



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARAZADAS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA
PROVIDENCIA. AÑO 2012.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE MAGISTER EN "GERENCIA CLINICA EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA"**

**MAESTRANTE:
OBST. MAYRA PALIZ ROSADO**

**TUTOR:
DRA. ABIGAIL CARRIEL**

**AÑO:
2015**

GUAYAQUIL – ECUADOR

Guayaquil, 27 abril 2015

Sr.

Dr. Raúl Intriago López

DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Ud. para entregar el informe de la revisión de la tesis de Obst Mayra Páliz Rosado titulada COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARAZADAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA. Año 2012 y Propuesta, presentada como requisito para optar por el título de Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual Y reproductiva, la misma que entrega con la correcciones indicadas.

Por lo tanto se acepta el trabajo concluido y puede continuar con el proceso de sustentación.

Sin otro particular


Obst Carmen Marín Soria MSc.

REVISORA DE TESIS ESCUELA DE GRADUADOS

MAYO 11-2015
INFORME AL
INTERMEDIO
1 de mayo

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

FECHA: 30/04/2015

HORA: 15:44

RECIBIDO POR: Daniela M. Ibarra Rivera



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

Of. EG#086-2015/ PROY

Abril 14 de 2015

Obstetriz
Mayra Palíz Rosado
MAESTRÍA EN GERENCIA CLÍNICA
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Una vez obtenido el oficio del Trámite Interno N° 151/2015 del 30/03/2015 suscrito por la Ab. Carmen Morán Flores, Secretaria General de la Facultad de Ciencias Médicas que hace referencia que hace referencia al informe académico de su proceso de titulación en virtud de que la fecha de finalización de su periodo académico (2005 – 2007) incurría en la Resolución RCP-SO-13. N°146-2014 del Consejo de Educación Superior en la Disposición Transitoria Quinta Literal E se resolvió lo siguiente:

"El Señor Decano, Resuelve acoger la sugerencia de la Comisión Académica y se PROCEDA a favor de la maestrante en base de resoluciones de casos similares".

Por lo antes expuesto me permito comunicar a usted que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, AÑO 2012".

Tutor: Dra. Abigail Carriel Ubilla.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 14 de abril del 2015, por lo tanto puede continuar con la ejecución del BORRADOR FINAL.

Revisora: Obst. Carmen Marín Soria, MSc.

Atentamente,

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Srta. Daniela Ibarra R.

16/06/2015

Guayaquil 27 de abril, 2015

CERTIFICADO DEL TUTOR

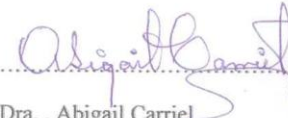
En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación de Tesis para optar por el grado académico de Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva.

Certifico que: he revisado la Tesis presentado por la Obst. PALIZ ROSADO MAYRA GUICELLA con C.I. 0918544735.

Cuyo tema es: "COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA. AÑO 2012"

Revisado y corregida la Tesis, lo certifico.

Atentamente


Dra. . Abigail Carriel

Abigail Carriel Ubilla
Doctora en Medicina y Cirugía
Libro 1 Folio 351 No. 1053
Master en Salud Ocupacional
Reg. Senescyt CU-12-2619

TUTOR

C.I. 090719687-7

Guayaquil 18 de mayo, 2015

CERTIFICADO

En mi calidad de Director del Hospital Divina Providencia San Lorenzo Esmeraldas.

Certifico que; el trabajo de investigación para optar por el grado académico de Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva fue realizado por la Obstetriz PALIZ ROSADO MAYRA GUICELLA con C.I. 0918544735.

Cuyo tema es; "COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA. AÑO 2012 "

Realizado y presentado el trabajo investigativo a esta institución, lo certifico.

Atentamente



Dr. Ignacio Farfán G.

DIRECTOR HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

C.I. 130744139-2





**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARAZADAS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA
PROVIDENCIA. AÑO 2012.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE MAGISTER EN "GERENCIA CLINICA EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA"**

**MAESTRANTE:
OBST. MAYRA PALIZ ROSADO**

**TUTOR:
DRA. ABIGAIL CARRIEL**

**AÑO:
2015**

GUAYAQUIL – ECUADOR

RESUMEN

Al Hospital Divina Providencia acuden embarazadas de todas las edades y el tema de la sexualidad durante el embarazo no es abordado durante los controles prenatales ni como charlas mientras las embarazadas esperan por su consulta, no aprovechando así un espacio para contribuir, desde el punto de vista de la sexualidad a un embarazo sano y saludable física y psicológicamente. La falta de información sobre sexualidad y embarazo refuerza mitos y creencias erróneas que sostienen comportamientos sexuales de riesgo, incrementando el riesgo de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo, abortos, partos pre termino o prematuros, incluso violencia o abuso sexual intraconyugal. El objetivo del estudio fue determinar los comportamientos sexuales de las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Divina Providencia cantón San Lorenzo, provincia de Esmeraldas año 2012. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de diseño no experimental, utilizando una encuesta que se aplicó a una muestra de 230 embarazadas que acudieron a la consulta estudio realizado para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de esta población frente a la sexualidad durante el embarazo. Los datos fueron tabulados, y se presenta en tablas y gráficos, analizados y discutidos, y entre los resultados en relación al comportamiento sexual la mayoría indica que el embarazo no impide las relaciones sexuales, también indican las etapas de riesgo para evitar y todo lo referente a las condiciones en que se maneja la sexualidad durante esta etapa; por otra parte existe grupos aunque menor porcentaje que tiene creencias erróneas sobre la afectación al embarazo y por eso evitan las relaciones, incidiendo en la comunicación y relación de pareja, por lo tanto se recomienda que se implemente un modelo de prevención educativo para las parejas sobre el manejo de la sexualidad durante el embarazo en el hospital.

PALABRAS CLAVES: SEXUALIDAD, EMBARAZO, CONTROL PRENATAL, PREVENCIÓN, COMPORTAMIENTOS, MITOS, RIESGO.

ABSTRACT

They come to the Divine Providence Hospital pregnant of all ages and the topic of sexuality during pregnancy is not addressed during the prenatal or as talks while pregnant women are waiting for your inquiry, not taking advantage of a space to contribute, from the point of view of sexuality to a pregnancy healthy physically and psychologically. The lack of information on sexuality and pregnancy reinforces myths and beliefs wrong that hold risky sexual behaviors, increasing the risk of STIs during pregnancy, abortions, births pre term or premature, even violence or sexual abuse intraconyugal. The objective of the study was to determine the sexual behaviors of the pregnant women who come to the Divine Providence Hospital outpatient canton San Lorenzo, provincia de Esmeraldas year 2012. He was a descriptive, correlational nonexperimental Design Studio, using a survey applied to a sample of pregnant 230 who attended the inquiry study to determine the knowledge, attitudes and practices of this population against sexuality during pregnancy. Data were tabulated, and is presented in tables and graphics, analyzed and discussed, and the results in relation to sexual behavior between the majority indicates that pregnancy does not prevent sexual intercourse, also indicate the stages of risk to avoid and all matters relating to the conditions in which sexuality is handled during this stage; on the other hand there is groups but lower percentage that has mistaken beliefs about pregnancy and therefore impacting avoid relationships, focusing on communication and relationship, therefore it is recommended to implement an educational model of prevention for couples on the handling of sexuality during pregnancy in the hospital.

KEYWORDS: SEXUALITY, PREGNANCY, ANTENATAL CARE, PREVENTION, BEHAVIOR, MYTHS, RISK.

INDICE

RESUMEN	II
ABSTRACT.....	III

CAPITULO I

1. INTRODUCCION	1
1.1 Determinación del Problema.....	2
1.2 Justificación.....	2
1.3 OBJETIVOS	
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 HIPOTESIS.....	5
1.5 VARIABLES.....	5
1.5.1 Variable Dependiente	5
1.5.2 Variable Independiente.....	5

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.....	6
2.1 Sexualidad Humana.....	6
2.2 Conocimiento sobre sexualidad y embarazo.....	7
2.3 Posiciones sexuales más cómodas	7
2.4 Cuando no tener relaciones sexuales	10
2.5 Razones por las que no puede tener relaciones	11

2.6 Percepción de riesgo de Its y embarazo.....	11
2.7 Enfoque socio cultural: mitos y creencias.....	12
2.8 Información y educación sobre sexualidad y embarazo.....	13
2.9 Programas de salud	13
2.10 El rol educativo de los profesionales de la salud.....	14

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS.....	16
3.1 Materiales	17
3.2 Universo.....	18
3.3 Muestra.....	18
3.4 METODOS.....	19
3.5 Diseño de la investigación.....	20

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS.....	21
4.2 DISCUSION.....	48

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES.....	49
5.2 RECOMENDACIONES.....	52

