

UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería de Algeciras



Curso académico 2013/2014 (Julio)

Trabajo Fin de Grado

**SEXUALIDAD EN EL PERIODO
GESTACIONAL**

Autora:

MARÍA GARCÍA ROMERO

Tutora:

PILAR BAS SARMIENTO

RESUMEN

Escasos son los estudios que investigan la actividad sexual durante el período gestacional, y que plantean posibles soluciones para paliar los problemas y/o mejorar los conocimientos que tengan los futuros padres. Se trata de una etapa en las que se producen una serie de cambios biopsicosociales que repercutirán en sus vidas y, por lo tanto, en su sexualidad.

OBJETIVO: Identificar los cambios y/o problemas más frecuentes que presenta la mujer embarazada respecto a su sexualidad y, promover una actividad sexual saludable en la gestante y su pareja.

PLAN DE ACTUACIÓN: Realización de un programa de educación sexual incluido y adaptado en la educación maternal que se realiza actualmente en los centros de salud.

EVALUACIÓN: Utilizaríamos un diseño cuasiexperimental pretest-postest. Se evaluará la Alfabetización en Salud general previa a la realización del programa y la adquirida tras su consecución, el grado de satisfacción y el impacto del programa. Realizaremos un seguimiento a la semana postparto y a los 6 meses.

CONCLUSIONES: Recomendamos llevar a cabo una psicoprofilaxis prenatal, en una modalidad que incorpore, informe, eduque y entrene a mujeres y varones, para disfrutar de un embarazo y una vida sexual placentera. Este tipo de programas son de fácil implantación, de bajo coste y tendrían considerables beneficios. Promocionaríamos la salud de la embarazada y su pareja, reduciendo el riesgo de aparición de disfunciones sexuales y mejorando su calidad de vida.

Palabras clave: Embarazo, sexualidad, educación sexual, programa.

ABSTRACT

There are few studies on sexual activity during the gestational period that offer solutions to palliate the problems and/or improve the knowledge that the future parents have. This is a stage in which a number of biopsychosocial changes are produced and they will have repercussions in their lives and, therefore, in their sexuality.

OBJECTIVE: To identify the most frequent changes and/or problems that the pregnant woman has about her sexuality and to promote a healthy sexual activity in the pregnant woman and her partner.

PLAN OF ACTION: Performing a sex education program included and adapted in the maternal education that is currently done in health centres.

EVALUATION: We would use a quasi-experimental pretest-posttest design. It will evaluate Health Literacy prior to the implementation of the program and acquired after its achievement, level of satisfaction and program impact. We will do a tracing a week after the postpartum and at 6 months.

CONCLUSIONS: We recommend doing a prenatal psychoprophylaxis, in a mode that incorporates, informs, educates and trains men and women to enjoy pregnancy and pleasurable sexual life. This kind of programmes are easy to implant and they are low cost and would have many benefits. We would promote the health of the pregnant woman and her partner, reducing the risk of sexual dysfunction and improving their quality of life.

Key words: Pregnancy, sexuality, sex education, program.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	6
3. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD	7
3.1. CAMBIOS FÍSICOS	7
3.2. CAMBIOS HORMONALES.....	9
3.3. CAMBIOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES	10
3.4. CAMBIOS CULTURALES	11
4. RESPUESTA SEXUAL: DIFERENCIAS RESPECTO A LA GESTACIÓN	12
4.1. DESEO.....	13
4.2. EXCITACIÓN	13
4.3. MESETA.....	13
4.4. ORGASMO.....	14
4.5. RESOLUCIÓN	15
4.6. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL SEGÚN EL TRIMESTRE DE GESTACIÓN	16
6. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS VARONES DURANTE EL EMBARAZO.....	17
7. ESTADO DE LA CUESTIÓN. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS.	18
8. OBJETIVOS.....	20
9. PLAN DE ACTUACIÓN.....	21
9.1. CONTENIDO/MENSAJES EDUCATIVOS	21
9.2. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	28
9.3. CALENDARIO, TEMPORALIZACIÓN Y HORARIOS	29
10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	29
11. PREPARACIÓN DEL PROGRAMA	30
12. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	30
13. SEGUIMIENTO.....	32
14. EVALUACIÓN	32
15. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	33
15. BIBLIOGRAFÍA	37
16. ANEXOS	42

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro país la educación sexual es la gran olvidada. La mayoría de expertos coinciden en que se necesita una educación sexual de calidad, sin embargo existe mucha información y muy poca formación (1).

Hoy día son abundantes las publicaciones que hacen referencia a la sexualidad, sin embargo, siguen existiendo determinados aspectos en los que la información de la que disponemos aún es escasa y la concepción generalizada en estos casos resulta preocupantemente difusa. Un claro ejemplo de ello tiene que ver con la sexualidad durante el período gestacional. El embarazo sigue siendo una etapa en que la sexualidad parece que no exista, no se habla ni se informa, y ello genera muchas veces incertidumbre y ansiedad, también por no saber dónde preguntar e informarse (2,3).

El período que abarca el embarazo resulta una de las etapas más importantes para toda mujer, durante el que se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad. El embarazo es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen nuevos sentimientos y emociones, a veces, ambivalentes, tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia (4). Supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo (5).

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La dirección e intensidad de estos cambios están sujetas a grandes variaciones individuales más que a una regularidad determinada. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores tales como el desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el impacto del embarazo en su salud y el tipo de relación con su pareja (2,6,7).

Durante el embarazo, el deseo sexual de la pareja puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible. Generalmente, la gestante puede reaccionar de dos maneras. Hay embarazadas que se sienten más femeninas y viven el embarazo desde la sensualidad y, otras, sin embargo, el cansancio del sobrepeso, la angustia y las hormonas provocan una disminución del deseo. La influencia de estas hormonas en senos y órganos sexuales pueden hacer que aumente la sensibilidad e influya, así, positiva o negativamente (5-7).

La conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo, el puerperio inmediato y sus consecuencias, ha estado sujeta durante largo tiempo a especulación. Sin embargo,

la sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irreplicable, llegando a ser un sello personal de cada pareja, y por tanto cuando se enfrenta el proceso reproductivo debe existir un proceso de aceptación y adaptación a él, y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos (8).

Los tabúes, los prejuicios, la desinformación y muchas veces el desconocimiento alrededor de este tema, han llevado a que se especule o se trate de forma equivocada y no se informe bajo criterios científicos, dado que, tal como hemos comentado, la investigación es escasa (8).

¿Deben modificarse o abandonarse las relaciones sexuales durante la gestación? ¿Qué cambios ocurren durante la gestación que afecten a nuestra sexualidad? ¿Debemos cambiar nuestro patrón sexual? ¿Es necesario realizar una educación sexual específica para el periodo gestacional? Intentaremos dar respuesta a estas cuestiones empleando la literatura científica disponible al respecto y, en función de ello, diseñar un proyecto de educación para la salud.

2. SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La sexualidad es una dimensión humana esencial, las personas somos sexuadas. 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, roles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (6,9,10).

La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y de procrear de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (10,11).

Para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, se requiere un "enfoque positivo y respetuoso

de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia".

La salud reproductiva hace referencia, según la OMS, a un estado general de bienestar biopsicosocial en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (11).

3. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD

La sexualidad femenina sufre modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. El embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático. Podríamos afirmar que es todo lo contrario. Durante el embarazo se expresan profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer; los hombres, en cambio, pueden presentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido. Estas manifestaciones pueden iniciarse y agravarse durante el embarazo y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual (6).

Para otras, sin embargo, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten paradójicamente libres del temor y/o del deseo del embarazo y, ayudadas por los efectos hormonales, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes.

La sexualidad durante el embarazo implica cambios en los factores físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales, que guardan una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de la pareja.

