista amenaza de aborto o parto pretérmino”.<sup>6</sup> “La opinión más generalizada es que la actividad sexual no suele causar daño antes de las últimas 4 semanas de gestación, los riesgos y beneficios de las relaciones sexuales al final del embarazo no se han establecido con claridad, no se ha logrado demostrar que influyan como causa de parto pretérmino, rotura de membranas amnióticas, hemorragias o infección”.<sup>6</sup>

Hay autores que plantean como causa de parto prematuro el exceso de relaciones sexuales durante la gestación. “Estudios realizados plantean que durante el orgasmo femenino se libera oxitocina (sustancia química que se libera en la hipófisis materna en las últimas semanas del embarazo), y se dice que los efectos combinados de la oxitocina y las contracciones uterinas de orgasmos intensos y prolongados pueden ser lo suficientemente poderosas como para empezar al parto en forma prematura”.<sup>6</sup>

“Aunque no todos los autores están de acuerdo, se especula con la posibilidad de que el orgasmo en el tercer trimestre del embarazo pueda estar relacionado con algunos casos de partos prematuros, clínicamente parece que el orgasmo femenino, avanzado ya el tercer trimestre de la gestación, puede motivar en ocasiones el inicio del trabajo de parto, o

---

<sup>6</sup> Ibid. .,p6

<sup>11</sup> Kolodny R, Master W, Johnson E. Tratado de Medicina Sexual. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1985:234, 314-5 (Edición Revolucionaria).

por lo menos tener una íntima asociación temporal con él”.<sup>12</sup> “No puede afirmarse con certeza que este mecanismo tenga relación con el parto pretérmino, pues en estudios con 25 pacientes que tuvieron partos pretérminos se comprobó que no había ninguna relación entre coito, orgasmo, otras experiencias sexuales y el modo de nacimiento”.<sup>9</sup>

Es importante tener en cuenta que son muchos los factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, que se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual durante el embarazo.<sup>5</sup> La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influyen en el comportamiento sexual de la mujer. Cuando la mujer queda embarazada, su cuerpo inicia una serie de tremendos cambios fisiológicos que pueden afectar a cada mujer de manera diferente, y no solo en su sexualidad, sino en todo su estado de ánimo, lo que a su vez repercute sobre el deseo y disposición sexual.

Durante el primer trimestre del embarazo se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual. Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante este período tienen una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de esta, mientras que otras presentan un aumento de la libido. “Los cambios del cuerpo pueden hacer dolorosa la estimulación, como ocurre con la vasocongestión mamaria (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumenta a medida que avanza la gestación). Esto se hace evidente desde los primeros meses y toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada”.<sup>5 6 9</sup>

Se reporta un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre de la gestación a diferencia de lo que ocurre en el tercero, cuando se produce una considerable reducción de la actividad sexual acompañado de un aumento de la fatigabilidad y una disminución de la libido.

---

<sup>12</sup> Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:14, 9-15

“Un porcentaje mínimo consideró que se perdía el interés sexual por ellas, atribuido a su apariencia física, a su incomodidad o al temor a lesionar el feto. Otras causas citadas que influyen en la disminución de las relaciones sexuales en el tercer trimestre de la gestación fueron la torpeza para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre, o por indicación médica”.<sup>13</sup>

“Master y Jonhson resumen la respuesta sexual durante la gestación según sus resultados con”.<sup>59</sup>

- Marcadas diferencias en las pautas de conducta sexual en el primer trimestre de la gestación, en unas gestantes hay disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y 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.

Se han reportado 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.<sup>36</sup>

- En el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a incomodidad que produce la gestación avanzada.

El momento de reemprender la actividad sexual en el posparto es un asunto de interés práctico, tanto para la mujer como para el varón. El tema puede verse influido por la episiotomía de curación lenta y tórpida, tejidos de granulación, sangramiento vaginal persistente, depresión posparto (sobre todo con el primer hijo, por el proceso de adaptación mayor al recién nacido), el hombre puede sentirse rechazado por la presencia del niño que llega a ser su rival como centro de atención y afecto por parte de la mujer, y aunque muchas parejas reanudan las relaciones sexuales pocas semanas después del parto, es importante aconsejar individualmente al respecto.

---

<sup>59</sup> Ibíd. .,p6

<sup>13</sup> William H, Virginia E. Respuesta sexual humana. 1 reimp. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1990:127-36. (Edición Revolucionaria).

En torno a este tema tan polémico, podemos concluir diciendo que tanto el embarazo como la sexualidad han sido considerados como tabúes, e incluso la profesión médica ha dudado de su investigación. Hasta hace poco los ginecoobstetras guardaban silencio al respecto y la pareja se sentía intimidada para abordar el tema con el médico, inclusive entre ellos mismos. Estamos empezando a aprender cómo las parejas normales y sanas responden en sus vidas personales a este hecho, al irse superando los tabúes existentes se han ido esclareciendo temores ancestrales. El embarazo, como también la sexualidad, pueden convertirse en una parte de la vida llena de gozo y satisfacción.

## **2.9 VIDA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO**

Durante el embarazo se producen en el organismo una serie de cambios que de una forma indirecta o directa influyen en el comportamiento sexual humano. Entre estos cambios se pueden mencionar:

- Modificaciones Neurológicas
- Modificaciones Endocrinas
- Modificaciones Anatómicas
- Modificaciones fisiológicas
- Modificaciones Comportamentales (psicológicas)
- Modificaciones Somáticas (físicas)
- Modificaciones en la libido

En cuanto a la libido de la mujer durante el embarazo hay que considerar lo siguiente:

Primer trimestre (Estado animo-libido)

- Periodo de adaptación del cuerpo al embarazo y experimenta grandes cambios hormonales
- La mayoría de embarazadas ↓ tanto el deseo como la frecuencia de las relaciones sexuales
- Esto está relacionado al inicio con las náuseas y con la fatiga propia del primer trimestre
- Durante 1er trimestre es frecuente que la mujer experimente cambios bruscos de humor

- Causa: cambios en los neurotransmisores y hormonales necesarios para mantener el embarazo.

#### Segundo trimestre (estado animo-libido)

- En algunas mujeres ↑ el deseo sexual causado por mayores niveles hormonales y por que el cuerpo se encuentra más sensible al tacto
- Además de la desaparición de las molestias iniciales y a
- Una mayor confianza después de las primeras semanas de embarazo.
- El incremento del deseo sexual también obedece al ↑ de congestión en la zona pélvica
- Incluso mujeres que eran anorgásmicas, pueden tener sus primeros orgasmos en este segundo trimestre
- La mujer se sentirá más serena y positiva porque los niveles hormonales tienden a estabilizarse
- La mujer se siente bien, aunque es muy común que alguna de ellas se preocupen por su figura

#### Tercer trimestre (estado animo-libido)

- La mujer puede sentir ansiedad por la inminencia del parto y por saber si su hijo nacerá bien
- Temores: a los dolores de parto, a que su niño/a será normal, trauma de sus genitales
- Algunas experimentan ↓ de la libido porque se encuentran cansadas y se sienten pesadas
- En algunas parejas las relaciones sexuales mejoran: ↑ de hormonas circulantes y mayor flujo sanguíneo.