CAPITULO VI

6.1 PROPUESTA.....	53
6.2 Introducción.....	56
6.3 Justificación.....	57
6.4 Objetivo general.....	58
6.5 Objetivo específico.....	59
6.6 Metodología.....	59
6.7 TALLER EDUCATIVO.....	60

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1	20
Tabla N°2	21
Tabla N°3	22
Tabla N°4	23
Tabla N°5	24
Tabla N°6	25
Tabla N°7	26
Tabla N°8	27
Tabla N°9	28
Tabla N°10	29
Tabla N°11	30
Tabla N°12	31
Tabla N°13	32
Tabla N°14	33
Tabla N°15	34
Tabla N°16	35
Tabla N°17	36
Tabla N°18	37
Tabla N°19	38
Tabla N°20	39
Tabla N°21	40
Tabla N°22	41
Tabla N°23	42
Tabla N°24	43
Tabla N°25	44

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1.....	23
Gráfico N°2.....	27
Gráfico N°3.....	36
Gráfico N°4.....	42

BIBLIOGRAFIA.....	59
-------------------	----

ANEXOS.....	61
-------------	----

INTRODUCCIÓN

Muchas parejas se olvidan que un embarazo ocurre después de una relación sexual, debido a esto existen mitos y creencias que acrecientan temores relacionados con la sexualidad durante el embarazo desconociendo que hay cambios en la sexualidad durante el embarazo y las necesidades sexuales de una pareja varían ampliamente, desde la incomodidad, el disfrute o la ausencia total.

La frecuencia de la relación sexual de pareja puede ser en algunos casos una relación obligatoria semanal y en otros casos una relación diaria nunca es suficiente. El apetito sexual, disfrute y comportamiento de cada mujer que va a tener un hijo varía, el embarazo puede pasar por crisis emocionales y físicas que pueden enfriar el deseo sexual, otras viven su sexualidad con miedo, temores innecesarios, creyendo que las relaciones sexuales pueden perjudicar al feto; situaciones que en esta circunstancia, tan especial y trascendental en la vida de cada mujer y hombre o cada pareja, pueden dar lugar al distanciamiento, relaciones sexuales extraconyugales e incluso violencia o abuso sexual intra-conyugal; estos comportamientos en especial y los agresivos también exponen a la embarazada a su pareja y al feto al riesgo de hemorragia obstétrica, abortos, partos prematuros o prematuro, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. Son muchos los mitos y comportamientos que se han formulado en torno a la sexualidad en el embarazo, esto es debido a la falta de información y desconocimiento del tema, lo que ha llevado a la pareja a no disfrutar de su sexualidad en la espera de un nuevo ser, siendo la mujer embarazada históricamente identificada como asexual, intocable, disminuyendo así la frecuencia de coitos, la capacidad orgásmica y la satisfacción sexual de la embarazada. En 1996 Masters y Johnson, publicaron los resultados de sus investigaciones sobre la respuesta sexual influenciada por el embarazo, demostrando que el embarazo influye inexorablemente sobre la sexualidad en la mayoría de las pacientes.

La conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo y sus consecuencias ha estado sujeta durante largo tiempo a una considerable especulación. Las pacientes adoptan sus propias determinaciones sobre los cambios en el comportamiento sexual durante el embarazo, pero a veces lo hacen de forma equivocada o influida por el mismo.

En el Hospital Divina Providencia San Lorenzo Esmeraldas no se ofrece educación, ni orientación sobre el comportamiento sexual saludable, responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación en sexualidad que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas y/o prejuiciadas por efecto de los métodos tradicionales de educación de la sexualidad, lo que impide o intimida a la paciente a interactuar con el Obstetra que le está llevando sus controles prenatales.

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Los comportamientos sexuales durante el embarazo están influenciados por mitos y creencias erróneas que intervienen en la dimensión afectiva y comunicacional del vínculo sexual, y durante la consulta prenatal en el Hospital Divina Providencia se observa que no hay un espacio que brinde confianza, ni existe el conocimiento y la preparación por parte del profesional de la salud que atiende para tratar el tema de la sexualidad durante el embarazo. Los factores como: nivel socio cultural bajo, sociedad machista, las creencias e ideologías diversas, afectan el desarrollo de la sexualidad de la embarazada e incide en el comportamiento sexual de manera inadecuada, teniendo así a la mujer arraigada a estos factores que le impiden o la intimidan interactuar con el profesional de la salud y no siempre se atreven a preguntar. Conocer cuáles son los comportamientos sexuales durante el embarazo y cuáles son sus determinantes importantes que influyen en las pacientes para poder prevenir situaciones de pareja y hasta el riesgo obstétrico es el aspecto que motivó el trabajo de investigación.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. Qué características sociodemográficas predominan en este estudio?
2. Cuáles son los conocimientos en relación a las prácticas sexuales durante el embarazo?

3. Cómo influye el nivel de instrucción, edad, procedencia, nivel de escolaridad, estado civil y antecedentes obstétricos en el conocimiento de las relaciones sexuales durante la gestación?
4. Qué cambios ocurren en las relaciones sexuales durante el embarazo?
5. Qué medidas de seguridad adoptan las gestantes sobre la percepción de riesgo por causa de violencia sexual?
6. Qué temas de educación sexual recibe la paciente embarazada en la consulta ¿

1.2 JUSTIFICACIÓN

La atención de la embarazada tiene un enfoque biopsicosocial y cultural y esta atención a las necesidades integrales de la embarazada, deben confluir los intereses tanto de los profesionales de la salud como de la misma embarazada y su pareja, y es de mucha importancia investigar en este campo de la sexualidad lo que saben y opinan las embarazadas sobre las tres necesidades durante la gestación : la protección (cuidarse y la normalidad), el miedo (tener relaciones sexuales, los cambios y tener sexo) y la satisfacción (ejercer la sexualidad, relacionarse con el esposo y estar bien) porque en la unidad hospitalaria durante la atención a la embarazada este tema queda oculto, pero cuando se indaga situaciones que podrían afectar la estabilidad emocional y por consiguiente el proceso del embarazo es que observamos que es importante considerarlo durante el interrogatorio, para establecer estrategias destinadas a crear información precisa que ayude a disminuir las falsas creencias y los temores de que las relaciones sexuales perjudican al embarazo, las consecuencias para la relación de pareja y el desarrollo saludable del embarazo . Además permite conocer más de la realidad sociocultural en cuanto a la sexualidad que tiene las pacientes que acuden a este hospital constituyéndose en un aporte para otros temas de investigación.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento sexual de las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Divina Providencia, cantón San Lorenzo, provincia de Esmeraldas, año 2012 y propuesta de un programa educativo.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer las características sociodemográficas del grupo de gestantes en estudio.
2. Identificar los conocimientos sobre relaciones sexuales y embarazo que tiene las gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Divina Providencia
3. Correlacionar los conocimientos sobre sexualidad en el embarazo y comportamiento sexual de las embarazadas con la edad, procedencia, nivel de escolaridad, estado civil y antecedentes obstétricos
4. Establecer los cambios de comportamiento sexual en la embarazada y su pareja durante la gestación en términos de frecuencia, deseo y satisfacción sexual
5. Determinar la percepción de riesgo obstétrico en cuanto a la existencia de violencia sexual en la relación de pareja.
6. Diseñar un Programa de educación sobre orientación de la sexualidad en el embarazo para las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Divina Providencia de San Lorenzo.

1.4. HIPOTESIS

- Existen cambios en el comportamiento sexual durante el embarazo según conocimientos mitos y creencias de la pareja.

1.5 VARIABLES

1.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Datos de Filiación

Antecedentes Obstétricos

Comportamientos sexuales durante el embarazo.

1.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Conocimientos, mitos y creencias sobre sexualidad y embarazo

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. SEXUALIDAD HUMANA

Para efectos de esta investigación se adoptó el concepto de sexualidad de Ressel LB, Gualda DM, (2003) ¹⁰ que se refieren a esta como “el resultado de una construcción histórica y cultural inmersa en la red de significados del grupo social específico de esta forma, la sexualidad como manifestación y expresión individual del ser humano no se separa de su entorno cultural y es allí donde debe ser interpretada”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Define la “sexualidad” como un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida, se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos y creencias, valores, conductas prácticas, aunque existen componentes característicos en todos los seres humanos, no se puede hablar de sexualidad única, ya que cada uno de nosotros posee una construcción individual de su sexualidad (Velásquez, 2013).¹⁵

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual, siendo así el comportamiento sexual de los humanos el producto de su cultura, su inteligencia, y de sus complejas sociedades.

2.2. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO.