3.1. CAMBIOS FÍSICOS

En la embarazada podemos encontrar numerosos cambios físicos que afecten a su confort y bienestar, y por lo tanto, que influyen en su sexualidad. Entre ellos destacaremos los más importantes (2,4,6,12).

En primer lugar nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, que impide adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Conforme este aumenta se va produciendo una protrusión de las costillas inferiores y elevación de unos 4 cm del diafragma, que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea. Este crecimiento también influye sobre el sistema cardiovascular, ya que se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho.

El sistema cardiovascular también cursa con otras alteraciones como son el aumento del gasto cardíaco (para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto), una reducción de la resistencia vascular sistémica, y un ligero descenso en la presión arterial media, debido a la dificultad para el retorno venoso en miembros inferiores y por compresión del útero sobre la vena cava inferior. Estos cambios pueden influir de forma negativa en la vida sexual de la pareja provocando, sobre todo, cansancio y somnolencia.

También, se produce un aumento del flujo sanguíneo, lo que provoca mayor sensibilidad genital y mamaria, mejorando, así, el placer en los encuentros sexuales y haciéndolos mucho más agradables, alcanzando el clímax más fácilmente.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvoureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. Esta infección genital en uno o ambos conyugues contraindicaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o parto prematuro. También, nos encontramos que al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones.

Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico a causa de varios factores como el incremento del peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos debido a los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en el momento del parto (13–15).

Esta pérdida de tono en el suelo pélvico puede causar incontinencia urinaria de esfuerzo, que se traduce en pequeñas pérdidas de orina al realizar algún tipo de esfuerzo (levantar peso, risas, saltar, bailar...) y la necesidad de ir al baño más a menudo.

El fortalecer los músculos del suelo pélvico ayudará a la futura madre a:

- Evitar o disminuir la incontinencia.
- Facilitará el parto, ya que tenerlos en buenas condiciones disminuirá los desgarros.
- Incrementará la circulación sanguínea en la zona, ayudando a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
- Evitar el prolapso del útero, vejiga y otros órganos después del parto.
- Incrementar el placer sexual al tonificar los músculos vaginales

La mejor forma de trabajar la musculatura del suelo pélvico es realizar los ejercicios de Kegel. Estos se pueden realizar antes, durante y/o después del embarazo y ayudarán a tonificar los músculos de la zona genital, ayudando a prevenir incontinencia urinaria y prolapsos.

Por otro lado, puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior (2,4,6,12).

Y por último, nombraremos las alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma (también llamado melasma o máscara del embarazo), así como la línea de alba y el oscurecimiento de las areolas debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. También pueden aparecer, dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer, estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso. Estos cambios pueden hacer sentir a la mujer poco atractiva y sensual para su pareja, por lo que también repercutiría en su vida sexual de manera importante.

3.2. CAMBIOS HORMONALES

Se han descubierto niveles medibles de hCG 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 (9).

Otra hormona especialmente importante 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 al desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer (4,9).

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 negativos 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 (9).

3.3. CAMBIOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja la vea poco atractiva (2).

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja.

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que ésta, olvide su rol de seductora y seducida, y su pareja deje de verla como una amante (2,6).

Es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual de sus miembros (2).

Por otro lado, el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad (16).

También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo. La edad de la gestante y las expectativas son fundamentales (2).

Tampoco podemos dejar de nombrar la presencia del feto, quien adopta la figura del intruso o de una tercera persona, tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño al hijo que está por nacer y éste puede ser un impedimento para una adecuada manifestación y liberación de las sensaciones sexuales. Sin duda, cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone readaptaciones (2,6).

3.4. CAMBIOS CULTURALES

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexuado, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto (16).

Frecuentemente la sexualidad ha sido ignorada en el diálogo entre la embarazada y el profesional sanitario o se le han impuesto a ésta arbitrarios períodos de abstinencia (presumiblemente para asegurar el éxito del embarazo) o el obstetra no ha sido adecuadamente claro y explícito sobre alguna indicación de cambio en la actividad sexual. La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas recomendaciones pueden llevar a limitar de forma extrema los contactos sexuales o

directamente anularlos. En ambas situaciones se puede ver alterada su relación de pareja.

La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censora que no aprueba la sexualidad general y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito independientemente a su consecuencia fisiológica (4,16).

Habría que tener en cuenta que todas estas manifestaciones relativas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo a los valores vigentes de cada estrato socio-cultural. Los comportamientos sexuales colocan en evidencia las varias y diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, religión, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo como un todo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y de experimentar la sexualidad (4).

4. RESPUESTA SEXUAL: DIFERENCIAS RESPECTO A LA GESTACIÓN

El término respuesta sexual (RS) designa el conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extragenitales (6). Los cambios psicológicos que acompañan a la realización de actos sexuales incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia (17). No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales (18).

La RS se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. La presentación de una determinada fase no requiere necesariamente la precedente (4,17).

4.1. DESEO

Se llama deseo, libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación, para responder a ellos y gratificarse, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompañan (17).

Como hemos dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible.

4.2. EXCITACIÓN

Se produce un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación. Ello se traduce en la erección y crecimiento del clítoris, y la vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal, para facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen (17).

Otro fenómeno es el de la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, que se observa tanto si hay penetración como si la excitación se produce por estimulación del clítoris. Esto ocurre para dejar el espacio necesario al pene (6,17).

Durante la gestación nos encontramos con una congestión venosa debida probablemente a cambios hormonales, que provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Esta vasocongestión también es la causante del aumento del tamaño de las mamas. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación (16).

4.3. MESETA

Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que Masters y Johnson denominan “plataforma orgásmica”

(19). El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina (4).

La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito (16).

4.4. ORGASMO

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada experiencia individual. El útero también se contrae a intervalos regulares y durante pocos segundos. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La duración del orgasmo suele ser de 10-15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina de la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta (6).

Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento (4). Otros autores, como Goodlin, registraron en cambio la frecuencia cardíaca fetal y observaron modificaciones compatibles con una alteración de la salud fetal (16).

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital (16). Está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del endometrio, el borramiento del cuello uterino y dilatación cervical. Esto no significa que tener sexo

vaya a desencadenarte el parto, pero si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada esta cerca de la fecha posible de parto (20–22).

4.5. RESOLUCIÓN

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva RS. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad (17).

Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. Por otro lado, sin embargo, la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, facilitan la sexualidad de la pareja (16).

No podemos olvidar que estos no son los únicos cambios que se dan en la RS, sino que ocurren reacciones tanto genitales como extragenitales a lo largo de las diversas fases.

La actividad sexual se acompaña también de cambios somáticos generales y psíquicos, a veces, muy intensos. Durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la ventilación pulmonar, hasta alcanzar su máximo en el orgasmo, y decae rápidamente después de éste. También suele producirse una reacción de sudoración de intensidad variable. La utilidad fisiológica consiste en aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar calor (17).

Hay importantes cambios psíquicos y sensaciones usualmente muy placenteras, de gran variabilidad entre los distintos individuos y según las situaciones. Se producen alteraciones de la percepción sensorial, y es característica la elevación de los umbrales de percepción dolorosa en diversas partes del cuerpo que ocurre durante la excitación sexual intensa y, especialmente, en el orgasmo. Durante éste se altera también la percepción temporal: los sujetos suelen describir su percepción subjetiva de la duración de éste como bastante inferior (a veces, la mitad) a la registrada simultáneamente. La

experiencia orgásmica conlleva, pues, una alteración característica del estado de conciencia, descrita como una desconexión temporal con la realidad externa inmediata, que puede llegar, en casos extremos, hasta la pérdida de conciencia.

4.6. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL SEGÚN EL TRIMESTRE DE GESTACIÓN

En resumen, los principales cambios que ocurren con frecuencia durante el embarazo e influyen de alguna manera en el comportamiento sexual, los podemos agrupar y diferenciar en los tres trimestres de gestación (2,4-6,8,9,19,23,24):

Primer trimestre:

En los primeros tres meses de gestación comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán a lo largo del embarazo y a asumir su nuevo rol de padres.