### **2.9.1 LOS NUEVOS HALLAZGOS DE LA SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO**

#### **LOS BENEFICIOS PARA EL NIÑO, LA MADRE Y EL PARTO**

Durante el embarazo la sexualidad en términos generales no provoca ninguna alteración a la madre o al niño ni perjudica la evolución del embarazo, al contrario, en

algunos casos mejoran el pronóstico del parto y hacen sentirse a la mujer más querida durante esos meses. En algunas situaciones especiales es recomendable no sostener relaciones sexuales con penetración en este periodo. <sup>14</sup>

De igual manera, resulta curioso que se hable tanto sobre los niños y tan poco sobre el sexo, siendo este el origen de los niños, como si todavía quisiéramos obviar que venimos al mundo gracias a la sexualidad. Todas aquellas mentiras de que los niños nacían en repollos o que los traía la cigüeña desde París, han sido parte de ese intento de separar lo inseparable: el embarazo y la sexualidad.

Esto tiene una explicación histórica. Durante siglos la sexualidad fue vista con malos ojos; se la señaló como fuente de males y claudicaciones, dentro de los cuales se describían severos efectos sobre el cuerpo y, más aun, sobre el alma. En los dos últimos milenios se tejieron muchos tabúes, mitos y mentiras destinados a atemorizar a la población para que disminuyera su vida sexual.

Se comprenderá con facilidad que todos estos temores se magnificaban cuando se hablaba de esa abominable actividad durante el embarazo. Hoy persiste ese legado, y por eso existe una enorme desinformación en torno al tema de la vida sexual durante esos maravillosos nueve meses.

## **LA FIDELIDAD DURANTE EL EMBARAZO**

“Un período tan grato y fantástico como el embarazo, debe aprovecharse para solidificar el vínculo afectivo, emocional y vivencial. Es nuestro deseo y nuestra recomendación que la monogamia sea siempre el común denominador de las parejas, máxime durante la gestación, donde la fidelidad es sumamente importante porque protege la salud de ambos miembros de la pareja y la del futuro niño.

Aunque resulte doloroso, es necesario señalar que, según lo describen algunas investigaciones, es frecuente que el varón tenga relaciones sexuales con otras parejas durante la gestación. Esta conducta encierra un enorme peligro para la integridad del niño

---

<sup>14</sup> Dr. Mauro Fernández. Instituto Costarricense de Sexología. Tomado de <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO>, 2 de agosto de 2.012

dentro del vientre, en el sentido de que lo expone a una infección. Lo ideal es que la monogamia se mantenga a lo largo de los nueve meses”<sup>15</sup>

## **2.9.2 VENTAJAS DE LA VIDA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO**

“Hoy la ciencia indica que las relaciones sexuales durante el embarazo son seguras y conllevan grandes beneficios para la mayoría de las parejas, a saber:

- Son más seguras porque no hay riesgo de embarazo.
- Son más románticas.
- Estrechan el vínculo afectivo.
- Preparan los músculos vaginales para el parto.
- Provocan un estado relajante, el cual disminuye la tensión que implica el embarazo.
- Cerca del parto, propician las contracciones y la dilatación del cuello de la matriz.
- Hacen sentir a la mujer sexualmente atractiva y acompañada.

Al contrario de lo que podrían pensar muchos, el sexo durante el embarazo no sólo es seguro, sino que también es recomendable, para la madre, y también para el bebé. Según un estudio científico publicado en la revista 'Gynecology & Obstetrics', el sexo en la etapa final del embarazo prepara para el parto y el bebé se beneficia del orgasmo de la madre.

Según estos científicos de la Universidad de Malasia, que han seguido a 200 mujeres, las relaciones sexuales durante el último mes de embarazo estimularían los músculos uterinos, lo que facilitaría un parto más espontáneo y fácil.

Los científicos desmienten que durante el sexo el feto pueda verse afectado en ningún modo, ya que el líquido amniótico es el mejor amortiguador que puede necesitar el bebé. Además, durante el orgasmo, la mujer libera una gran cantidad de endorfinas, que producen una sensación de bienestar, y que son transferidas al bebé por el cordón umbilical, por lo que los hijos de las madres que han practicado sexo durante el final del embarazo son más tranquilos y felices.

---

<sup>15</sup> Holtzman Luis Carlos. Las Prácticas Sexuales durante el embarazo/  
Luis Carlos Holtzman- España: Editorial Aldus, 2,001- 98p

Con estos datos, no hay excusas para no gozar de una vida sexual activa a pesar de estar embarazada. Según los estudios, durante los cuatro primeros meses la mujer pierde deseo sexual por los cambios en su cuerpo, pero durante la segunda etapa del embarazo es cuando más activa se encuentra sexualmente hablando.

Más recientes son los comentarios de la Dra. Francisca Rodríguez M., al referirse a la sexualidad en el segundo trimestre del embarazo: “Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo”.<sup>16</sup>

### **2.9.3 POSICIONES SEXUALES**

Durante los nueve meses se puede asumir cualquier posición sexual. La elección la deben hacer ambos miembros de la pareja, guiados por la comodidad, sobre todo en las etapas finales del embarazo, donde el abdomen representa una barrera que dificulta algunas posiciones.

A la hora de elegir una posición sexual, debemos tomar en cuenta varias características. Así, debemos evitar las posiciones que:

- Requieren que la mujer realice grandes arcos de movilidad.
- Recargan el peso del varón sobre la mujer.
- Presionan el abdomen femenino.
- Impiden que la mujer tenga control de los movimientos y de la penetración.
- Exigen múltiples movimientos por parte de la embarazada.
- Propician una penetración profunda.
- Dificultan la respiración.

En contraposición, son muy producentes las posiciones que permiten:

---

<sup>16</sup> Rodríguez, F. M. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Tomado de [www.aeem.es/noticias/103.pdf](http://www.aeem.es/noticias/103.pdf), 30 de enero 2015.

- Las sensaciones en la mujer de comodidad y seguridad.
- El control de los movimientos y de la penetración.
- Una respiración espontánea y profunda.
- La penetración lateral o posterior.
- A la mujer estar encima del hombre.

Con base en esas características, son muy recomendables las siguientes posiciones:

- La somnolienta
- La fusión y sus variantes
- El sometido y sus variantes
- La variante de la doma
- El perrito

Se debe interrumpir la relación sexual y consultar con el especialista ante la presencia de las siguientes manifestaciones:

- Dolor
- Sangrado
- Contracciones
- Salida de un líquido
- Ardor o irritación
- Molestias urinarias o de la vejiga

#### **2.9.4 SITUACIONES QUE IMPIDEN EL COITO**

Durante el tercer trimestre del embarazo, la mayoría de las mujeres puede tener una vida sexual espontánea. No obstante, el médico puede prohibir las relaciones sexuales si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Amenaza de parto prematuro
- Sangrado de origen desconocido
- Placenta previa
- Ruptura prematura de membranas
- Infecciones contagiosas en algún miembro de la pareja

- Nuevos compañeros sexuales
- Enfermedades venéreas en algún miembro de la pareja
- Infecciones vaginales
- Irritación vaginal

Salvo que el médico señale lo contrario, en todas estas situaciones no se deben tener relaciones sexuales, es decir, coito, o mejor dicho penetración.

## **2.9.5 EL VARON Y EL EMBARAZO**

En general, se tienden a mencionar las situaciones enfrentadas por la mujer a lo largo de los nueve meses, y comúnmente se excluye lo que acontece con el hombre. Es importante destacar las siguientes situaciones:

Es frecuente que el varón no logre comprender todas las modificaciones que su pareja experimenta durante el embarazo, y que interprete muchas de las negativas sexuales de la mujer como simples caprichos. En esta dinámica es esencial el papel del médico, quien debe explicar todos los fenómenos que la mujer enfrenta, de forma que el varón entienda lo intrincado de la gestación.