Para las mujeres las relaciones sexuales durante la gestación como parte de la sexualidad expresada por ellas representa uno de los factores que causan más estrés que de una u otra forma refieren el miedo y la ansiedad de mantener una vida sexual durante la gestación. (Uribe, Orcorita, 2011).¹³

Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biosicosexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, sin embargo, está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación, pero no tan solo en ella pues también afecta a la pareja esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer (Martínez, 2006).⁹

En la actualidad, la mujer mantiene una vida sexual activa, siempre que no existan tabúes sociales que la repriman o razones de salud que lo desaconsejen; aunque estudios realizados confirman que aproximadamente el 40% de las mujeres embarazadas manifiestan una disminución del deseo sexual, debido al temor infundado de causar daño al feto o al aborto espontáneo. En el segundo trimestre del embarazo se recupera el deseo sexual, asociándose en muchos casos a un mayor bienestar físico a la vez que decrecen los temores en relación a la pérdida del feto, siendo en este período cuando la mujer tiene una mayor lubricación vaginal, permitiendo más fácilmente el coito (García González, Duarte González & Mejías Paneque, 2012).⁷

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. (Escobar, Cols, 2007).⁶

En cuanto a la edad la mayoría de las mujeres encuestadas en esta investigación fue de 15 a 19 años, con un rango de 15 - 40 años. Pero la edad, nivel de educación, estado civil, y número de nacimientos no influyeron en la frecuencia de relaciones sexuales durante la gestación.

Algo que no podemos olvidarnos es que en nuestra práctica médica se han visto casos de usuarias en que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos.

Está ampliamente documentado que entre las mujeres agredidas durante el embarazo hay mayor frecuencia de abortos espontáneos, de muerte intrauterina y neonatal y de hijos nacidos con bajo peso, lo que representa una limitación en las posibilidades de supervivencia del recién nacido. (Bernal, Casalsosa, Alonso, Hernández Gómez & Aguilar García, 2007).¹

2.3. POSICIONES SEXUALES DURANTE LA GESTACIÓN MÁS CÓMODA

Penetración desde atrás: También se llama posición de” cuchara”. La pareja debe estar acostada de lado, ella dándole la espalda al hombre. Esta postura es la más cómoda y se puede recurrir a ésta durante todo el embarazo, pues el no ejercerá presión sobre ella y podrá acariciar el vientre de su esposa.

Posiciones de lado: Hay otra variante en la forma de hacer el amor de lado para la mujer embarazada. En esta posición, la mujer esta acostada boca arriba y el hombre comenzara a curvarse muy cerca de la mujer mientras ella coloca sus rodillas sobre sus muslos. Desde esta postura él toma desde abajo y la penetra con suavidad .Ella debe mantener sus piernas muy juntas para que el miembro viril no se resbale y se salga. Esta posición permite a la pareja mantener contacto visual todo el tiempo y tienen libertad para besarse.

Él arriba: Esta posición es conocida como la “misionera “. Consiste en que el hombre se acuesta con la mujer, dejando un poco de espacio entre las caras para no presionar su vientre. Es aconsejable que hasta el segundo trimestre del embarazo el hombre tenga la precaución de no cargar su peso sobre el vientre de la. Medida que el volumen de este aumente, es posible que en esta postura la penetración sea incompleta pero satisfactoria.

Ella arriba: Esta posición es justo lo opuesto a lo anterior. Ahora ella se pone encima de el con las rodillas apoyadas sobre la superficie, dejando un poco de espacio

para no oprimir el vientre. Esta posición es aconsejable hasta el quinto mes. La mujer puede controlar los movimientos durante la penetración, lo cual puede resultarme muy satisfactorio pero agotador. En esta posición, ella puede usar sus manos con libertad sobre su compañero, ya sea para acariciarlo o para tocar sus genitales.

Posiciones sentados: En esta postura la mujer se sienta encima del hombre, viéndose a la cara. Esta posición es recomendable en el primero y segundo trimestre del embarazo. Al no permitir mucho movimiento, es cómoda para ambos y evita la presión sobre el abdomen. Además, si la penetración profunda causa problemas, la mujer puede controlar en gran medida el alcance de la misma y puede ajustar su postura para estar cómoda y poder acariciarlo. Aunque el movimiento es muy limitado, es una posición muy íntima.

2.4 RAZONES PARA NO TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

El sexólogo Kusnetzoff (2002) ⁸ afirmó que la complementación con la pareja es primordial a la hora de llevar a cabo una relación sexual durante el embarazo y que no se debe tener miedo, siempre y cuando se cuente con el respaldo de un especialista : “ Primero , tenemos que saber que no hace ningún daño tener relaciones sexuales ni en el comienzo ni en el medio ni en el final del embarazo , siempre supervisado por el Obstetra o el Ginecólogo , porque a veces hay embarazos complicados que exigen reposo absoluto y ahí hay que seguir las indicaciones médicas estrictas y una vez que el profesional da vía libre, entonces se puede aconsejar la frecuencia de las relaciones .

Entre las razones que están contraindicadas las relaciones por el profesional, es cuando haya hemorragia, y se debe descartar la posibilidad de que se trate de una placenta previa o de un aborto.

En el caso de abortos espontáneos anteriores y en especial durante los primeros meses hasta que el embarazo sea seguro. Cuando haya flujo con sangre o se rompa la bolsa de

líquido amniótico, pues esto podría provocar algún tipo de infección. (Contreras Oyarzun ,2004).⁴

Abstinencia: ¿sí o no? Para Kusnetzooof no es recomendable la abstinencia y distingue dos tipos: “Hay muchos hombres que dejan de tener relaciones sexuales apenas se enteran que su compañera está embarazada. Son felices por el hecho del embarazo, pero el temor a dañar los domina “. Y agrega: “es recomendable no caer en el temor irracional porque dañaría seriamente a la mujer al sentirse excluida por su compañero“.

Todas estas razones deben ser evaluadas cuidadosamente para orientar y evitar problemas con el embarazo o en la vida de relación de la pareja.

2.6. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS Y EMBARAZO

Las relaciones sexuales sin protección son uno de los factores de riesgo más importantes tanto en los países ricos como en los pobres, el segundo factor de riesgo en los países pobres; éstas pueden llevar al VIH/SIDA, así como a otras infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervical, los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo. (Sant Jaume, 2010).¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y dado orientaciones sobre esta situación a las autoridades de salud para combatirlas ya que constituyen el escenario ideal para la infección por el VIH/SIDA. Existen más de 20 clases de infecciones de transmisión sexual, se estima que en todo el mundo se registran cada año 250 millones de casos nuevos de ITS.

Estas infecciones causan afectaciones sobre el embarazo y el recién nacido; el herpes genital y las sífilis pueden causar abortos espontáneos, partos prematuros, y retardo del crecimiento intrauterino, así como muertes perinatales.

Esta situación resalta la importancia de reforzar las intervenciones de prevención, de manera que la publicidad del condón sea solo una parte de la estrategia y no la

respuesta, no obstante, el conocimiento de que, en el mejor de los casos, la efectividad del condón como método anticonceptivo es únicamente de 85 %, si bien más alto para ITS.

La respuesta central para hacer frente a la problemática descrita se ha enfocado en el uso del condón, sin considerar las barreras sociales, psicológicas y económicas que plantea su uso, especialmente para poblaciones vulnerables como las embarazadas. (Torres, Walkers & Gutiérrez, 2006).¹²

Según, Carrera et al. (2005)³ “una de cada cuatro mujeres en edad fértil (26%) que conoce de manera espontánea o dirigida la enfermedad, cree que tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH/SIDA, nueve puntos porcentuales más que lo registrado en la encuesta de 1999. El incremento en la percepción de riesgo de contraer la enfermedad entre 1999 y 2004, se da principalmente en el área urbana, en alrededor del 63 por ciento de mujeres de 15 a 49 años de edad conoce de manera espontánea sobre el VIH/SIDA, pero sólo el 8 por ciento conoce las tres formas de prevención relacionadas con la actividad sexual todos los grupos de edad y en mujeres con más altos niveles de instrucción”.

2.7. ENFOQUE SOCIOCULTURAL: MITOS Y CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO.

Entre los conceptos errados que se conocen en el saber popular, y aunque no es verdad puede provocar cambios o inhibiciones durante las relaciones sexuales en el embarazo:

- Las relaciones sexuales al inicio del embarazo provocan abortos
- El pene golpea al bebé y le puede dañar la cabeza.
- El semen intoxica al bebé.
- Las relaciones sexuales provocan sangrados placentarios.
- La vida sexual durante el embarazo seca la leche.

- Las relaciones sexuales provocan malformaciones en el niño y en especial si es del sexo masculino
- La masturbación provoca partos prematuros.
- La mujer que no tiene los hijos por parto vaginal es menos mujer.
- La lactancia impide que el cuerpo recupere su forma

Una educación sexual adecuada y correcta reduce las conductas de riesgo, la frecuencia de las relaciones y el número de compañeros, y es mediante esta educación que se disminuyen los tabúes, los mitos y los miedos. (Cordón-Colchón. 2008).⁵

En la actualidad se ha producido un fenómeno importante, pues los valores morales que estaban arraigados no responden a las nuevas condiciones económicas y sociales, sin embargo se mantiene otros aspectos que retrasan el avance de la conciencia moral, persisten prejuicios con respecto al sexo y al machismo, sobre todo en sectores subculturalizados y costumbres y tradiciones que no reafirman la equidad entre la mujer y el hombre.