Los cambios hormonales, intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias.

El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores; el primer trimestre de embarazo puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante, o puede ocurrir todo lo contrario.

Como hemos visto anteriormente, un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en el petting durante esta etapa del embarazo. Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor.

Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios.

Segundo trimestre:

Durante este período suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, ya que existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas, y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres, anteriormente anorgásmicas, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.

Tercer trimestre:

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital debido a la incomodidad producida por la gestación avanzada, y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el parto.

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles.

6. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS VARONES DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, tal y como hemos visto, a la sexualidad femenina, pero también al padre de la futura criatura y, por consiguiente, a sus deseos sexuales (3,8). Al igual que en la mujer, en el hombre puede ocurrir que aumente, se mantenga o disminuya su deseo sexual.

En general, podemos dividir a los varones en dos grupos según como vinculen las prácticas sexuales que realizan con sus cónyuges durante el embarazo. Por un lado, nos encontramos con los que han disminuido la frecuencia de relaciones; esto puede ser debido a diversas causas como por ejemplo sentir que viven una situación de conflicto; que el embarazo modifica su estilo de vida, sienten que aumentan sus responsabilidades económicas y las presiones en general, creencias acerca del impacto negativo del coito

en la embarazada y el feto, sentir que la esposa es poco atractiva, cansancio, tener prejuicios morales contra el sexo en este período, etc. (6,8,25,26).

Y por otro lado, nos encontramos los que sí mantienen o aumentan el número de relaciones sexuales durante el embarazo, argumentando que el sexo es mejor gracias a las condiciones de deseo sexual y lubricación vaginal asociadas a los cambios hormonales aparejados con el proceso gestacional; que los cambios corporales que experimenta la mujer, como el agrandamiento de las mamas, la hace más atractiva y deseable; y que es fascinante la integración del bebé no nato como un tercero que advierte de algún modo el sexo entre sus padres (6,25,26).

Todas estas experiencias y significaciones en la pareja han podido modular su comportamiento sexual o su deseo sexual durante el embarazo, modificándolo en su forma, frecuencia y/o intensidad (menos pasión y más delicadeza y ternura) (26).

Son frecuentes en ambos sexos las creencias erróneas que favorecen comportamientos adaptativos y condicionan la relación sexual de la pareja.

7. ESTADO DE LA CUESTIÓN. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS.

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexuado. La sexualidad ha sido frecuentemente ignorada en el diálogo entre la embarazada y el obstetra, o se le han impuesto a ésta arbitrarios períodos de abstinencia. La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas recomendaciones pueden llevar a limitar en forma extrema los contactos sexuales con su pareja o a no tenerlos y a generar agudos sentimientos de culpa. Ambas situaciones pueden alterar su relación de pareja durante el embarazo y durante un largo periodo posterior al mismo (6).

Actualmente el cuidado del embarazo es un programa fundamental de prevención y de promoción de la salud en nuestro sistema sanitario. Todas las acciones sanitarias van encaminadas a prevenir posibles complicaciones y promocionar la salud en el embarazo, parto y puerperio, pero dentro de estas acciones se olvida con mucha frecuencia, la información sobre la sexualidad durante estos periodos (2).

La salud sexual es parte fundamental de la salud integral, por lo que es de vital importancia reconocer que la mujer continua siendo un ser sexual durante el embarazo (3,9).

Por todo esto, es necesario incidir en la importancia de una mayor educación sexual para hombres y mujeres durante este periodo por parte de profesionales formados en este ámbito. Una educación que promueva la salud de la pareja y deseche las formas erróneas de pensar y actuar durante la gestación. Aunque está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación, es imposible generalizar sobre el deseo sexual durante el embarazo, a causa del carácter altamente individualizado y personalizado de la sexualidad humana (7,8). Esto no quiere decir que no se pueda orientar acerca de los cambios, normalizarlos y formar a las gestantes respetando dicha individualidad.

Anteriormente, nos encontrábamos con dos corrientes distintas acerca de la seguridad para la salud de la madre y del feto en cuanto a mantener relaciones sexuales durante la gestación. Algunos autores, como Richard Naeye, sugerían que la actividad del coito durante la gestación podía ser peligrosa tanto para la salud de la embarazada como para la del feto. Mientras tanto, otros autores, como Pierre Vellay, sostenían, que la actividad sexual durante el embarazo tiene beneficios psicológicos e incluso puede mejorar la evolución del embarazo (2,6,7).

Actualmente, sabemos que no existe incompatibilidad entre el embarazo de bajo riesgo 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, pero no otras formas de actividad erótica con la pareja. Entre las contraindicaciones más destacadas se encuentran: amenaza de aborto, sangrado genital, infección genital en uno o ambos conyugues, amenaza de parto pretérmino y placenta previa. No obstante la pareja puede recurrir a alguna forma de actividad placentera sustituta durante los lapsos de inactividad coital que le permitan lograr un efectivo ejercicio de la función sexual, tales como las caricias, la comunicación y la comprensión (4,9,27).

Debemos tener en cuenta que una gran parte de los conocimientos sobre sexualidad de las embarazadas se nutren de las aportaciones de amigos, internet, etc., y no de personal sanitario cualificado. Y se ha demostrado que un mejor nivel educacional disminuye

hasta en un 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales antes, durante y después del embarazo. Igualmente, una adecuada educación sexual durante la época del embarazo puede ayudar a desmitificar los miedos maternos a causar lesiones fetales y a disfrutar de un embarazo y una sexualidad más plena y placentera (5).

Podemos concluir diciendo que lo ideal, sería establecer una psicoprofilaxis prenatal, en una modalidad que incorpore, informe, eduque y entrene a mujeres y varones, para disfrutar de un embarazo y una vida sexual placentera (6–8,25,28–30).

Teniendo todo esto en cuenta, la finalidad de este trabajo es elaborar un programa de educación sexual sobre los conocimientos y conductas sexuales en mujeres gestantes, esto incluye el comprender y reconocer por parte de ésta los cambios en la sexualidad que ocurren durante la gestación, asesorar sobre posibles riesgos y/o beneficios de la actividad sexual en su caso, ofrecer la oportunidad a las parejas de expresar sus dudas y temores, proveer información acerca de la función sexual, a evitar las disfunciones sexuales y promover una relación sexual saludable, entre otros.

8. OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar los cambios y/o problemas más frecuentes que presenta la mujer embarazada respecto a su sexualidad y, promover una actividad sexual saludable en la gestante y su pareja.

Objetivos intermedios:

- La gestante y su pareja mejorarán su vida sexual, adquiriendo competencias de conocimiento, actitudes y aptitudes. Mejorarán su nivel de Alfabetización en salud a nivel funcional, interactivo y crítico.

Objetivos específicos:

Cognitivos:

- Reconocer los cambios que ocurren a lo largo del embarazo.
- Reconocer las diferentes etapas de la respuesta sexual y diferenciar las respuestas en función del sexo.
- Conocer las diferencias que existen durante el embarazo en la respuesta sexual, identificar ventajas, posibles dificultades y mecanismos para promover la salud sexual y prevenir posibles problemas.

- Identificar la zona pélvica: estructura, musculatura del periné y vísceras.

Psicomotores:

- Tonificar, flexibilizar y relajar los músculos de la zona pélvica.
- Aprender a sentir y a tomar consciencia de la zona pélvica, ayudando así, a potenciar el erotismo.
- Aprender nuevas posturas sexuales para mayor comodidad de la pareja y minimización de posibles riesgos.

Afectivos:

- Desmitificación de mitos y miedos relacionados con la sexualidad durante el embarazo.
- Conocer y poner en valor el papel de la pareja durante el embarazo y la vida sexual.