Muchos varones se distancian sexualmente, porque temen que las relaciones sexuales dañen al niño. Muchas veces ese distanciamiento ocurre de manera silente, es decir, sin comentarlo con la mujer, y ella puede interpretarlo como un rechazo porque ya no es físicamente atractiva.

Los varones que asumen completamente el embarazo, acuden al control prenatal, están presentes al momento del nacimiento, complacen los antojos de su mujer, están al tanto de todo, y hasta llevan los cursos de preparación para el parto.

Afortunadamente, cada vez más hombres optan por zambullirse de lleno en la paternidad, por cuanto han descubierto los placeres que emanan de la responsabilidad de ser padre, pareja y, sobre todo, hombre en el sentido amplio de la palabra.”<sup>17</sup>

---

• <sup>17</sup> Kenny Fernández, JA. La Sexualidad de la mujer embarazada y después del parto/JA Kenny Fernández – Costa Rica: Editorial Educación. 2,002- 56p

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General:**

- 3.1.1 Determinar la conducta sexual y su influencia con el tiempo de gestación, en pacientes embarazadas que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios".

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- 3.2.1. Determinar si la edad, nivel de escolaridad, religión así como el trimestre de gestación tienen relación con la conducta sexual durante el embarazo.
- 3.2.2 Conocer los temores de las mujeres gestantes con respecto a sus prácticas sexuales durante dicho periodo.

## **IV. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

- Descriptivo - Prospectivo

### **UNIVERSO**

### **4.2 Población:**

- Mujeres embarazadas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Regional de Occidente, durante el año 2,012

### **4.3 Tamaño de la muestra**

- 775 pacientes embarazadas atendidas en Consulta Externa del Hospital Regional de Occidente quienes cumplieron los criterios de inclusión, durante el año 2,012

### **4.4 Criterios de Inclusión:**

- Pacientes embarazadas con pareja estable que asistan a la Consulta Externa del Hospital Regional de Occidente
- Pacientes que durante el periodo de gestación no presenten complicaciones relacionadas con el embarazo

### **4.5 Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que no tengan pareja estable.
- Pacientes que durante el periodo de gestación presentaron complicaciones relacionadas al embarazo.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

#### **4.6 Ética Médica:**

- Previa autorización del Hospital Regional de Occidente, y con la previa aprobación y consentimiento informado de las pacientes a encuestar se procedió a obtener los datos del presente estudio sin interferir en las respuestas de los encuestados, ni modificar los resultados finales.

#### **4.7 Método:**

- Realización de un Protocolo.
- Para obtener la información se aplicaron encuestas constituidas por 24 preguntas, previo consentimiento informado.
- Para la realización de la presente investigación se contó con el apoyo de un revisor: Dr. Julio Fuentes, un asesor: Dr. Jesen Hernández, así como de un especialista en sexología: Dr. Margarito Castro; también se contó con la colaboración del sexólogo extranjero Dr. Daniel Estévez que por medio de su página Web “Sexualidad Vital” proporcionó información para la elaboración del marco teórico.
- Los datos obtenidos durante la investigación fueron introducidos en un paquete estadístico y los resultados fueron llevados a tablas para análisis y discusión.

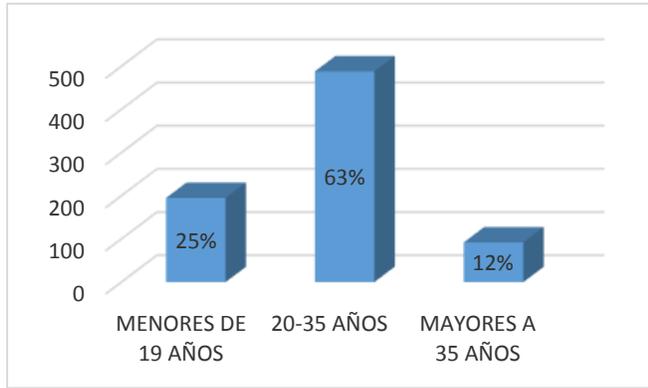
#### 4.8 OPERATIVIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION
<b>EDAD</b>	Tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Años
<b>ESCOLARIDAD</b>	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.	Sin escolaridad Primaria Nivel Medio Universitaria
<b>RELIGION</b>	Es una parte de la actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual. Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos	Católica Evangélica Adventista Otra
<b>GRUPO ETNICO</b>	Es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales	Ladina Indígena
<b>TRIMESTRE DE GESTACION</b>	Cada uno de las etapas del embarazo. Por cuestiones prácticas, las etapas del desarrollo del embarazo pueden dividirse en tres fases.	Primero Segundo Tercero
<b>FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES</b>	Número de veces que existe contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual.	4 por semana 3 por semana 2 por semana 1 por semana Cada 10 días Cada 15 días Cada 30 días No tiene

<b>MOLESTIAS</b>	Es un estado mental desagradable que se caracteriza por los efectos como irritación y distracción de nuestro pensamiento consciente. Puede conducir a las emociones como la frustración y la ira.	Dolor Fatiga Sangrado Contracciones
<b>TEMORES</b>	Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea	Aborto Romper bolsas Infecciones Hemorragias Asfixiar al bebe Prensar al bebe

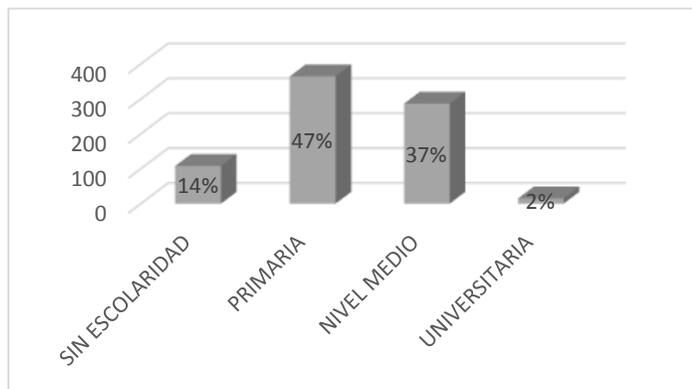
## V. RESULTADOS

### 5.1 GRAFICA No. 1 EDAD DE LAS PACIENTES



**FUENTE:** Encuesta administrada durante la investigación

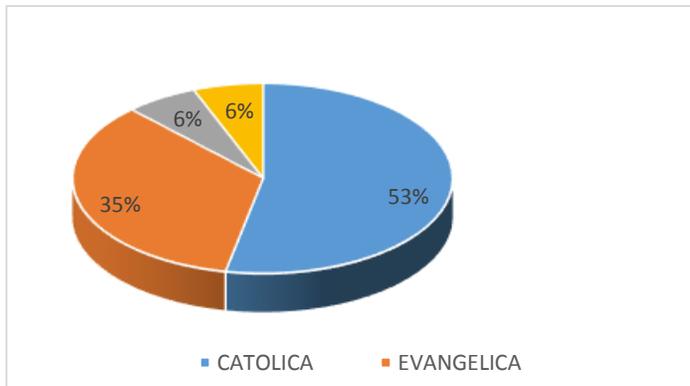
### 5.2 GRAFICA No. 2 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES



**FUENTE:** Encuesta administrada durante la investigación

### 5.3 GRAFICA No. 3

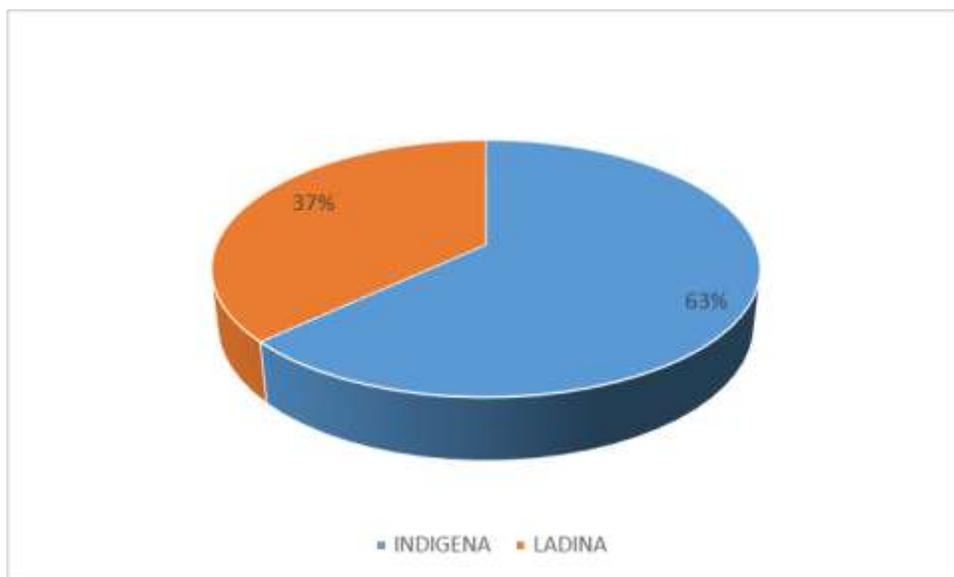
#### RELIGION DE LAS PACIENTES



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.4 GRAFICA No. 4

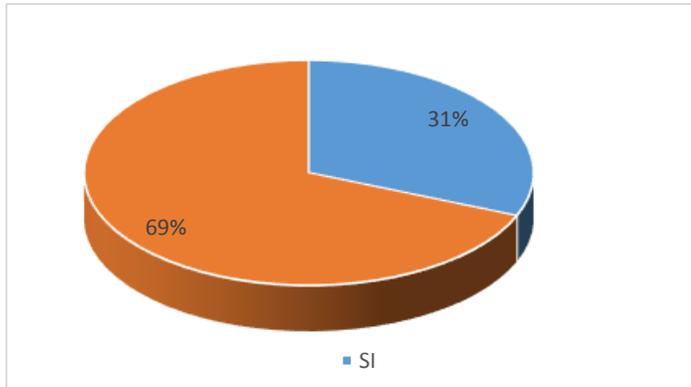
#### GRUPO ÉTNICO DE LAS PACIENTES



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.5 GRAFICA No. 5

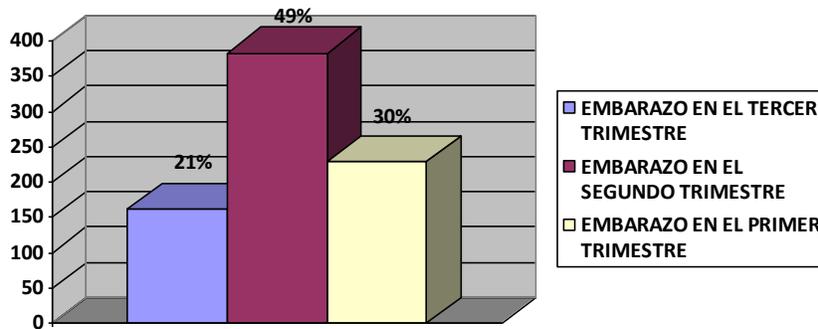
#### PRACTICAR RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO ES CORRECTO



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.6 GRAFICA No.6

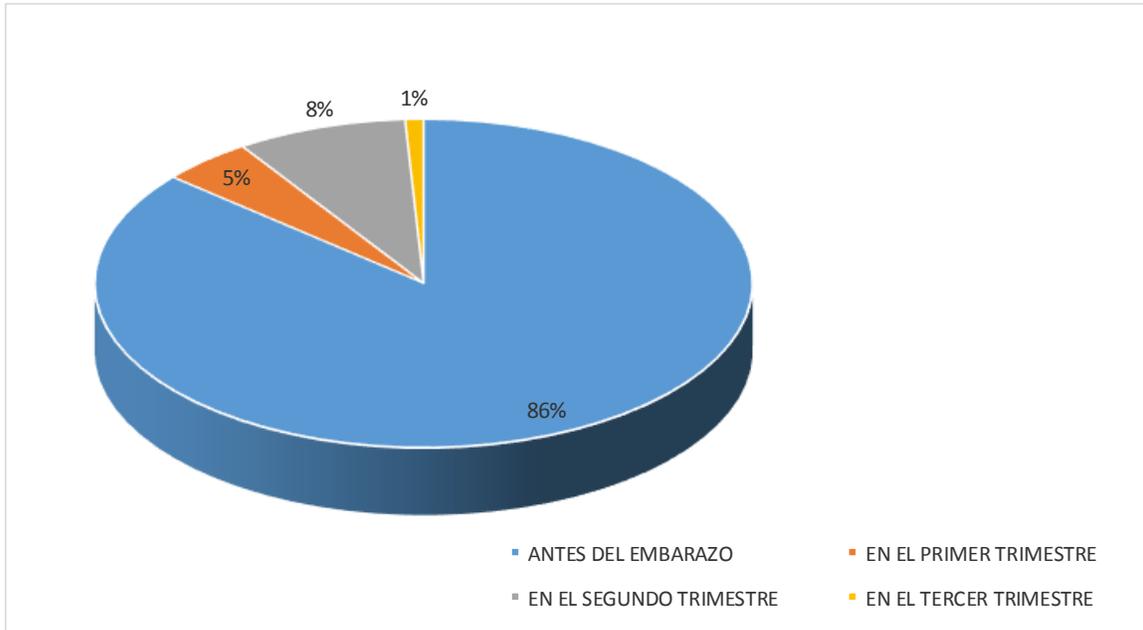
#### TRIMESTRE DE EMBARAZO



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.7 GRAFICA No. 7

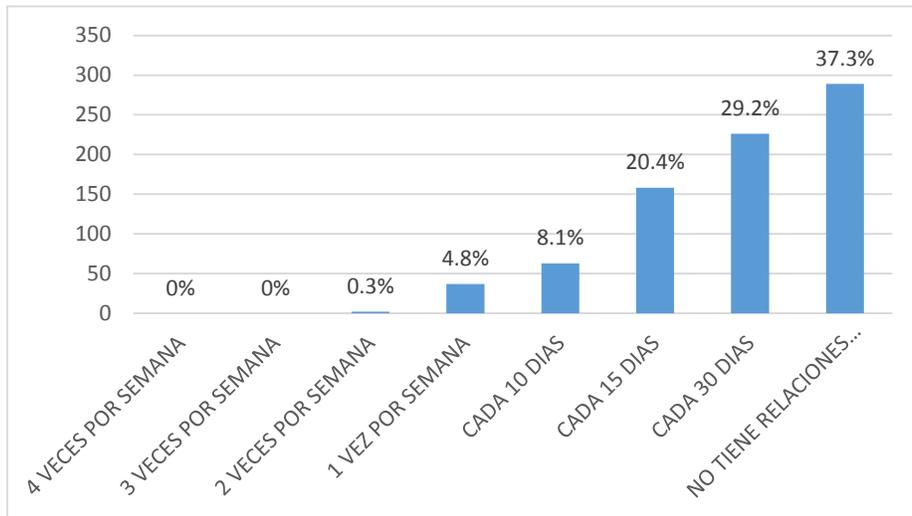
#### CUANDO FUERÓN MÁS FRECUENTES LAS RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.8 GRAFICA No. 8