2.8 INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO

La educación sexual en el país continúa siendo un tema de discusión permanente. Por un lado están las personas que creen que la promoción de métodos anticonceptivos originaría más proliferación de embarazos adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual. Mientras que por el otro lado, hay personas que creen que impartir este tipo de conocimiento son indispensables ya que respetan los derechos a la salud y a la información.

Endemain, en el 2004 reporta que en la provincia de Esmeraldas las mujeres de entre 15 y 49 años ya mantienen relaciones sexuales y tienen la percepción de riesgo de infectarse del VIH en un 23.5%; quizás esto se debe a que hace 5 años no se hablaba

y no se tenía conciencia de la real magnitud de la epidemia, como hoy se enfoca y se lo difunde por todos los medios de comunicación .Yépez et al. (2005).¹⁶

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo (Bernal et al 2009).¹

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual.

2.9. PROGRAMAS DE SALUD

El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del UNFPA, OPS, UNICEF, USAID, ha desarrollado el "Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud Sexual y Reproductiva" que, tienen como finalidad contribuir a la entrega de servicios de calidad e integrales de salud sexual y reproductiva. Estas normas incluyen la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, planificación familiar, cáncer ginecológico, cuidados prenatales, control del embarazo, atención del parto, post parto, violencia y adolescentes.

Los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en nuestro país se orientan en base a dos principios básicos como son el desarrollo humano que engloba elementos como la equidad, consideraciones de género, sexualidad, participación social e integridad biopsicosocial; y la responsabilidad social que tiene que ver con la ética, autodeterminación, respeto y ambiente humano.

Hoy en día los programas de salud bien establecidos ya no dependen solamente de mensajes utilizando folletos, carteles o difusión por los medios de comunicación sino que se basan en amplia investigación sobre los públicos a quienes van dirigidos, y en el

desarrollo de habilidades, la educación del público por múltiples medios y la propugnación de la causa, usando para ello líderes de opinión. También se basan en el desarrollo de políticas, la movilización comunitaria y los cambios institucionales, económicos y ecológicos. Este enfoque reconoce que las personas, no solo viven en un contexto físico sino en un “ambiente social” dinámico.

Como profesionales de la salud habría que fomentar que se reconozca la libertad sexual de las embarazadas, pero como parte de una sexualidad integral que abarque las emociones, los sentimientos, los deseos, los proyectos de vida de hombres y mujeres no caer en la erotización sexual dominante. (Varela Salgado, Paz Esquete, 2010).¹⁴

Por lo tanto en un programa educativo dirigido a la paciente se debe realizar las recomendaciones necesarias tales como:

- Conversar el tema abiertamente entre los dos. Compartir los miedos.
- Preguntar con confianza a los profesionales de la salud las dudas existentes y si hay alguna razón física para la abstención.
- Respetar al otro con sus temores individuales y sus tiempos para superarlos los que son absolutamente normales.
- Nunca forzar el acercamiento sexual.
- Cuando la relación sexual no es posible por cualquier razón física o psicológica, buscar instancias de acercamiento sexual no genital: besos, caricias.
- Después del parto, buscar instancias de intimidad sin la presencia del bebé idealmente sin posibles interrupciones.
- Durante la lactancia, buscar otros puntos de estimulación sexual que no sean las mamas, y usar algún lubricante de los genitales.
- Buscar ayuda especializada si después de un año la pareja considera que su sexualidad no ha vuelto a la normalidad.

2.10. EL ROL EDUCATIVO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En este período las parejas –especialmente las primigestas– suelen otorgar al profesional el poder de decidir sobre sus vidas. Esperan indicaciones precisas acerca de lo que pueden o no hacer en general, incluida su sexualidad. Buscan canalizar sus dudas, miedos, ansiedades, desconocimientos, a través del saber absoluto del “especialista”

Esta búsqueda no siempre implica la pregunta directa y clara. A veces, sometidos al estilo de cada profesional, espera que sea el quien tome la iniciativa, en la fantasía de que él sabe sus necesidades.

Como todo profesional de la salud el rol preventivo –educativo está siempre presente en su atención voluntariamente, conscientemente o no, y los profesionales transmiten valores personales, sociales, y en el aspecto sexual debe orientar. El peligro en la asistencia es hacerlo en automático y como única verdad posible, sin tener conciencia de que la otra persona debe tener la posibilidad de decidir sobre su vida.

El rol educativo es fundamental para ayudar a los otros a encontrar su propio camino, en todo caso acorde a nuestros conocimientos y experiencia mostrar los peligros “que acechan”, indicar firmemente los límites a establecer considerando esos riesgos. Bajarse del lugar omnipotente en el que los pacientes nos colocan es sano para ellos y para nosotros, porque, aunque suene obvio, “también somos personas”

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1. MATERIALES

LUGAR DE LA INVESTIGACION

El estudio se realizó en la consulta externa del Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo, provincia de Esmeraldas.

PERIODO DE LA INVESTIGACION

Año calendario a partir de la aprobación del anteproyecto de enero a Diciembre del año 2012.

RECURSOS EMPLEADOS

Recursos Humanos

Tutora

Recursos Físicos

Computadora Pentium IV

Impresora LX-300 Encuesta

Hojas de papel bond INEN

Cinta de Impresora

Bolígrafos

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por todas las embarazadas que acudieron a la consulta externa del Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo provincia de Esmeraldas durante el año 2012 y fueron 502 embarazadas.

3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se tomó como universo la población de embarazadas del área de cobertura asignada por el la Direccion Provincial de Salud de Esmeralda total de embarazadas que acudieron a la consulta externa del Hospital Divina Providencia durante el año 2012 las cuales fueron 502. Se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño del universo

E= Error estándar admisible =0,05

$$n = \frac{502}{(0,05)^2 (502-1) + 1}$$

$$n = \frac{502}{(0,0025) (501) + 1}$$

$$n = \frac{502}{1,2525+1}$$

$$n = \frac{502}{2,2525} \longrightarrow n = 230$$

3.4. METODOS

TIPO DE INVESTIGACION

- **Descriptiva** porque describe los datos y este debe tener un impacto en la Salud.
- **Correlacional**: porque se puede saber cómo se comporta un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

No experimental

TÉCNICA: Encuesta de opinión

INSTRUMENTOS: Cuestionario de preguntas

La Encuesta se realizó con preguntas acorde al nivel de cultura para que se comprenda el sentido de la pregunta, y de respuestas múltiples, con el objeto de precisar el lenguaje utilizado en la población, el contenido y la forma de las preguntas.

Se solicitó el consentimiento de las embarazadas explicándoles el propósito de la encuesta y de la investigación, se pidió su colaboración y se garantizó absoluta reserva, privacidad, confidencialidad, y respeto a la información brindada.

3.5. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Utilizando el programa EPIINFO, se diseñó una base de datos que contenía todas las variables de la encuesta aplicada a 230 embarazadas las cuales fueron tabuladas, con los resultados se elaboraron las tablas.

Terminado el proceso de ingreso de la información, se procedió a analizar los resultados de acuerdo a los porcentajes más significativos de cada variable seleccionada

para el efecto; para la presentación del informe se elaboran tablas gráficos que permite la interpretación la discusión, conclusiones, recomendaciones.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Cuadro No. 1: EN RELACION A LA EDAD DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA. 2012

Edad	#	%
15 a 19	76	33
20 a 24	55	24
25 a 29	42	18
30 a 34	36	16
35 ó más	21	9
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por autora

Análisis e interpretación: En el estudio realizado en el Hospital Divina Providencia de las 230 pacientes encuestadas el 33% (76) se ubica entre las edades de 15 a 19 años; es decir, mujeres adolescentes, cuyo riesgo reproductivo puede ser alto, sobre todo si no se cumple con los controles prenatales.

Cuadro No. 2: DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS DEL ESTUDIO. HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA. 2012

Estado Civil	#	%
Casada	34	15
Soltera	11	5
Unida	183	79
No responde	2	1
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Análisis e interpretación: La unión libre con un 79% (183) es el estado civil que predomina en las pacientes encuestadas, situación común en la mayor parte de la población de la costa en general.

Cuadro No. 3: EN RELACION A LA PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

Procedencia	#	%
Rural	126	55
Urbana	104	45
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Análisis e interpretación: El 55% (126) de las pacientes provienen del sector rural y un 45% (104) del área urbana. En relación con el tema de estudio se podría considerar que siendo la mayoría de las gestantes provenientes del área rural, existen influencias sobre las creencias erróneas sobre la sexualidad y el embarazo.