9. PLAN DE ACTUACIÓN

9.1. CONTENIDO/MENSAJES EDUCATIVOS

Nuestro programa estará formado por cinco sesiones educativas teórico-prácticas, en las que se incluirá:

- Bienvenida.
- Contenidos teóricos.
- Reflexiones sobre el tema a tratar.
- Actividad y/o técnicas educativas.
- Recomendaciones y/o tareas para casa.

Estos apartados podrán variar su orden en función de cada sesión.

1ª SESIÓN

Título: ***“Presentación. Cambios en el embarazo”***

Duración: 60 minutos.

Contenido teórico:

- Presentación-Técnica de iniciación grupal: “Yo soy-Yo siento”.
Comenzaríamos la sesión dando la bienvenida y realizando ésta técnica de iniciación grupal. Cada participante deberá comunicar cuáles son sus sentimientos personales y el estado emotivo en que se encuentra en el preciso

momento de realizar este trabajo. Para ello, cada uno debe contestar a dos preguntas: ¿Quién soy yo? ¿Cómo me siento en este momento?

El objetivo de estas técnicas de iniciación grupal es iniciar y sostener un clima gratificante de trabajo, propiciar el conocimiento mutuo, la integración y desinhibición del grupo.

Duración: 10 minutos.

- Cambios durante el embarazo:
 - o Físicos.
 - o Hormonales.
 - o Psicológicos y emocionales.
 - o Culturales.

Explicaremos los cambios biopsicosociales más importantes que se dan en el embarazo y afecten la salud sexual. Repartiremos documentación con los aspectos más importantes que se traten.

Para impartir esta sesión utilizaremos la técnica del seminario, ya que nos permite llevar a cabo un estudio profundo de determinadas cuestiones o asuntos cuyo desarrollo requiere y se ve favorecido de la interactividad entre profesionales y participantes.

Duración: 20 minutos.

- La respuesta sexual.

Comentaremos qué es la respuesta sexual e identificaremos sus fases (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) tanto en el hombre como en la mujer. También trataremos los posibles cambios que ocurren en el embarazo, en hombres y mujeres.

Usaremos la técnica del seminario.

Duración: 20 minutos.

Actividades:

- Datos demográficos y personales (anexo 1).
- Cuestionario sobre conocimientos actuales (anexo 2).
- Cuestionario sobre Alfabetización en Salud (anexo 3).

Estos cuestionarios los realizaremos después de la presentación, antes de comenzar con nuestro contenido teórico.

Duración: 10 minutos.

Recomendaciones y/o tareas para casa:

- Leer documentación proporcionada.
- Visitar página web elaborada exclusivamente para estas sesiones.

Materiales:

Para llevar a cabo esta sesión necesitaremos un profesional capacitado para impartir la educación maternal (enfermero/a, matró/a o sexólogo/a), sillas, un ordenador, una pantalla, un proyector, bolígrafos y los cuestionarios y documentación en formato papel.

2ª SESIÓN

Título: *“Conociendo mi cuerpo”*

Duración: 60 minutos.

Contenido teórico:

- La zona pélvica y su importancia (estructura, musculatura del periné y vísceras).
 - o La pelvis.
 - o Periné o suelo pélvico.
 - o Vísceras menores (vejiga/uretra, vagina/útero, recto/ano).
 - o Importancia sobre la musculatura pélvica.

Explicaremos la zona pélvica mediante la ayuda de un modelo anatómico genital femenino. Con ello, queremos conseguir que las gestantes se familiaricen consigo mismas y conozcan la importancia de la musculatura pélvica a la hora del parto y en la relación sexual.

Usaremos la técnica del seminario.

Duración: 30 minutos.

- Erotismo.

Durante esta sesión potenciaremos el erotismo de las mujeres con la ayuda de los ejercicios de Kegel, los cuales ayudan a tonificar, flexibilizar y relajar los músculos de la zona pélvica. Explicaremos su importancia y aprenderemos a sentir y tomar consciencia de esta zona.

Duración: 15 minutos

Actividades:

- Realización de los ejercicios de Kegel. Haremos tres o cuatro series de unas 10 repeticiones cada una.

Duración: 15 minutos

Recomendaciones y/o tareas para casa:

- Realizar tres veces al día los ejercicios de Kegel en series de 10, tres o cuatro series cada vez. Se especificará que a medida que sientan que sus músculos comienzan a fortalecerse, aumenten gradualmente tanto la cantidad de ejercicios por día como el periodo de tiempo en que se mantiene cada contracción.

Materiales:

Para llevar a cabo esta sesión necesitaremos un profesional capacitado para impartir la educación maternal (enfermero/a, matron/a o sexólogo/a), sillas, un ordenador, una pantalla, un proyector y un modelo anatómico genital femenino.

3ª SESIÓN

Título: ***“Mejora tu vida sexual”***

Duración: 60 minutos.

Actividades:

Esta sesión la iniciaríamos con una técnica de iniciación grupal llamada “Tres experiencias”. Pretendemos lograr una atmósfera lo más distendida posible en el grupo, para que posteriormente los participantes se desenvuelvan con mucha más libertad, y dentro de un clima de confianza y cohesión grupal. Cada uno tiene que describir tres experiencias de su vida que hayan sido significantes y que tengan relación con el periodo gestacional.

Una alternativa a esta técnica sería el “brainstorming” que consistiría en presentar ideas en torno a los falsos mitos creencias o tabúes que conozcan, para después poder hablar de ellos y desmitificarlos o aclarar conceptos. Esta técnica de producción grupal deja a las personas actuar en un clima totalmente informal y con absoluta libertad para expresar lo que se les ocurra.

Duración: 15 minutos.

Contenido teórico:

- Desmitificación de falsos mitos, creencias y tabúes.

Para realizar este apartado partiremos de las experiencias previas, que nos han narrado los participantes de nuestro grupo. Tomaremos también los mitos y creencias más comunes y explicaremos su verdadera influencia en el embarazo. Intentaremos romper tabúes con mensajes directos y objetivos de la sexualidad en el embarazo.

- Rol que ocupa la pareja en la sexualidad.

Durante esta sesión tomaremos consciencia del papel que tiene la pareja de la gestante durante este periodo y la importancia de su implicación tanto en el embarazo como en la educación maternal y sexual para corregir creencias erróneas y eliminar miedos y preocupaciones.

Duración: 20 minutos.

- Posturas recomendadas durante la actividad sexual.

En este apartado daremos a cada pareja unas fichas con los dibujos y explicaciones de las posturas recomendadas para mejorar las relaciones sexuales durante el embarazo.

Duración: 15 minutos.

Recomendaciones y/o tareas para casa:

- Refuerzo en pareja. Técnica “Seis sentidos”.

Con esta técnica trataremos de compartir experiencias placenteras entre los miembros de la pareja y conseguir efectos muy positivos para la eliminación de barreras.

Consiste en establecer un diálogo en el que cada persona debe contar a su pareja las seis sensaciones que le resulten más placenteras, preferiblemente en el ámbito sexual. Se debe realizar de la siguiente forma:

- Lo que más le guste ver.
- Lo que más le guste oír.
- Lo que más le guste oler.
- Lo que más le guste saborear.
- Lo que más le guste tocar.
- Lo que más le guste sentir con la propioceptividad (interiormente cuando el estímulo no es externo sino interno).

Tenemos que dejar claro antes de realizar esta actividad que la sexualidad no se basa solo en mantener relaciones coitales (con penetración), sino que las caricias, los besos, los juegos, etc. también forman parte de la sexualidad.
Duración: 10 minutos.

- Practicar posturas aprendidas.

Materiales:

Para llevar a cabo esta sesión solo vamos a necesitar: un profesional capacitado para impartir la educación maternal (enfermero/a, matró/a o sexólogo/a), sillas, un ordenador, una pantalla, un proyector y las fichas que se les repartirán a cada pareja con las posturas recomendadas.