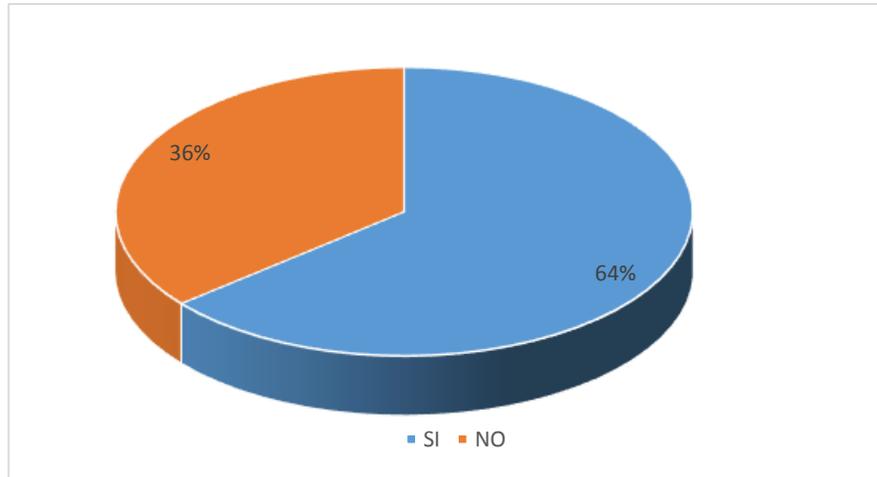
#### FRECUENCIA ACTUAL DE RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9 GRAFICA No. 9

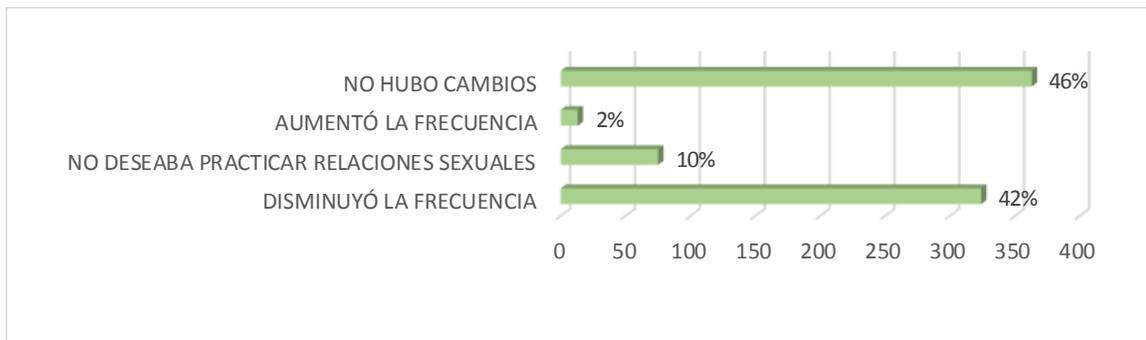
#### PRESENTA SENTIMIENTO DE CULPA AL PRACTICAR RELACIONES SEXUALES



**FUENTE:** Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9.1 GRAFICA No. 10

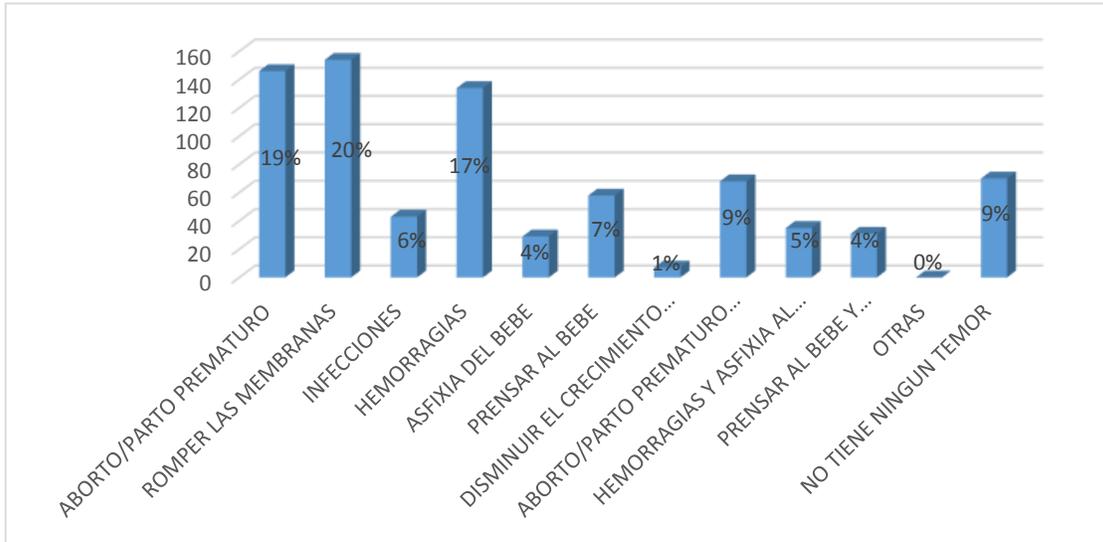
#### CAMBIOS EN LA FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO