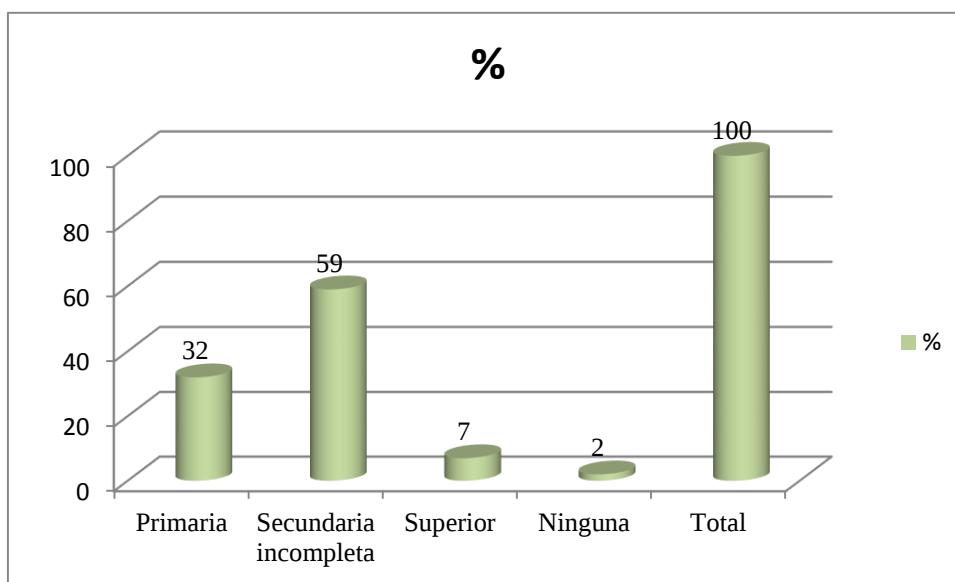
Cuadro No. 4: NIVEL DE EDUCACION DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO.HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

Escolaridad	#	%
Primaria	73	32
Secundaria incompleta	137	59
Superior	16	7
Ninguna	4	2
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Gráfico N°1



Análisis e interpretación: Del total de 230 embarazadas encuestadas se reportó que el 59% (137) tienen instrucción secundaria. Un 32% (73) estudió la primaria; un 7% (16) manifestó haber ido a la universidad y un 2% no haber estudiado. El nivel de educación es un factor considerable porque en los programas se contemplan información

sobre sexualidad, educación sexual, planificación familiar y lo relacionado al embarazo inclusive como parte de los contenidos de algunas asignaturas.

Cuadro No. 5: INFORMACIÓN SOBRE EL NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS EMBARAZADAS EN ESTUDIO.HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012.

GESTACIONES	#	%
Primigesta	6	7
Multigesta	224	93
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: En cuanto a la paridad sólo el 7% (6) de las pacientes encuestadas indicó estar por primera vez embarazada y el 93% (224) ya han tenido un embarazo.

Es un elemento importante porque el número de gestaciones puede influir en el comportamiento sobre las relaciones sexuales durante el embarazo.

Cuadro No. 6: EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL DE PACIENTES EN ESTUDIO. HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

Edad gestacional	#	%
1 a 3 meses	42	18
4 a 6 meses	102	44
7 a 9 meses	86	37
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: El 44% (102) de las embarazadas encuestadas tenían entre 4 y 6 meses de gestación; un 37% (86) entre 7 y 9 meses, y un 18%, (42) menos de 4 meses.

Esta variable permitió conocer las opiniones de gestantes que estaban cursando las distintas etapas, en relación a la experiencia de la vida sexual durante la misma y el tipo de influencia que se establece en la pareja.

Además se investigó que de las 42 mujeres que acudieron a la consulta durante el primer trimestre de embarazo, el 14% lo hizo en el primer mes; el 33% en el segundo mes y el 52% en el tercer mes; es decir, el mayor porcentaje de gestantes se ubicó en el último mes del primer trimestre de embarazo, cuando ya es mucho más difícil hacer prevención, y educar sobre hábitos y conductas que pudieran perjudicar a la mujer y/o al embarazo.

Cuadro No. 7 ANALISIS DE LA ESTABILIDAD EN PAREJA.PACIENTES DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

Vive en Pareja	#	%
Sí	204	89
No	26	11
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Análisis e interpretación: De un total de 230 embarazadas encuestadas se encontró que el 89% (204) viven en pareja y el hecho de vivir en pareja en dependencia del tipo de relación, es un factor que puede ser protector o de riesgo durante el embarazo en las mujeres que son atendidas.

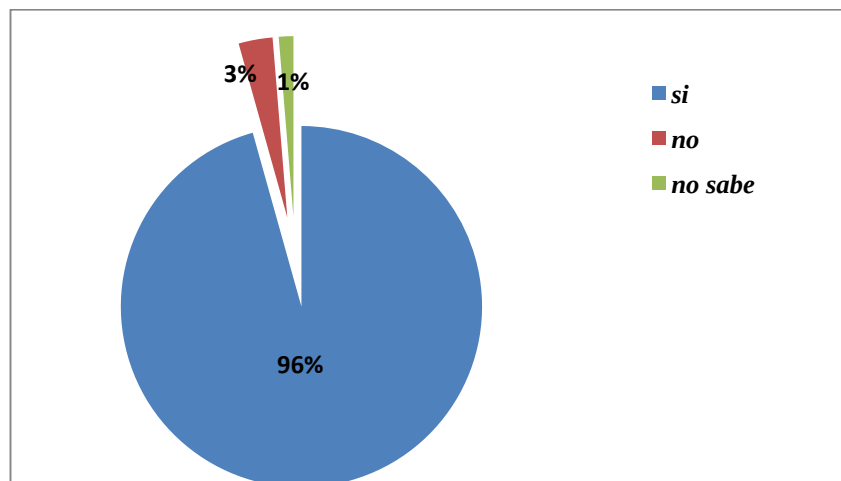
Factor protector porque la pareja se informa sobre el seguimiento médico del embarazo y así puede estar atento ante algún problema de la madre y el feto y factor de riesgo porque el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual o violación marital.

Cuadro No.8: CONOCIMIENTO SI PUEDE O NO TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

Relaciones sexuales durante embarazo	#	%
SÍ	220	96
NO	7	3
NO SABE	3	1
TOTAL	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Gráfico N° 2



Análisis e interpretación: Al preguntarle a las embarazadas si durante el embarazo se puede mantener relaciones sexuales, el 96% (220) respondió afirmativamente y sólo el 3% (7) manifestó que no; sólo el 1% (3) indicó que no sabe.

El deseo sexual, la excitación y la capacidad orgásmica de la pareja pueden incrementarse o sufrir un importante deterioro. Las alternativas son variadas y en todos los casos rige la naturaleza de una manera lógica y normal, aquella que tenga deseos puede satisfacerlos ya que el acto sexual en nada afectará al beb

Cuadro No. 9: CONSIDERAR HASTA QUÉ ETAPA DEL EMBARAZO SE PUEDE TENER RELACIONES. PACIENTES HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

ETAPA	#	%
Hasta el final	206	90
Hasta los 6 meses	16	7
Hasta los 3 meses	6	2
No se deben tener	2	1
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: El 90% (206) de las pacientes encuestadas manifestó que se puede tener relaciones sexuales hasta el final del embarazo; 7% (16) contestaron que hasta los 6 meses; el 2% (6) hasta los 3 meses; y, sólo el 1% (2) contestó que no se deben tener en ningún momento.

Generalmente se ha aceptado que la mujer embarazada y sin complicaciones puede mantener relaciones sexuales hasta la semana 36 de gestación.

Cuadro No. 10: CONOCIMIENTOS SOBRE POSICIONES CÓMODAS Y SEGURAS DURANTE EL EMBARAZO

CONOCIMIENTOS SOBRE POSICIONES	#	%
SÍ	201	87%
NO	29	13%
Total	230	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: Cuando se les preguntó si conocían que en el embarazo es recomendable practicar ciertas posiciones sexuales cómodas y seguras, el 87% (201) manifestó afirmativamente, y el 13% (29) negativamente.

La mayoría tienen conocimiento de las posiciones más cómodas que se deben adoptar considerando el crecimiento del abdomen u otras molestias que aparecen durante la gestación pero si existen grupos que desconocen estas posturas.

Cuadro No. 11: OPINIÓN ACERCA DE SITUACIONES DE RIESGO EN LAS QUE SE DEBE EVITAR TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

CASOS EN QUE EVITAR RELACIONES SEXUALES	#	%
Hemorragias	199	86
Amenaza de aborto	172	75
Amenaza parto prematuro	170	74
Infecciones de transmisión sexual	191	83
Tratamiento por infecciones vaginales	190	83
Total entrevistadas	230	

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: Como puede observarse, la mayoría, escogieron más de una opción pero se observa que más del 74 % de las pacientes considera que en todos los casos presentados se deben evitar las relaciones sexuales durante el embarazo.

Las respuestas nos indica que si hay conocimiento al respecto y que desde el punto de vista preventivo, es coincidente con las indicaciones médicas que en estos caso se sugiere.