4ª SESIÓN

Título: *“Mi pareja y yo”*

Duración: 60 minutos.

Contenido teórico:

- Situaciones reales en las que está contraindicada la práctica del coito.
Explicaremos contraindicaciones y signos de alarma a tener en cuenta a la hora de realizar la actividad sexual. Usaremos la técnica de seminario.
Se repartirán fichas con la recopilación de las principales contraindicaciones y signos de alarma.
Duración: 15 minutos.
- Alternativas al coito. La importancia de las caricias y juegos. El reconocimiento y la utilización de todos los sentidos.
Como dijimos en la anterior sesión, debemos recalcar que la sexualidad también está formada por las caricias, los besos, los abrazos (petting), etc., y que pueden ser incluso más importantes que la propia penetración. El placer depende de factores cognitivos, emocionales y conductuales.
Usaremos la técnica de seminario.
Duración: 15 minutos.

Técnicas: inteligencia sexual, focalización sensorial y autosensibilización corporal.

- Inteligencia sexual. Consiste en conocerse a uno mismo y conocer a nuestra pareja, ya que en este periodo han podido suceder cambios que desconozcan el uno del otro. Necesitamos hablar con nuestra pareja acerca de nuestros deseos y necesidades sexuales.
- La focalización sensorial favorece la comunicación en pareja; busca que esta se conozca a nivel físico, sensual y erótico. Sirve para generar una actitud positiva en la pareja y ayuda a desarrollar la complicidad y confianza entre sus miembros a través de sensaciones que aúnan erotismo con afecto. Estos ejercicios propician la disminución del estrés y la ansiedad y contribuyen a favorecer la autoestima.
- Para las gestantes que quieran realizar estos ejercicios de manera individual la autosensibilización corporal, consiste en el autoconocimiento del propio cuerpo. Se trata de mirarnos en un espejo y comenzar a tocarnos, viendo y sintiendo cada parte de nuestro cuerpo. Esta técnica comienza sin tocar genitales, ni pechos, incorporándose poco a poco el resto del cuerpo.
Duración: 30 minutos.

Recomendaciones y/o tareas para casa:

- Utilización de las fantasías sexuales. Romper la monotonía y la falta de imaginación.
- Llevar a cabo lo que han aprendido en la sesión.

Materiales:

Para llevar a cabo esta sesión solo vamos a necesitar: un profesional capacitado para impartir la educación maternal (enfermero/a, matron/a o sexólogo/a), sillas y las fichas que se les repartirá a cada gestante.

5ª SESIÓN

Sesión individual o en pareja. Se realizará en función de las necesidades de cada embarazada.

Duración variable atendiendo a la necesidad presentada.

Contenido teórico:

- La charla teórica se llevará a cabo según las dudas de la gestante y/o pareja.

- Se aprovechará esta sesión para darle unas nociones básicas sobre la sexualidad en el puerperio, cuándo deberían reiniciarse las relaciones, las diferencias existentes con el periodo anterior, cuidados en la higiene, los cuidados de la episiotomía o desgarro si fuesen necesarios...

Técnica:

- Técnica del “counselling”. Es proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional. Con esta técnica de comunicación podemos potenciar los propios recursos de nuestros pacientes, promover su auto-conocimiento, manejar sus emociones y así facilitar que puedan vivir de un modo más pleno y gratificante, siendo conscientes y comprendiendo su estado de salud.

Consiste en facilitarle al paciente todos los elementos necesarios para que pueda corresponsabilizarse, con la ayuda de un profesional, en decisiones que atañan a su salud.

Evaluación de la efectividad del programa:

- Cuestionario sobre conocimientos actuales (anexo 2).
- Cuestionario de satisfacción (anexo 4).

Materiales:

Durante esta sesión solo necesitaremos un profesional capacitado para impartir la educación maternal (enfermero/a, matró/a o sexólogo/a), sillas, bolígrafos y los cuestionarios en formato papel.

9.2. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Nuestro programa se realizaría de manera grupal, tendrá charlas educativas con un formato participativo, empleando la técnica del seminario que favorece la interacción entre el profesional y los participantes.

Usaremos distintas técnicas de iniciación y producción grupal: Yo soy-Yo siento, tres experiencias, brainstorming y seis sentidos. Con estas técnicas nuestro objetivo es lograr un ambiente lo más agradable posible, abierto y de confianza, para que posteriormente

los participantes se desenvuelvan con mucha más libertad, dentro de un clima de confianza y cohesión grupal, y con el fin de desmitificar falsos mitos, creencias y tabúes, conocerse mejor a uno mismo y a su pareja, eliminar barreras, romper la monotonía, etc.

Por otro lado, hemos recomendado otro tipo de técnicas que sirven para conocerse a uno mismo y a su pareja sexualmente; favorecen la comunicación desarrollando complicidad y confianza, reduciendo la ansiedad, y fomentando una sexualidad no centrada solamente en la penetración. Estas técnicas son: la inteligencia sexual, la focalización sensorial y la autosensibilización corporal.

También usaremos la técnica del “counselling”. Se trata de una técnica de relación de ayuda que favorece la comunicación con el paciente. Los profesionales pretenden la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud, no sólo de pacientes sino también de grupos y colectividades, con el fin de favorecer que los pacientes tomen las decisiones que consideren adecuadas de acuerdo con su estado de salud.

Todas las técnicas aquí nombradas, han sido desarrolladas en el epígrafe anterior.

9.3. CALENDARIO, TEMPORALIZACIÓN Y HORARIOS

Realizaremos cinco sesiones de 60 minutos cada una. Estarán distribuidas en función del trimestre gestacional: dos sesiones en el primer trimestre, dos en el segundo y una en el tercero.

10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Abordaremos este tema desde los centros de salud, integrados en los programas de educación maternal sin entorpecer el funcionamiento habitual. De esa forma captaremos el mayor número de embarazadas posibles para la implantación del programa de intervención con un seguimiento adecuado.

En todo momento se respetaría la confidencialidad de los datos de las gestantes según la *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal*, pudiendo, en cualquier momento, abandonar el programa o no contestar a las preguntas del cuestionario, el cual sería de carácter voluntario y anónimo.

Para llevar a cabo nuestro proyecto necesitaremos un profesional capacitado para impartir la educación maternal (enfermero/a, matró/a o sexólogo/a), sillas, un ordenador, una pantalla, un proyector, papel, bolígrafos, cuestionarios, fichas y modelo anatómico genital femenino.

11. PREPARACIÓN DEL PROGRAMA

Inicialmente separaremos a las embarazadas según su trimestre gestacional. Las cuatro primeras sesiones se realizará de manera grupal, mientras que la quinta será individual o, preferiblemente, con la pareja de la gestante.

Las sesiones 1 y 2 las realizaríamos durante el primer trimestre, para informar a las gestantes desde un primer momento de los posibles cambios, y para evitar posibles miedos o dudas. Las sesiones 3 y 4 se llevarán a cabo durante el segundo trimestre, en las que desmitificaremos mitos y aconsejaremos posibles posturas que faciliten la vida sexual de la pareja y mayor comodidad para la embarazada, daremos alternativas al coito y explicaremos las posibles contraindicaciones y signos de alarma. Finalmente, la última sesión (5ª) la realizaremos en el tercer trimestre, la cuál será de manera individual o en pareja para aclarar posibles dificultades y/o dudas personales, y también introduciremos la sexualidad en el puerperio.

12. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Nuestro programa se implantaría como un componente más de la educación maternal, que se imparte en los centros de salud a las gestantes y sus parejas.

Como ejemplo nosotros lo vamos a incluir en la educación maternal que se lleva a cabo en el Centro de Salud Menéndez Tolosa, su programa actual es el siguiente:

1º y 2º trimestre: Evolución del embarazo, información de las citas y analíticas durante todo el proceso de la gestación.