**FUENTE:** Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9.2 GRAFICA No.11

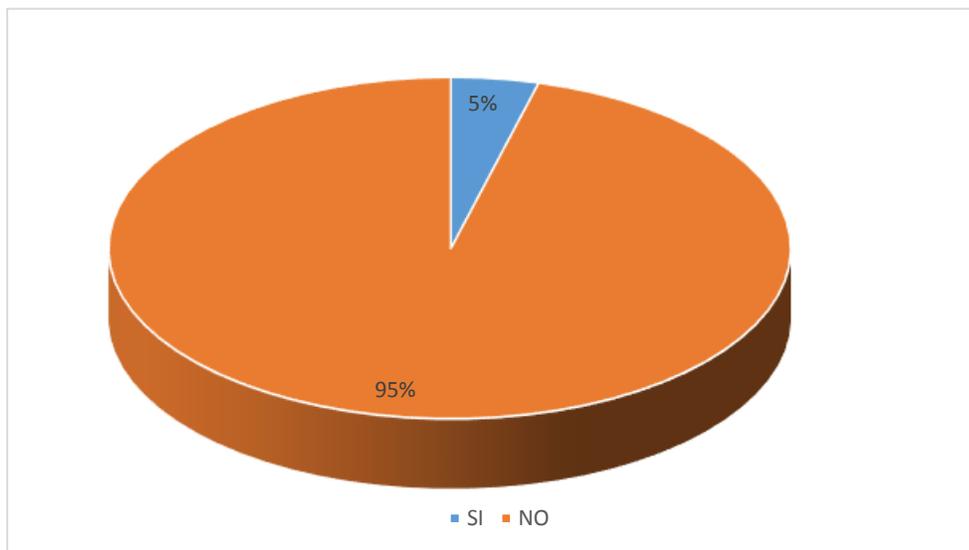
#### PRINCIPAL TEMOR AL PRACTICAR RELACIONES SEXUALES ACTUALMENTE



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9.3 GRAFICA No. 12

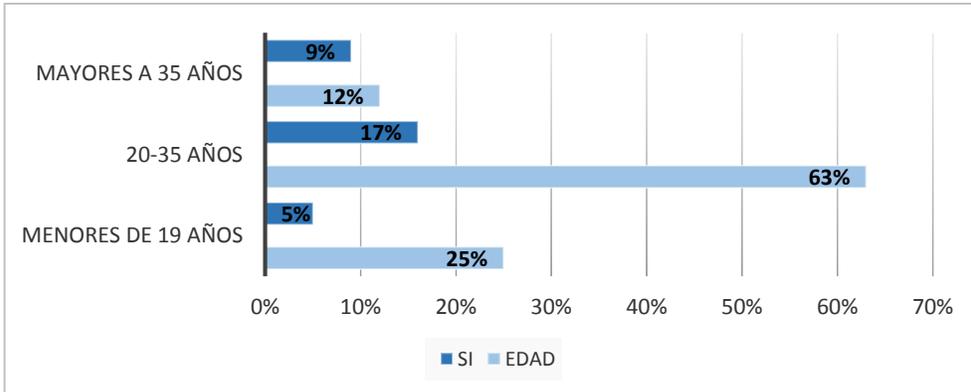
#### EXPLICACION EN EL CONTROL PRENATAL SOBRE SEXUALIDAD



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9.4 GRAFICA No. 13

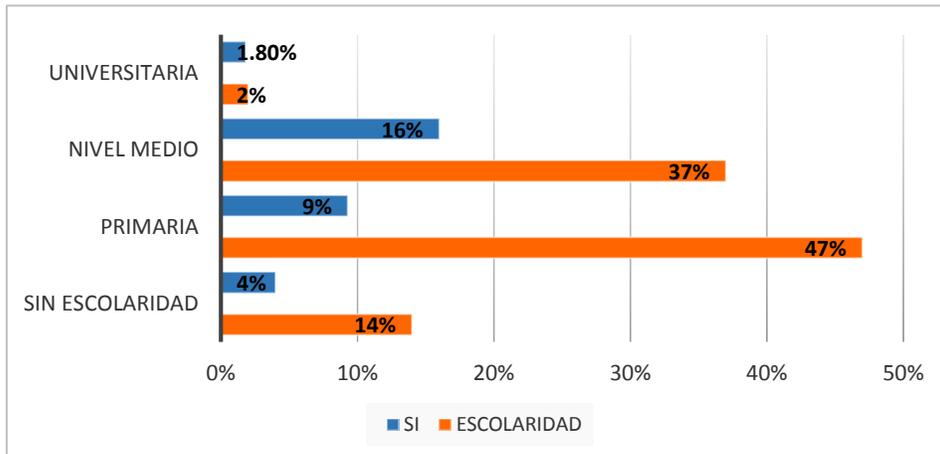
#### EDAD DE PACIENTES Y PACIENTES QUE INDICARON QUE PRACTICAR RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO ES CORRECTO



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9.6 GRAFICA No. 14

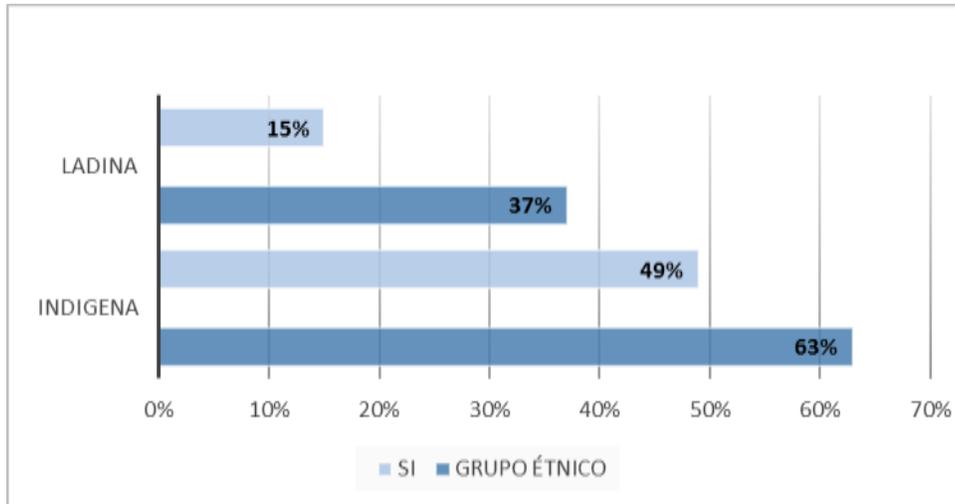
#### ESCOLARIDAD DE PACIENTES Y PACIENTES QUE INDICARON QUE PRACTICAR RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO ES CORRECTO.



FUENTE: Encuesta administrada durante la investigación

### 5.9.7 GRAFICA No. 15

#### GRUPO ÉTNICO Y PACIENTES QUE SI PRESENTARÓN SENTIMIENTO DE CULPA AL PRACTICAR RELACIONES SEXUALES



**FUENTE:** Encuesta administrada durante la investigación

## VI. ANALISIS Y DISCUSION

El embarazo es una situación compleja, no solo por los cambios anatómicos y fisiológicos que son inherentes al mismo, sino también por las variaciones hormonales y neurohormonales que se inducen. Estos cambios y variaciones están orientados a asegurar el crecimiento y desarrollo del producto de la concepción, así como brindarle un entorno metabólico armónico. A la mujer, estas modificaciones le proporcionan el sustrato necesario para disfrutar de bienestar físico, psicológico y de gratificación sexual. La mujer es el único ser vivíparo que permite las relaciones sexuales durante el embarazo, por lo que la sexualidad durante este periodo constituye un aspecto importante de su vida, siendo un determinante para fortalecer su vida emocional y el vínculo con su pareja.

Sin embargo el equilibrio descrito en el texto anterior se puede alterar por varios condicionantes. En nuestro país la sexualidad continúa rodeada de prejuicios, debido a la poca información sobre sexualidad saludable, la inadecuada o ausente educación sexual y sobre todo por las creencias negativas que prevalecen en el imaginario de la mujer, la pareja, la familia y la población. La ignorancia, las limitaciones económicas, los conflictos sociales debilitan más este equilibrio, dando como resultado estrés, ansiedad, temor, miedo o rechazo a las relaciones sexuales.

En base a lo descrito y derivado de que en Guatemala no se han efectuado estudios formales relacionados con la conducta sexual y su influencia con el tiempo de gestación, se realizó el presente trabajo de investigación, contando con el apoyo de especialistas en este tema. Para su realización, se entrevistó a 775 pacientes que acudieron a control prenatal a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente durante el año 2,012. Para obtener la información se elaboró una boleta recolectora de datos los cuales se analizan a continuación.

De acuerdo a la gráfica No. 1, el 63 % (488) del total de la población estudiada, se sitúa entre los 20 y 35 años de edad. Es importante resaltar que un 25% (195) de las pacientes incluidas son adolescentes menores de 19 años, edad en la que, por lo regular no se ha adquirido una completa madurez emocional, como tampoco suficiente información sobre sexualidad. Se considera adolescencia tardía la etapa comprendida entre los 15 a 19 años de edad, según los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En lo que concierne a la escolaridad de las pacientes, se observa en la gráfica No. 2, que únicamente el 47 % (365) de las embarazadas cursó el nivel primario. Estos resultados coinciden con los datos obtenidos en el año 2012 en Guatemala, por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), que reportaron un total de 54.971 casos de partos en menores de 19 años. Para Unicef, la falta de acceso a la educación es la causa principal de este fenómeno. Entre menos acceso a la educación en general, menor es la posibilidad de una educación sexual.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 53% (412) de pacientes refirió ser católica y el grupo étnico al que pertenecen en un 63% (488) es indígena, como se visualiza en las gráficas No. 3 y 4. En referencia a estos datos, hay antecedentes en Guatemala sobre la intención de atemorizar a la población para que disminuyera su vida sexual durante el embarazo (Fernández y Hurtado). En la Investigación “Concepciones y prácticas de salud reproductiva de las comunidades k’iche’ y kaqchikel”, en 1994, se expuso que la mayoría de los sujetos estudiados no conocía ni el nombre de los genitales. “El tema (el sexo en los indígenas) ha estado históricamente atravesado por las normas religiosas, morales y de las culturas particulares que buscan controlar y regular la sexualidad femenina exclusivamente para la procreación”.