**Cuadro No. 12: CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO
HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012**

CREENCIAS SOBRE SEXUALIDAD DURANE EL EMBARAZO.	SI		NO		No responde		TOTAL
							Respues tas
El hombre irrespeto a la mujer al pedir sexo.	36	16%	193	84%	1	0%	230
La mujer siente fastidio a su pareja y no quiere saber de sexo	88	38%	141	62%	1	0%	230
Es normal que el hombre busque relaciones sexuales con otra persona	214	93%	3	6%	13	1%	230
La mujer debe cumplir sexualmente con su pareja aunque no lo desee	215	94%	1	0%	14	6%	230

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Análisis e interpretación : El 93 % (214) de embarazadas respondieron que es normal que el hombre busque relaciones sexuales con otra persona; y 215 (94%) respondieron que es normal que la mujer debe cumplir así no lo desee, el 84% considero que no se esa irrespetando a la mujer al pedir sexo , el 62 % no cree que la mujer sienta fastidio a la pareja . Por lo tanto si existen creencias que puedan alterar la relación de pareja además incrementar la violencia sexual no consentida durante el embarazo.

Cuadro No. 13: SE DEBE USAR PRESERVATIVO EN EL EMBARAZO

	#	%
Sí	163	71%
No	9	3%
Sólo en caso de riesgo	20	9%
No sabe	38	17%
Total entrevistadas	230	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: El 71% de las pacientes entrevistadas manifestó que Sí se debe usar preservativo durante el embarazo; el 17% contestó que No sabe; el 9% indicó que Sólo en caso de riesgo; y, el 3% que No se debe usar.

De las que contestaron que Sí se debe usar preservativo durante el embarazo, el 45%había contestado que Usa preservativo ahora que está embarazada; y el 72% de las que manifestaron que se puede contagiar una infección de transmisión teniendo sexo con una persona infectada, también señalaron que se debe usar preservativo es decir, el embarazo parece ser una condición que motiva a las mujeres a tener mayor prevención con respecto a las relaciones sexuales inseguras.

Cuadro No.14: ANÁLISIS SOBRE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ANTERIORES EMBARAZOS. HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

Complicaciones en anteriores embarazos	#	%
Hemorragias	23	25
Abortos	22	24
Partos prematuros	5	5
Náuseas y vómitos	59	62
ITS	14	12
Total	123	

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: De 230 pacientes encuestadas, 123 respondieron que sí habían tenido complicaciones en sus anteriores embarazos y 107 que no.

De las 123 pacientes que tuvieron complicaciones y cuyos porcentajes pueden observarse en el cuadro 8, el 62% refirieron presentar náuseas y vómitos, continuando las hemorragias en un 25%.

Entre las complicaciones se destacan también abortos, partos prematuros e ITS, condiciones que requieren la recomendación médica de abstinencia sexual o sobre el uso de protección (condón) durante las relaciones sexuales según sea el caso.

Cuadro No.15: DETECCION DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ACTUAL

Complicaciones en embarazo actual	#	%
Hemorragias	24	56 %
Amenaza de Aborto	16	37 %
Amenaza de Parto prematuro	3	7%
Náuseas y vómitos	2	5%
Total embarazadas con complicaciones	43	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: De las 230 pacientes, 43 manifestaron haber tenido alguna complicación en su embarazo actual, el 56% refiere hemorragia, el 37% amenaza de aborto, el 7% amenaza de parto prematuro y un 5% náuseas y vómitos. Las complicaciones Obstétricas presentadas en el embarazo actual influyeron en el comportamiento sexual de la pareja.

Cuadro No. 16: MOLESTIAS PROVOCADAS POR LAS RELACIONES SEXUALES EN EL EMBARAZO

MOLESTIAS	#	%
Dolor	57	25%
Incomodidad	41	29%
Temor	37	26%
Vergüenza	15	6%
Ninguno de los anteriores	91	39%
Total entrevistadas	230	

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Análisis e interpretación: El 39% (91) de las embarazadas manifestaron que las relaciones sexuales no le provocaron ninguna molestia; un 25%, contestó que el dolor; vergüenza el 6%; temor en un 26 %.

Un mayor porcentaje refiere entre las molestias es sentir dolor , incomodidad, temor.

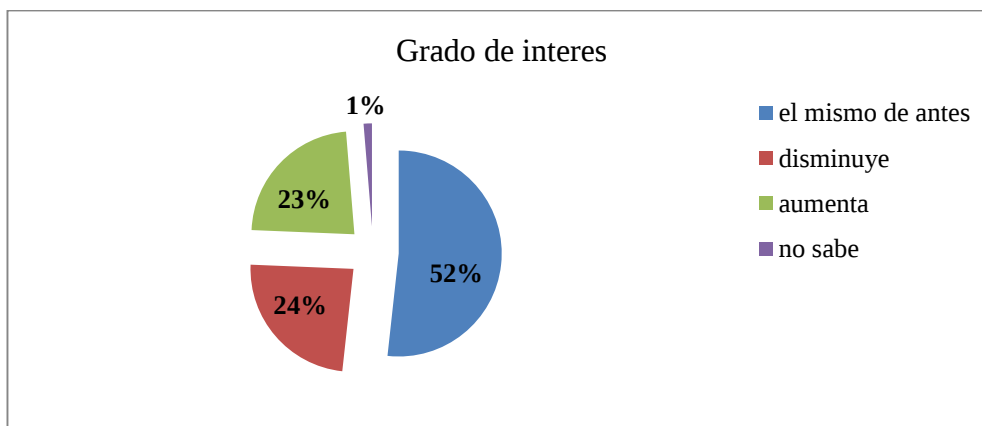
Cuadro No. 17: SOBRE EL NIVEL DE INTERÉS EN EL ACTO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

GRADO DE INTERÉS	#	%
Es el mismo de antes	119	52
Aumenta	53	24
Disminuye	55	23
No sabe	3	1
Total	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia

Elaborado por Autora

Grafico N°3



Análisis e interpretación: En cuanto al nivel de interés en el acto sexual el 52 % contestaron que es el mismo de antes, el 23% que disminuye y el 24%.que aumenta

Masters y Jhonson comentan, que el deseo sexual aumenta en el segundo trimestre del embarazo porque el cuerpo ya está acoplado, hay mejor figura de la pelvis y los senos están aumentados de tamaño lo que podría estimular el deseo sexual en la pareja, después de haber pasado por el primer trimestre de gestación.

Es probable que la fluctuación en los niveles de hormonas y algunos de los primeros síntomas del embarazo, como las náuseas y el cansancio, puedan reducir la libido o el deseo sexual de la mujer, aunque sea de manera temporal.

Cuadro No. 18: OPINIÓN EN RELACION A CAMBIOS DE DESEO SEXUAL HACIA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA 2012

CAMBIOS DE DESEO SEXUAL	#	%
Más atraído hacia la mujer	62	27%
Sigue siendo el mismo	145	63%
No desea relaciones sexuales	4	2%
Busca relaciones sexuales fuera de casa	12	5%
Se avergüenza del físico de su mujer	7	3%
Total entrevistadas	230	100

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: Más de la mitad de las embarazadas encuestadas manifestó que durante el embarazo no hay cambios en el deseo sexual de su pareja 63% (145); un 27% (62) indicó que se siente más atraído; un 5% (12) que busca tener relaciones sexuales fuera de casa, y un 3% (7) y 2% (4) que se avergüenza del físico de la embarazada y no desea relaciones sexuales.

Es de anotar que en algunos casos las parejas presentan de alguna manera, rechazo a las relaciones sexuales durante el embarazo, lo cual se constituye en factor de riesgo para la estabilidad emocional de la pareja, porque muchos hombres temen dañar al bebé.

Cuadro No. 19: CON RELACION AL INTERÉS SEXUAL DE LA PAREJA

Interés sexual de su pareja	#	%
Igual que antes	135	59%
Se siente más atraído	55	24%
Ha disminuido	33	14%
No se ha percatado	4	2%
No sabe	3	1%
Total entrevistadas	230	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Análisis y resultados: Más de la mitad de las encuestadas 59% (135) manifestaron que el interés sexual de la pareja actual es igual que antes; el 24% (55) que se siente más atraído; el 14% (33) que ha disminuido; y, el 3% que no se ha percatado o no sabe.

Esos resultados nos indicaque en mayor porcentaje el interes sexual a la pareja no se ha modificado.

Cuadro No. 20: CALIDAD DE LA RELACIÓN SEXUAL

RELACIONES SEXUALES AL MOMENTO SE CONSIDERAN:	#	%
Deseadas	202	88%
Satisfactorias	78	34%
Obligadas o forzadas	9	3%
Total entrevistadas	230	

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por autora

Análisis e interpretación: Con respecto a esta pregunta las embarazadas contestaron que el 88% (202) de las relaciones sexuales son deseadas; el 34% (78) indicó que eran satisfactorias; y un 3% que son obligadas o forzadas.