3º trimestre. A partir de la semana 31 se imparten sesiones semanalmente:

- La importancia de la implicación de la pareja en el proceso del parto.
- Cuidados en el puerperio. Técnicas de respiración.
- Lactancia materna. Técnicas de respiración.

- Cuidados del recién nacido y documentos a realizar después del parto. Técnicas de respiración.
- Alivio del dolor en el parto. Técnicas de respiración.
- Ejercicios en la colchoneta y en la pelota. Charla de los ejercicios perineales y de Kegel para la recuperación del suelo pélvico.

Al incluir nuestras sesiones y hacer algunas modificaciones a este prototipo elegido, nuestra educación maternal quedaría de la siguiente forma:

Primer trimestre:

1. Evolución del embarazo. Cambios físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales. Información de las citas y analíticas durante todo el proceso de la gestación. La respuesta sexual.
2. La zona pélvica y su importancia (estructura, musculatura del periné y vísceras). Erotismo.

Segundo trimestre:

3. Desmitificación de falsos mitos, creencias y tabúes. Posturas recomendadas durante la actividad sexual.
4. Situaciones reales en las que está contraindicada la práctica del coito. Alternativas al coito. La importancia de las caricias y juegos. El reconocimiento y la utilización de todos los sentidos.
5. La importancia de la implicación de la pareja durante el embarazo y en el proceso del parto. Rol que ocupa la pareja en la sexualidad.

Tercer trimestre:

6. Cuidados en el puerperio. Sexualidad en el puerperio. Técnicas de respiración.
7. Lactancia materna. Técnicas de respiración.
8. Cuidados del recién nacido y documentos a realizar después del parto. Técnicas de respiración.
9. Alivio del dolor en el parto. Técnicas de respiración
10. Sesión individual o en pareja. Se realizará en función de las necesidades de cada embarazada y daremos algunas explicaciones y recomendaciones sobre la sexualidad en el puerperio.

13. SEGUIMIENTO

Cuando hayamos acabado nuestro programa estableceremos actividades de seguimiento. La primera actividad coincidirá con la visita puerperal que tiene lugar una semana posterior al parto, donde resolveremos posibles dudas, daremos recomendaciones a seguir durante este periodo y recordaremos los datos más importantes sobre la sexualidad en el postparto.

A los 6 meses estableceríamos otra sesión de seguimiento, la realizaríamos mediante una llamada telefónica a cada una de las madres. En esta llamada haríamos un seguimiento global, donde identificaremos posibles dificultades que resolveríamos posteriormente citando a la mujer y/o pareja a consulta.

También abriremos una página web donde las embarazadas podrán consultar cualquier tipo de duda; pondríamos todo lo que se realizó en la educación maternal y seguiríamos aportando nueva información y recomendaciones.

Nuestro objetivo es conocer la evolución de la actividad sexual de la embarazada y su pareja, resolver sus dudas y seguir mejorando los conocimientos y conductas.

14. EVALUACIÓN

Para evaluar nuestro programa lo ideal metodológicamente sería realizar un ensayo aleatorio controlado, con un grupo control y otro experimental. Sin embargo, dada las consideraciones éticas, utilizaríamos un diseño cuasiexperimental pre-post test, es decir, se llevaran a cabo dos mediciones, una antes y otra después del proceso educativo.

Usaremos un indicador de resultado de la Educación Sanitaria, la Alfabetización en Salud (Health Literacy). Delimitada por la Organización Mundial de la Salud, en 1998, como “las habilidades cognitivas y sociales que influyen en la motivación de las personas y la capacidad de acceder, comprender y utilizar información de manera que promuevan y mantengan una buena salud” (31).

Se determinan tres niveles diferentes de Alfabetización en Salud (32):

- **Funcional.** Habilidades básicas de escritura y lectura necesarias para funcionar con efectividad en un contexto sanitario.
- **Interactiva.** Habilidades cognitivas más avanzadas y habilidades sociales que permitan la participación activa en los cuidados de salud.

- **Crítica.** La habilidad para analizar críticamente y utilizar la información de salud en la participación de acciones que sobrepasan las barreras estructurales para la salud.

Para medir la Alfabetización en Salud previa a la realización del programa y así adecuarlo, usaremos el cuestionario HLS-EU-Q16. Se trata de la versión reducida del Instrumento Europeo de evaluación creado por Sorensen (anexo 3), que evalúa, con 16 ítems, los 3 niveles de la Alfabetización en Salud (funcional, interactiva y crítica) (33).

Con el fin de conocer el *grado de conocimientos* acerca de la sexualidad durante el embarazo y sus *actitudes* sexuales antes y después de nuestra intervención, *dificultades* y *mecanismos de afrontamiento*, se pasará un cuestionario estructurado con 10 preguntas de opción múltiple, autocumplimentado y elaborado al efecto (anexo 2).

Por otro lado, para medir el *nivel de satisfacción* de nuestro programa pasaremos otro cuestionario (anexo 4) después de haber finalizado la última sesión de educación sexual. Está estructurado con 5 preguntas en una escala Likert (1. Completamente en desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Indiferente, 4. Algo de acuerdo, 5. Completamente de acuerdo) y una pregunta final abierta para que el participante exponga las observaciones oportunas.

Por último, mediremos el *impacto del programa* mediante la frecuentación de gestantes formadas y parejas implicadas, nivel de asistencia y culminación y/o abandono del programa.

15. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante el embarazo, y a medida que éste avanza, las funciones sexuales pueden reducirse y la respuesta sexual verse afectada. La información proporcionada por profesionales acerca de la sexualidad durante este periodo normalmente es insuficiente o nula. Por estos motivos he elaborado este proyecto de educación para la salud específico para embarazadas y sus parejas, con el objetivo de intentar mejorar los conocimientos y actitudes sexuales.

Es necesario promover una atención profesional orientada a aconsejar a las parejas acerca de los cambios biopsicosexuales y ayudarles a entender las modificaciones

normales en la respuesta sexual durante el embarazo, todo ello con el fin de mejorar su calidad de vida y, así también, la salud sexual de la pareja.

Como hemos podido observar a lo largo de nuestro trabajo, no existen muchos estudios que establezcan este tipo de atención, obviando que sea de importancia para la mujer y su pareja.

Con este tipo de programas se conseguirían bastantes beneficios y pocas pérdidas, ya que son de bajo coste y de fácil implantación. A través de ellos, se conseguiría ver la sexualidad como una parte fundamental de la vida, que afecta de forma considerable al bienestar, también, daríamos un giro a nuestras creencias y culturas, dejando de ver la sexualidad como un tema prohibido, lo que supone un lastre para el desarrollo de esta dimensión de la personalidad. Mejoraríamos la salud de la embarazada y su pareja, existiendo así, menor porcentaje de disfunciones

sexuales, miedos, falsas creencias, mitos, etc., ya que los profesionales de la salud (médicos/as, matrón/as, enfermeros/as) en contacto con la mujer en estas etapas, jugamos un papel importante en la resolución de este tipo de problemas.

Así, en la formación de los profesionales de enfermería queda recogida en el *artículo 8 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, en su apartado c) que hace mención a la necesidad de incluir la salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional, ya que, como hemos dicho antes, son éstos los que fundamentalmente están en contacto con las pacientes y sus familiares, y son ellos/as los que deben dar información aunque las pacientes no se la pidan por vergüenza o porque simplemente no saben que tienen derecho a recibir esta información que les será de gran utilidad para su plena recuperación (34).

La Enfermería, como disciplina especializada en el campo de los cuidados, asume una gran responsabilidad en el fomento, protección y promoción de la salud sexual. Su intervención tiene por objetivo la atención integral de la persona para conseguir una buena calidad de vida.