En relación a la gráfica No. 5, se evidencia que el 69% (533) pacientes cree que la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo no es correcto, mientras que únicamente el 31% (242) cree que la práctica de las relaciones sexuales si es correcto. Estos resultados confirman la influencia negativa que tienen las creencias, prejuicios o la ignorancia sobre la sexualidad durante el embarazo, así como la poca información sobre sexualidad saludable durante la gestación.

La frecuencia de las relaciones sexuales, se muestra en la gráfica No. 7, en donde se evidencia que el 86% (668) de gestantes sostuvieron más relaciones sexuales antes del embarazo. Llama la atención que solo el 8% (65) de pacientes refirió tener relaciones sexuales con más frecuencia durante el segundo trimestre. Según Master y Jonhson en el segundo trimestre un 80 % de las gestantes pueden experimentar una renovación en su sexualidad, tanto del deseo y de la respuesta física, debido a que los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual; más recientes son los comentarios de la Dra. Francisca Rodríguez M., al referirse a la sexualidad en el segundo

trimestre del embarazo: “Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo”.

Conforme avanzó el periodo de gestación, disminuyó el número de relaciones sexuales y de acuerdo a los resultados obtenidos únicamente el 1% (7) de las pacientes refirieron sostener relaciones sexuales durante el tercer trimestre, como se evidencia en la gráfica No. 7. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios realizados en otros países, en los que se ha demostrado que la disminución del deseo sexual, la actividad y la satisfacción general, se produce en la medida que la gestación avanza hacia el parto, en muchos casos, esto es debido a la sensación de miedo que la mujer experimenta de dañar al feto (Walbroehl, 1984). La grafica No.8 también confirma lo antes mencionado ya que se evidencia que las relaciones sexuales son significativamente menos frecuentes durante el embarazo ya que del total de pacientes entrevistadas el 29% (225) indico que tiene relaciones sexuales cada 30 días y un 37% (287) indico no tener relaciones sexuales.

En la gráfica No. 9 se ilustra que el 64% (496) de las pacientes refirieron tener sentimiento de culpa al practicar las relaciones sexuales. Información que puede interpretarse que la mayoría de pacientes entrevistadas no disfruta plenamente de su vida sexual, ocasionado posiblemente por un mecanismo de defensa inducido por las creencias. Con respecto a la gráfica No. 10, los resultados muestran que de las pacientes entrevistas, el 46% (363) indicaron que su pareja no presentó cambios en la frecuencia de relaciones sexuales, en comparación con las practicadas antes del embarazo, sin embargo un 42% (324) de pacientes refirieron que su pareja si presento disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales. Estos datos, coinciden con la bibliografía consultada, que entre los cambios que se producen en el hombre está la disminución del interés sexual al final del embarazo, muchas veces de forma involuntaria e inconsciente, con excepción del miedo a dañar físicamente al feto o a la mujer (Richard)

En lo que concierne a la gráfica No. 11 se encontró que el principal temor de las pacientes al practicar las relaciones sexuales, es la ruptura de membranas, referidas por el 20% (154), mientras que para el 19% (145), el principal temor fue aborto o parto prematuro.

Este dato contrasta con lo referido en la evidencia científica, en donde se ha demostrado que practicar relaciones sexuales durante el embarazo es seguro y recomendable, siempre que no haya contraindicaciones.

Es importante destacar que del total de pacientes entrevistadas, únicamente el 5% (39) refirieron que durante el control prenatal se les había informado sobre sexualidad, mientras que 95% (743) indicaron que nunca se les habló sobre este tema, estos datos se plasman en la gráfica No.12.

En la gráfica No. 13 se evidencia que del 25% (194) de pacientes menor de 19 años, únicamente el 5% (39) indicó que tener relaciones sexuales durante el embarazo es correcto, lo cual confirma lo consultado en la bibliografía ya que se sabe que a menor edad existe menos madurez y educación sexual. En la gráfica No. 14 se confirma también que a menor escolaridad menor conocimiento ya que del 14% (109) de pacientes que refirieron no tener ningún grado de escolaridad únicamente el 4% (32) indicó que tener relaciones sexuales durante el embarazo era correcto.

En la gráfica No.15 se evidencia y es interesante notar que del 63% (488) de las pacientes que refirió ser Indígena el 49% (318) refirió presentar sentimiento de culpa al practicar relaciones sexuales, información que puede interpretarse en que la mayoría de pacientes entrevistadas pertenecientes a este grupo étnico, no disfruta plenamente de su vida sexual, según Hurtado en su artículo “sexualidad en los Indígenas” esto podría ser ocasionado por un mecanismo de defensa inducido por las creencias de su propia cultura y por la falta de conocimiento con respecto al tema de la sexualidad.

## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Como resultado de la investigación realizada, es posible concluir que la conducta sexual durante la gestación, se vio influenciada negativamente por el embarazo, sobre todo por el trimestre de la gestación. Las relaciones sexuales fueron menos frecuentes conforme avanzó el periodo de la gestación, encontrando que únicamente un porcentaje mínimo de las pacientes refirió tener relaciones sexuales durante el tercer trimestre.
- 6.1.2 Se concluye que la edad, la escolaridad y la religión tienen influencia en la conducta sexual durante el embarazo. Encontrando que en relación a la edad, un importante porcentaje del total de las embarazadas fueron menores de 19 años de edad, la escolaridad del grupo de embarazadas que no poseía estudio y las que cursaron el nivel primario suman el 61%. La religión más profesada por las pacientes fue la católica.
- 6.1.3 Los principales temores señalados por las embarazadas al practicar las relaciones sexuales fueron: la ruptura de membranas y el aborto o parto prematuro.
- 6.1.4 Se concluye que la mayor cantidad de pacientes entrevistadas, consideró que el practicar relaciones sexuales durante el embarazo no era correcto.
- 6.1.5 Del total de pacientes embarazadas, el mayor porcentaje refirió que durante el control prenatal no se le habló sobre el tema de sexualidad durante el embarazo.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- 6.2.1 Educar a las mujeres embarazadas y explicar que mantener relaciones sexuales durante el embarazo no presenta riesgos, incluso cuando se acerca la fecha del parto, siempre que no existe contraindicación por alguna enfermedad médica.
- 6.2.2 Se recomienda, que en el pensum de estudios de los post grados en Ginecología y Obstetricia, de las facultades de medicina de las universidades públicas y privadas de Guatemala, se incluya un curso específico de la sexualidad humana, en coordinación con los programas de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 6.2.3 A toda mujer que asista a control prenatal, se le debe de proporcionar consejo, asesoría y educación sexual. De ser posible, la pareja debe de recibir la misma educación.
- 6.2.4 Es recomendable profundizar sobre éste tema en futuras investigaciones, incluyendo variables educativas y culturales, ampliando el periodo de tiempo de estudio, así como la población en estudio, aplicando un diseño de investigación analítico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Occidente, H. R. (02 de 08 de 2,014). Hospital Regional de Occidente. Obtenido de [www.opsitalregionaldeoccidnete.gob.gt/Inicio/historia.asp](http://www.opsitalregionaldeoccidnete.gob.gt/Inicio/historia.asp)
2. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. (2012). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011. Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/64-encovi2006>
3. Americana, A.P. (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV-TR-. En Asociación Psiquiátrica Americana
4. Elias, J. (02 de 07 de 2,013). Crece el número de niñas embarazadas en Guatemala. El País. Obtenido de [http://internacional.elpais.com/internacional/2013/07/02/actualidad/1372725126\\_17744.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2013/07/02/actualidad/1372725126_17744.html)
5. Hurtado, P. (02 de 11 de 2,011). Esperituidad Maya en Guatemala. Obtenido de <http://espiritualidadmaya.blogspot.com/2011/11/la-sexualidad-de-los-indigenas.html>
6. Damas, F.C. (1986). Sexo Religión y Creencias. En F.C. Damas. Venezuela: NuevaSociedad 129-138
7. Richard P. Sexualidad durante el embarazo. Clin Obstet Ginecol Norteam 1984;3:904-16.
8. Mila del Pozo P. Embarazo y nacimiento gozosos. 3 ed. (Monográfico; 4) Barcelona: Ediciones Integral, 1988:42.
9. Miguel Ángel P. Antología de la sexualidad humana. 1 ed. México, DF:Editorial Educación Sexual Nacional, 1994.
10. Herant A, Donald T. Las bases de la sexualidad. Stanford: University, 1982:9-1154, 151-74.
11. Kolodny R, Master W, Johnson E. Tratado de Medicina Sexual. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1985:234, 314-5 (Edición Revolucionaria).
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:14, 9-15
13. William H, Virginia E. Respuesta sexual humana. 1 reimp. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1990:127-36. (Edición Revolucionaria).
14. Dr. Mauro Fernández. Instituto Costarricense de Sexología. Tomado de <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO>, 2 de agosto de 2,012