Es importante para ese estudio conocer además de que si se mantiene el interés, frecuencia, como lo realiza en cuanto a las posiciones la calidad de la relación.

Cuadro No. 21: CAMBIOS EN LA MANERA DE TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL PRESENTE EMBARAZO

CAMBIOS EN POSTURA DURANTE EL EMBARAZO	#	%
Posiciones más cómodas	155	67%
Sexo sin penetración	60	26%
Sexo oral	1	0%
Sexo anal	0	0%
Igual que antes	49	21%
Total entrevistadas	230	

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Análisis e interpretación: El 67% de las embarazadas (155) contestaron que durante el embarazo practican posiciones más cómodas y seguras; el 26% (60) que practican sexo sin penetración; y, un 21% (49) indicó que la manera de tener sexo se mantiene igual que antes. Sólo 1 embarazada manifestó realizar sexo oral.

Cuadro No. 22: FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

FRECUENCIA	#	%
Diarias	7	3%
Semanales	96	42%
Mensuales	122	53%
No mantiene	5	2%
Total entrevistadas	230	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

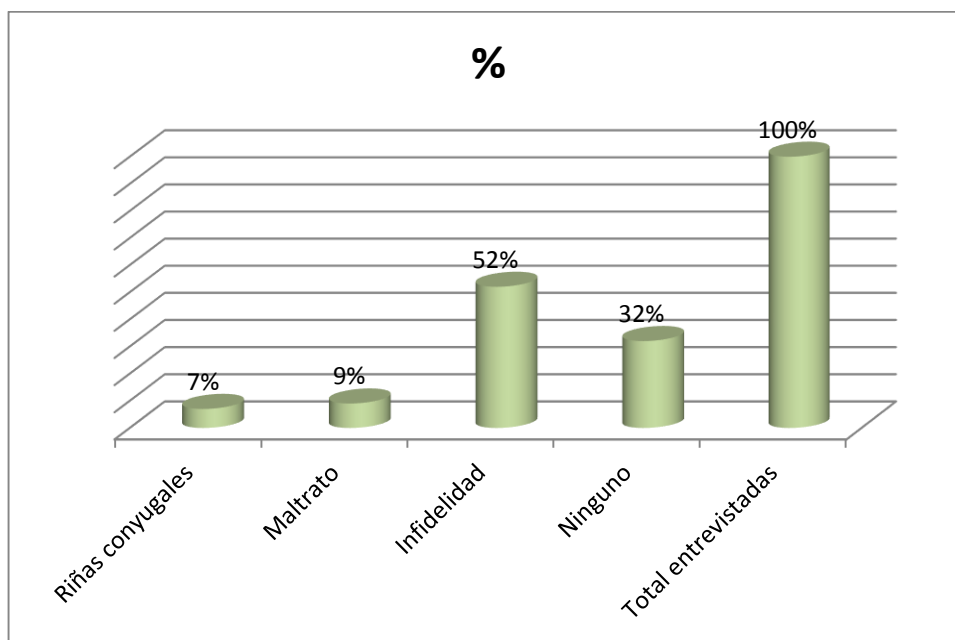
Análisis e interpretación: En cuanto a la frecuencia que mantienen las relaciones sexuales, el 53% (122) indicó que las tienen cada mes, seguidas de las que las tienen semanalmente con un 42%; (96) sólo el 3% indicó mantenerlas a diario, y el 2% manifestó que no tienen relaciones sexuales. Otro aspecto que sobresalió fue no haber modificación en cuanto a la frecuencia.

Cuadro 23: PROBLEMAS CONYUGALES QUE AFECTAN LA VIDA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

PROBLEMAS CONYUGALES	#	%
Riñas conyugales	17	7%
Maltrato	20	9%
Infidelidad	102	52%
Ninguno	91	32 %
Total entrevistadas	230	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por autora

Gráfico N°4



Análisis e interpretación: Cuando se les preguntó a las entrevistadas acerca de los problemas conyugales que afectan su vida sexual, el 52%(102) respondió que la Infidelidad;; el 9% (20) el Maltrato; un 7% (17) las riñas conyugales; y, 32% Ninguno. De las embarazadas que contestaron que su vida sexual se ha visto afectada por la infidelidad conyugal, sólo el 45% dijo utilizar condón durante sus relaciones sexuales.

Ese aspecto de relación de pareja fue considerado porque afecta la vida sexual si ocurre durante el embarazo más aún.

Cuadro No. 24: USO DE PRESERVATIVO EN EL ACTUAL EMBARAZO

	#	%
SI	94	45%
NO	116	55%
TOTAL	210	100%

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.
Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: A pesar que 210 de las entrevistadas manifestaron que el uso del preservativo es la mejor manera de prevenir una infección de transmisión sexual, sólo el 45% de ellas, contestó que usa preservativo ahora que está embarazada.

Cuadro No. 25: FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO

Fuente de información sobre sexualidad y embarazo	#	% sobre Total Entrevistadas
Amigas/vecinas	201	87%
Medios de comunicación	195	85%
Pareja	142	62%
Profesional de la salud	175	76%
Familiar	161	70%
Desconoce sobre el tema	0	
Otros medios	10	4%
Total entrevistadas	230	

Fuente: Encuesta aplicada en la Consulta Externa del Hospital Divina Providencia de enero-diciembre 2012.

Elaborado por Autora

Análisis e interpretación: Haciendo referencia a este cuadro las embarazadas seleccionaron más de una opción. El 87% (201) manifestó que el principal medio de información sobre sexualidad y embarazo fue a través de las amigas o vecinas. Esto nos indica una manera propia de las mujeres de contar sobre sus experiencias, las mismas que en algunos casos pueden ser positivas, pero en otros, fomentar creencias erróneas y/o prejuicios. Un 85% de las entrevistadas se informaron a través de los medios de comunicación, y en porcentajes menores, pero aún significativos, por medio de médicos y familiares con un 76% y 70% respectivamente. A través de “otros” medios un 4% (colegio, universidad, libros). Ninguna dijo desconocer sobre el tema;

DISCUSIÓN

1. Según la revista World Health Organization (2006), la sexualidad se manifiesta como una expresión individual del ser humano no se separa de su entorno cultural y es allí donde debe ser interpretada. La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones por varias encarceladas en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo, es un concepto debatido y cuya delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que la aborda para su estudio. En Ecuador la sociedad machista, los niveles socioculturales bajos, la religión, las creencias e ideologías, y otros afectan al desarrollo de la sexualidad de las mujeres. Para el año 2006, el Congreso de ese entonces decidió aprobar una resolución en la que se permitía que se impartiera la enseñanza de temas en sexualidad en colegios del Ecuador. De esta manera, con el acuerdo ministerial 403 firmado el 10 de agosto del 2006, el Ministerio de Educación y Cultura sería el encargado de comenzar a capacitar a los profesores en el tema, lo que hasta el momento se está cumpliendo parcialmente, ya que hoy este aspecto de la vida forma parte de los derechos humanos y como tal ha sido reconocido en el marco jurídico de nuestro país.
2. El Ministerio de Protección Social- Colombia (2006), en su estudio acerca del comportamiento sexual durante el embarazo determinó la edad promedio de las mujeres investigadas que fue de 25 años, con un rango de estudio de 15 - 40 años. En nuestro país la edad promedio de embarazadas se ubica entre los 15 a 19 años es decir mujeres adolescentes, y en el estudio realizado se observa que el mayor porcentaje se ubica en la misma edad, cuyo riesgo reproductivo puede ser alto, sobre todo si no se cumple con los controles prenatales. En relación al estado civil lo que refiere el trabajo de Colombia establece que predomina las casadas y en esta investigación las usuarias embarazadas indicaron unión libre en mayor porcentaje.
3. Otros autores analizaron cambios en el comportamiento sexual que ocurren durante la gestación y refieren según etapas de embarazo, así en el primer trimestre del embarazo se observó una marcada variación en los modelos de

conducta y capacidad de respuesta sexual: las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante este periodo tienen una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de ésta, mientras que en el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, y otras presentan un aumento de la libido. Pero en este estudio se concluye que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación sin modificaciones.