Sin embargo, la realidad es muy distinta. Como hemos podido observar en Atención Primaria y Hospitalaria nombran de forma muy escueta la sexualidad, y se deja a

decisión del profesional implicarse o no en el abordaje del tema, sin tener ningún tipo de protocolos de actuación.

No obstante, la enfermería acoge en la NANDA un diagnóstico con sus respectivos objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) que alude esta actividad (anexo 4) (35). Por lo tanto, todo enfermero/a debería estar capacitado para realizar estas tareas, puesto que les corresponde como competencia.

- Diagnóstico NANDA: (00208) Disposición para mejorar el proceso de maternidad.
- NOC: (1839) Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio.
- NIC: (6960) Cuidados prenatales. (5248) Asesoramiento sexual.

Recopilando algunos de los indicadores de objetivos y actividades debemos saber que todo enfermero debería:

- Conocer y transmitir los cambios biopsicosociales que se dan durante la gestación.
- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
- Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda.
- Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.
- Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, según corresponda.
- Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.

De esta forma, y tal como he desarrollado, nuestro programa se implantaría (acorde con los criterios que nos indica la NANDA), como una parte más de la educación maternal; se iniciaría lo antes posible (preferiblemente en el primer trimestre) y abordaría la sexualidad de manera integral. Trataríamos temas sobre fisiología, psicología, anatomía, etc., pues todos ellos provocan cambios de relevancia y desconocidos para la mujer.

Dejaríamos claro que la sexualidad no es sólo genitalidad. En una relación sexual interviene todo el cuerpo y cuando una pareja desea compartir sentimientos de intimidad, amor y sexo, lo puede hacer sin la obligatoriedad del coito. Por lo que, la prohibición de este no implica prohibición para los encuentros sexuales.

Es fundamental dar ideas simples y concisas que despejen cualquier duda. En un embarazo normal sin patología intercurrente el coito no entraña riesgos ni efectos perjudiciales y esto la pareja debe tenerlo muy claro.

Aportando información objetiva, lo que buscamos es la tranquilidad de la pareja, para que puedan tener en este periodo tan importante para sus vidas, una actividad sexual plena y placentera.

Para concluir, aclararemos que la sexualidad comienza desde la propia gestación y termina con la muerte del individuo; impregna todos y cada uno de los actos de la vida cotidiana. Crea reglas de comportamiento, evoluciona con la historia y es una continua fuente de placer o frustración, desde la adolescencia hasta la vejez.

“Todos, absolutamente todos, somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos”

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Portalatín B. “Se habla mucho de sexo, y muy poco de sexualidad”. El Mundo [revista en Internet]. 2014 enero [acceso 9 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2014/01/31/52eb88fde2704e5d3c8b4571.html>
2. Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona; 2011 [acceso 10 de febrero de 2014]. AEEM informa. La Sexualidad en el embarazo y puerperio [8]. Disponible en: http://www.aeem.es/ampliar_informam.asp?id=9
3. Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados [revista en Internet] 2012 [acceso 7 de mayo de 2014]; 16(33). Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24154/1/CC_33_09.pdf
4. Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio [tesis]. Almería: Universidad de Almería; 2012.
5. Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Enfermería Global [revista en Internet] 2013 [acceso 1 de mayo de 2014]; 12(32): [362–70]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400022&script=sci_arttext&tlng=enandothers
6. Castelo-Branco C. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2005.
7. Piñero Navero S, Alarcos Merinio G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Investigación [revista en Internet] 2011 enero-febrero [acceso 5 de junio de 2014]; 8(50): [9]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_original_modifisex.pdf

8. González I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [revista en Internet] 2001 [acceso 2 de mayo de 2014]; 17(5): [497–501]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015
9. Contreras I. Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas [tesis]. Barcelona; 2010.
10. World Health Organization [sede Web]. WHO; 2014 [acceso el 28 de enero de 2014]. Sexual and reproductive health [1]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
11. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [revista en Internet] 2013 [acceso el 18 de abril de 2014]; 30(3): [455–60]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
13. Fetal Medicine Barcelona [sede Web]. Barcelona 2014 [actualizado el 1 de junio de 2013; acceso el 25 de mayo de 2014]. Innatal. El suelo pélvico y los beneficios de ejercitarlo [1]. Disponible en: <http://inatal.org/el-embarazo/consultas/ejercicio-y-actividad-fisica-habitual/91-el-suelo-pelvico-y-los-beneficios-de-ejercitarlo.html>
14. García A, Del Olmo P, Carballo N, Medina M, González C, Morales P. Reeduación del suelo pélvico. *Asociación Española de Enfermería en Urología*; 2005. Número: 94. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3099456.pdf
15. Sánchez M, Hernández M, López A, Martínez I, Hoyos I, Gallardo Y. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. *Matronas Profesión* [revista en Internet] 2001 [acceso el 7 de junio de 2014]; 2(6):

- [23–9]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7590/173/influencia-de-la-actuacion-de-la-matrona-ante-la-iue-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>
16. Castelo-Branco C, Sebastini M, Siseles M. Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II). Embarazo y puerperio. Sexualidad humana: una aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 231-46.
17. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Revista Internacional de Andrología [revista en Internet] 2007 enero [acceso el 23 de enero de 2014]; 5(1): [11–21]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X07740293>
18. Mas M. Bases Fisiológicas de la sexualidad (1). Sexualidad humana: una aproximación integral. Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 21-32.
19. Masters W, Johnson V. Respuesta Sexual Humana. Editorial Intermedica; 1976.
20. Benítez G, Medina N. Uso de prostaglandinas en obstetricia. Revista de la Facultad de Medicina [revista en Internet] 2006 [acceso 5 de junio de 2014]; 29(1): [1]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Díaz S. El uso de las prostaglandinas en obstricia y ginecología: el caso del misoprostol. 1ª ed. Ugarte M, editor. San José (CR): Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir; 2011. Disponible en: http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/DDSS_RR/uso_prostaglandinas.pdf
22. Sánchez M. Prostaglandinas y función reproductiva. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2008. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.p_g_fn_reproductiva.pdf

23. García S, Duarte L, Mejías M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2012 [acceso 4 de mayo de 2014]; 11(4): [453–64]. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/enfermeria3.pdf>
24. Rodríguez M, Ramón E. Características embarazada y evolución del patrón sexual de la mujer. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2013 [acceso 1 de mayo de 2014]; 12(32): [362–70]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400022&script=sci_arttext&tlng=enandothers
25. Sapién J, Salguero M, Córdoba D. Dificultades sexuales vividas por los varones durante el embarazo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [revista en Internet] 2011 [acceso 14 de enero de 2014]; 14(3): [129–55]. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/27650>
26. Sapién J, Córdoba D. Comportamiento Sexual de Varones Durante el Embarazo: Casos en la Ciudad de México. *Terapia psicológica* [revista en Internet] 2011 diciembre [acceso 14 de enero de 2014]; 29(2): [185–90]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Rodrigáñez C. *Pariremos con placer*. Acosta L. Ediciones Crimentales S.L.; 2009. Disponible en: www.casildarodriganez.org
28. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Journal of the Medical Association of Thailand* [revista en Internet] 2004 octubre [acceso 15 de mayo de 2014]; 87 Supl 3: 45–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21218590>
29. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Sexuality of pregnant women. *Ginekologia polska* [revista en Internet] 2006 septiembre [acceso 15 de mayo de 2014]; 77(9): [733–9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17219804>

30. Sapién J, Córdoba D. Sexo y embarazo: Ideas de profesionales de salud. *Psicología & Sociedade* [revista en Internet] 2011 [acceso 14 de enero de 2014]; 23(3): [608–15]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/19.pdf>
31. WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Achieving health equity: From root causes for fair outcomes*. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html
32. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998; 13: [349-64].
33. Maastricht University [sede Web]. Maastricht (Holanda); 2013 [acceso 18 de junio de 2014]. Health Literacy (HLS-EU) [7]. Disponible en: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm>
34. Carballo Vizcaíno, C. Sexualidad y disfunciones sexuales más frecuentes en ginecología y obstetricia. *Parainfo Digital* [revista en Internet] 2010 [acceso 17 de junio de 2014]; 10: [1]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p072.php>
35. NNNConsult [base de datos en Internet]. Cádiz: Universidad de Cádiz; [acceso 17 de junio de 2014]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.diana.uca.es/nanda/order/pat>

16. ANEXOS

ANEXO 1

DATOS DEMOGRÁFICOS Y PERSONALES

A continuación va a contestar diferentes aspectos demográficos y personales. Lea con atención y no dude en preguntar cualquier interrogante mientras realiza el cuestionario. Este cuestionario es anónimo. Por favor no lo firme, ni escriba ninguna identificación. Las respuestas se analizan como respuestas de grupo y no como respuestas individuales.