15. Holtzman Luis Carlos. Las Prácticas Sexuales durante el embarazo/Luis Carlos Holtzman- España: Editorial Aldus, 2,001- 98p
16. Rodríguez, F. M. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Tomado de [www.aeem.es/noticias/103.pdf](http://www.aeem.es/noticias/103.pdf), 30 de enero 2015.
17. Kenny Fernández, JA. La Sexualidad de la mujer embarazada y después del parto/JA Kenny Fernández – Costa Rica: Editorial Educación. 2,002- 56p

## VIII. ANEXOS

### 8.1 Anexo No.1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE MEDICINA

MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICA

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

ENCUESTA No. \_\_\_\_\_

### ENCUESTA

TRABAJO DE INVESTIGACION "CONDUCTA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL  
TIEMPO DE GESTACION, PACIENTES DEL HRO, 2012

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Procedencia: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_
4. Escolaridad: \_\_\_\_\_
5. Religión: \_\_\_\_\_
6. Grupo Étnico: \_\_\_\_\_
7. Ocupación: \_\_\_\_\_
8. Cuantos Meses de Embarazo tiene? \_\_\_\_\_
  
9. Cree que es correcto tener relaciones sexuales durante el embarazo?
  - a) Si
  - b) No
  
10. Le han dicho que las relaciones sexuales durante el embarazo son malas?
  - a) Si
  - b) No

Si la respuesta es sí. Quien?

- a) Madre
- b) Esposo
- c) Suegros
- d) Medico
- e) Comadrona
- f) Otros

11. Con que frecuencia tiene relaciones sexuales actualmente?

- a) 4 veces por semana
- b) 3 veces por semana
- c) 2 veces por semana
- d) 1 vez por semana
- e) Casa 10 días
- f) Cada 15 días
- g) Cada 30 días
- h) No tiene relaciones sexuales

12. Las relaciones sexuales con su pareja eran más frecuentes?

- a) Antes del embarazo
- b) En el Primer trimestre de gestación
- c) En el Segundo Trimestre de gestación
- d) En el Tercer Trimestre de gestación

13. Como es su deseo (fantasías) de tener relaciones sexuales ahora que está embarazada en comparación a cuando no lo estaba?

- a) Más
- b) Menos
- c) Igual
- d) Nunca

14. Como es su estado de excitación (Lubricación) al tener relaciones sexuales ahora que está embarazada en comparación a cuando no lo estaba?
- a) Mas
  - b) Menos
  - c) Igual
  - d) Nunca
15. Cómo describiría la facilidad para alcanzar un orgasmo al tener relaciones sexuales ahora que está embarazada en comparación a cuando no lo estaba?
- a) Mas
  - b) Menos
  - c) Igual
  - d) Nunca
16. Siente dolor o molestias al tener relaciones sexuales ahora que está embarazada en comparación a cuando no lo estaba?
- a) Mas
  - b) Menos
  - C) Igual
  - d) Nunca
17. Cambios de su pareja en el embarazo?
- a) Disminuyo la frecuencia de relaciones sexuales
  - b) No desea tener relaciones sexuales
  - c) Aumento la frecuencia de relaciones sexuales
  - d) No presenta cambios
18. Que molestias presenta durante las relaciones sexuales?
- a) Dolor
  - b) Fatiga
  - c) Sangrado Vaginal
  - d) Contracciones uterinas
  - e) Dolor y fatiga

- f) Dolor y contracciones uterinas
- g) Fatiga y contracciones uterinas
- h) Dolor, fatiga y sangrado vaginal
- i) Dolor, fatiga y contracciones Uterinas
- j) Fatiga y sangrado vaginal
- k) Fatiga y contracciones uterinas
- l) Otras
- m) No presenta ninguna molestia

19. Cuál es su principal temor al tener relaciones sexuales actualmente?

- a) Aborto/ parto prematuro
- b) Rompen las bolsas
- c) Infecciones
- d) Hemorragias
- e) Asfixiar al bebe
- f) Prensar al bebe
- g) Disminuyen el crecimiento del bebe
- h) Aborto/ parto prematuro y rompen las bolsas del agua
- i) Hemorragias y asfixia al bebe
- j) prensar al bebe y disminuyen el crecimiento al bebe
- k) Otras
- l) No tiene ningún temor

20. Presenta sentimiento de culpa al tener relaciones sexuales actualmente:

- a) Si
- b) No

21. Le han explicado en el Control Prenatal sobre Sexualidad?

- a) Si
- b) No

22. Ha Preguntado a su Médico sobre sus relaciones sexuales durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

23. Si ha estado embarazada antes y tuvo relaciones sexuales durante su embarazo. Tuvo alguna complicación durante ese embarazo?

- Si
- No

Si la respuesta fue Sí. Cual fue la complicación\_\_\_\_\_

24. Que piensa su comunidad sobre las relaciones sexuales durante el embarazo?

8.2 Anexo No.2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE MEDICINA  
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

CONSENTIMIENTO No: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

Con Numero de Cedula/DPI \_\_\_\_\_ Expreso mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación titulado **“CONDUCATA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL TIEMPO DE GESTACIÓN, PACIENTES HRO, 2,012”**. Trabajo que será utilizado como tesis de Postgrado. Dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo y no tiene ningún costo para mí. Se me explico también que la información que proporcionare será confidencial.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

FIRMA O HUELLA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medico la tesis titulada "CONDUCTA SEXUAL Y SU INFLUENCIA CON EL TIEMPO DE GESTACIÓN, PACIENTES DEL HRO, 2012" para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere a ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente, al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.