Edad:	Lugar de nacimiento:.....
Creencias religiosas: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo indicar.....
¿Tiene pareja?	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, menos de 1 año <input type="radio"/> Sí, entre 1 y 5 años <input type="radio"/> Sí, más de 5 años	
En la actualidad convive:	
<input type="radio"/> Solo <input type="radio"/> Piso compartido <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familia	
Estudios:	
<input type="radio"/> Básicos (EGB, ESO o equivalente) <input type="radio"/> Universitarios <input type="radio"/> Grado medio (Bachiller, FP o equivalente) <input type="radio"/> Sin estudios	
Edad 1ªregla:.....FO:.....	
- nº de embarazos:.....	
- nº de abortos:.....	
- nº de partos:.....	
- nº hijos nacidos vivos:.....	
- nº hijos vivos en la actualidad:.....	
Patrón sexual habitual (antes de estar embarazada):	
Edad de Inicio:.....Frecuencia:.....	
Embarazo actual:	
Es un embarazo deseado: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Semanas de gestación:.....	

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTUALES

El cuestionario que a continuación va a contestar trata de medir sus conocimientos con respecto a la sexualidad durante el periodo gestacional. Lea con atención y no dude en preguntar cualquier interrogante mientras realiza el cuestionario. Este cuestionario es anónimo. Por favor no lo firme, ni escriba ninguna identificación. Las respuestas se analizan como respuestas de grupo y no como respuestas individuales.

1.	¿Has tenido algún cambio durante el embarazo?	a. Sí, sólo físicos	b. Sí, físicos y emocionales	c. No
2.	¿Ha afectado el embarazo a tu vida sexual?	a. Sí, me siento cansada y sin ganas o me da miedo	b. Sí, tengo más ganas que antes	c. No
3.	¿Las relaciones coitales pueden dañar a tu bebé?	a. Sí	b. No	c. No sabe/no contesta
4.	¿Tener relaciones sexuales puede adelantar el parto?	a. Sí	b. No	c. No sabe/no contesta
5.	¿Qué postura es la menos recomendada a partir de la semana 24-26?	a. Decúbito lateral izquierdo (tumbado sobre el lado izquierdo)	b. Decúbito lateral derecho (tumbado sobre el lado derecho)	c. Decúbito supino (boca arriba)
6.	¿Cuándo se pueden mantener relaciones coitales durante el embarazo?	a. Primer y segundo trimestre	b. En cualquier trimestre, siempre que no haya ninguna contraindicación	c. Nunca
7.	¿En qué trimestre crees que se puede disfrutar más del sexo?	a. En el primero	b. En el segundo	c. En el tercero
8.	13. Si el médico contraindica el coito, ¿puedes disfrutar de otras formas de sexualidad?	a. Sí	b. No	c. No sabe/ no contesta
9.	¿En qué consisten los ejercicios de Kegel?	a. Son ejercicios de la musculatura pélvica	b. Ayudan al estreñimiento	c. empeoran el proceso del parto ni las relaciones sexuales
10.	14. ¿Qué beneficios se obtienen con los ejercicios de Kegel?	a. Alivia el estreñimiento	b. Tonificar, flexibilizar y relajar los músculos de la zona	c. Aumenta la lubricación vaginal

ANEXO 3CUESTIONARIO HLS-EU-Q16

On a scale from very easy to very difficult, how easy would you say it is to ...

1. Find information on treatments of illnesses that concern you?
2. Find out where to get professional help when you are ill?
3. Understand what the doctor says to you?
4. Understand your doctor's or pharmacist's instructions on how to take prescribed medicine?
5. Judge when you may need to get a second opinion from another doctor?
6. Use information the doctor gives you to make decisions about your illness?
7. Follow instructions from your doctor or pharmacist?
8. Find information on how to manage mental health problems like stress or depression?
9. Understand health warnings about behaviour such as smoking, low physical activity and drinking too much?
10. Understand why you need health screenings?
11. Judge if the information on health risks in the media is reliable?
12. Decide how you can protect yourself from illness based on information in the media?
13. Find out about activities that are good for your mental well-being?
14. Understand advice on health from family members or friends?
15. Understand information in the media on how to get healthier?
16. Judge which everyday behaviour is related to your health?

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

En este cuestionario se miden diferentes aspectos a los que usted debe responder marcando del uno al cinco, siendo:

- (1) Completamente en desacuerdo.
- (2) Algo en desacuerdo.
- (3) Indiferente.
- (4) Algo de acuerdo.
- (5) Completamente de acuerdo.

1. Me ha servido acudir a las sesiones.	1	2	3	4	5
2. Los medios materiales y el medio de los que se disponía eran adecuados	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecha con la información recibida o con lo aprendido	1	2	3	4	5
4. Me ha parecido adecuado el número de sesiones que se han impartido	1	2	3	4	5
5. Había un ambiente agradable y de confianza en las sesiones para preguntar mis dudas	1	2	3	4	5
Ayúdenos a mejorar con su opinión acerca del programa de educación sexual:					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

ANEXO 5

NANDA

(00208) Disposición para mejorar el proceso de maternidad. Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.

NOC

(1839) Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio.

Grado de conocimiento transmitido sobre la función sexual durante el embarazo y el posparto.

INDICADORES

- (183903) Fisiología de la función sexual femenina.
- (183904) Cambios anatómicos y fisiológicas del embarazo.
- (183905) Cambios psicológicos asociados al embarazo.
- (183906) Cambios emocionales asociados al embarazo.
- (183910) Cambios potenciales en el deseo y la respuesta sexual.
- (183911) Restricciones de relaciones sexuales durante el embarazo.
- (183912) Restricciones de relaciones sexuales durante el posparto.
- (183913) Modificación de la posición coital para evitar lesiones.
- (183914) Modificación de la posición coital para evitar molestias.
- (183915) Modificación de la actividad sexual para la mutua satisfacción.
- (183920) Influencias sociales sobre la conducta sexual personal.
- (183921) Influencias culturales sobre la conducta sexual personal.

NIC

(6960) Cuidados prenatales. Provisión de cuidados sanitarios durante el período de gestación.

ACTIVIDADES

- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación, alentando a la vez la implicación de la pareja de la paciente o de otro familiar.
- Alentar la asistencia a clases prenatales.

Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.

Comentar los aspectos de la sexualidad.

Comentar las preocupaciones y consideraciones puerperales (p. ej., planificación familiar y anticoncepción, retorno al trabajo o a la escuela, así como cambios fisiológicos y psicológicos).

(5248) Asesoramiento sexual. Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.

ACTIVIDADES

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.

Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.

Hacer saber al paciente que usted está preparado para responder a cualquier pregunta sobre el funcionamiento sexual.

Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.

Determinar el nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre la sexualidad en general.

Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas.

Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda.

Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.

Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, según corresponda.

Enseñar al paciente sólo técnicas compatibles con los valores/creencias.

Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.

Dar seguridad de que las prácticas sexuales actuales o nuevas son saludables, según corresponda.

Dar seguridad y permiso para experimentar con formas alternativas de expresión sexual, según corresponda.