4. En nuestro país Endemain (2007), publicó que durante décadas la actividad sexual y sus consecuencias en el embarazo ha estado rodeada de mitos y leyendas que se encuentran bastante alejadas de los tópicos sugeridos actualmente por los estudios o investigaciones, que demuestran con fundamentos científicos la certeza o no, y entre las actuales y de mayor aplicación la medicina basada en la evidencia. Los conceptos errados que se conocen en el saber popular pueden provocar cambios o inhibiciones durante las relaciones sexuales en el embarazo como: el pene golpea al bebé y puede dañar la cabeza, las relaciones sexuales provocan sangrados placentarios, las relaciones sexuales al inicio del embarazo provocan abortos y otros. En relación a los tabúes se indica que si afectan el desarrollo de la sexualidad en las embarazadas y la relación de pareja por varios factores como: el machismo, infidelidad, nivel socio económico bajo, lo cual coincide con el presente estudio en donde el 93% de las embarazadas respondieron que es normal que el hombre busque relaciones sexuales con otra persona cuando están embarazadas, y un 94% respondieron que es normal que la mujer debe cumplir con las relaciones sexuales así no lo desee. Por lo tanto si existen creencias que afectan la sexualidad y pueden incrementar la violencia y el sexo no consensuado durante el embarazo.
5. El Artículo académico Sexually Trasmitted Diseases Treatment(2010), publicó en cuanto a la percepción de riesgo de ITS durante embarazo que las relaciones sexuales sin protección son uno de los 10 factores de riesgo más importantes tanto en los países ricos como en los pobres, y el segundo factor de riesgo en los países más pobres éstas pueden llevar al VIH/SIDA, así como a otras infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervical, los embarazos no deseados y los abortos en

condiciones de riesgo. En esta investigación se analizó el uso del preservativo en relación al conocimiento de su utilidad durante el embarazo y también si utilizó en el actual embarazo, la mayoría contestó (55%) que no lo utilizó, sin embargo el 45 % si, a pesar de que un 71 % indicaron que tienen conocimiento que se debe utilizar.

6. Algunos autores como Hartman y Nicolay evidencian el aumento de relaciones sexuales extraconyugales y estados de impotencia sexual y esporádicas relaciones homosexuales durante el embarazo. Se piensa que el cuerpo de la mujer es sentido como algo prohibitivo por eso algunas parejas se lanzan frenéticamente a trabajar, otros viajan, vuelven a estudiar, se mudan o directamente desaparecen para siempre y otros se van a vivir con otra mujer, estos comportamientos son más frecuentes en padres primerizos, incluso la obliga a continuar el embarazo cuando ella no lo desea, o por el contrario a interrumpirlo. En relación a este aspecto en la investigación sobre los problemas conyugales que afectan la vida sexual, el 52% indica que hubo infidelidad y un 7 % riñas conyugales, que son los aspectos investigados y que están en relación en parte con lo expuesto por lo anteriores autores.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el trabajo de investigación se ha podido obtener las siguientes conclusiones en relación al comportamiento sexual que adoptan las mujeres durante el embarazo en el hospital:

1.-El mayor número de embarazadas entrevistadas se ubica entre las jóvenes de 15 a 24 años de edad; el estado civil predominante es la unión libre; la mayoría manifestó vivir con su pareja; y, en cuanto al nivel de educación, la secundaria fue el grado de escolaridad que habían cursado el mayor número de ellas, esto en relación con las características socioculturales del grupo en estudio.

2.-En cuanto a los antecedentes obstétricos y complicaciones durante el o anteriores embarazos, lo más frecuente fueron las náuseas y los vómitos y, en menor proporción hemorragias y abortos. Al momento de las entrevistas estaban cursando desde los cuatro a nueve meses de embarazo, y sólo un pequeño porcentaje presentó complicaciones como hemorragias y amenaza de aborto,

3. En relación a los conocimientos de las embarazadas sobre relaciones sexuales en el embarazo indicaron en su mayoría que si se puede tener relaciones, y que si existiera situaciones de riesgo como hemorragias o amenaza de aborto e ITS que puedan afectar al feto los evitarían. Conocen que existen posiciones cómodas y seguras que durante el embarazo pueden adoptarse para facilitar las relaciones sexuales. En conclusión es importante que la pareja hablen sobre sus miedos y ansiedades, así como sobre sus necesidades y deseos. Una buena comunicación puede disminuir la tensión, ayudarles a relajarse y disfrutar el uno del otro y encontrar maneras de crear momentos de intimidad.

4.-En cuanto al comportamiento sexual durante este embarazo, el grupo de entrevistadas consideró que las relaciones sexuales juegan un papel importante en sus vidas, mantienen el interés y el deseo sexual no ha cambiado pero se observa que sí varía la frecuencia ya que la mayoría mantiene relaciones una vez al mes y otros una vez a la semana; al igual que sus parejas han adoptado el cambio de posiciones sexuales a fin de facilitarlas y la más frecuente es sexo sin penetración y sigue los que mantiene igual que antes, sin embargo, existió un porcentaje considerable de embarazadas que refirieron dolor e

incomodidad durante las relaciones, pese a ello, son relaciones deseadas, aunque existió un pequeño porcentaje que refirió relaciones sexuales forzadas. El principal problema detectado que afectó la vida sexual de las parejas fue la infidelidad.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer las Normas del Ministerio de Salud en temas de Salud Sexual en las embarazadas tomando en cuenta los factores culturales de cada región del país.
- Fortalecer los mensajes educativos en Salud Sexual y Reproductiva a través de los medios de comunicación , radio y televisión populares , transmitidos por personal capacitado
- Promocionar el ejercicio responsable de los derechos sexuales de las mujeres en todos sus ciclos de vida libre de discriminación y violencia durante las consultas
- Proponer un programa educativo a desarrollar en la consulta externa del hospital Divina Providencia.

PROPUESTA EDUCATIVA Y PREVENTIVA SOBRE SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO A APLICAR EN EL AREA SALUD N°6

El Ministerio de Salud pública (MSP), con el apoyo del UNFPA, OPS, UNICEF, USAID, ha desarrollado el "Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud Sexual y Reproductiva" que, tienen como finalidad contribuir a la entrega de servicios de calidad e integrales de salud sexual y reproductiva. Estas normas incluyen la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, planificación familiar, cáncer ginecológico, cuidados prenatales, control del embarazo, atención del parto, post parto, violencia y adolescentes. Los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en nuestro país se orientan en base a dos principios básicos como son el desarrollo humano que engloba elementos como la equidad, consideraciones de género, sexualidad, participación social e integridad biopsicosocial; y la responsabilidad social que tiene que ver con la ética, autodeterminación, respeto y ambiente humano.

ANTECEDENTES

La mayor parte de la población afro ecuatoriana habita en la provincia de Esmeraldas en la zona 1 del Ecuador, ubicada en el extremo noroccidental del Ecuador, bordeada por el Océano Pacífico. Esta región goza de un clima tropical y cálido durante todo el año.



Los niños se integran tempranamente a las actividades productivas y, por lo tanto, participan también de las decisiones familiares relativas al trabajo, aunque no a la distribución de los ingresos del hogar. Por esta condición, hombres y mujeres contraen matrimonio tempranamente, sobre todo en el campo, ya que cuentan con ingresos propios para solventar la subsistencia de una nueva familia.

El estado civil dominante en la población investigada es unión libre, situación común en la mayor parte de la población de la costa en general.

En lo que respecta al nivel de educación, el predominante es el primaria y secundaria incompleta, según la población hace que lo convierte a este grupo en la población más vulnerable para contraer cualquier tipo de ITS incluido el VIH/SIDA. La población investigada es una población sexualmente activa. El promedio de edad para iniciar las relaciones sexuales fue 15 años, tanto para hombres como para mujeres;

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, tales como relaciones sexuales forzadas por el esposo, compañero u otro conocido; violación por parte de extraños; la solicitud de favores sexuales a cambio de trabajo, abusos sexuales a menores, entre otros. La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres o niñas y son perpetradas por hombres o niños.

Las instituciones y organizaciones, tanto de Gobierno como sociedad civil que trabajan en zonas fronterizas del Ecuador con el vecino país del norte, requieren acompañamiento y apoyo para cubrir las necesidades básicas y proveer una respuesta adecuada a la emergencia humanitaria.

Se identificó la necesidad de trabajar en salud sexual y reproductiva con énfasis en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, en donde la conclusión más relevante fue que las poblaciones de San Lorenzo tienen comportamientos inadecuados en el manejo de su sexualidad.

JUSTIFICACION

Siendo relevante que las poblaciones de San Lorenzo tienen comportamientos inadecuados en el manejo de su sexualidad, el grupo de población más vulnerable son las embarazadas, que podrían contraer cualquier tipo de ITS incluido el VIH/SIDA. Siendo para los profesionales de la Salud de mucha importancia investigar lo que saben y opinan las embarazadas sobre su protección, sus miedos, y como ejercen su sexualidad durante la gestación y la relación con su pareja. Por esta razón se plantea establecer estrategias destinadas a crear información precisa que ayude a disminuir las falsas creencias y los temores de que las relaciones sexuales perjudican al embarazo y las consecuencias para la relación de pareja y el desarrollo saludable del embarazo.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa educativo de cómo vivir la sexualidad durante el embarazo para prevenir consecuencias negativas físicas y psicológicas en las parejas que son atendidas en el hospital.

METODOLOGÍA

Implementación de una metodología participativa que parta de los intereses, dudas e inquietudes del grupo de embarazadas, de acuerdo a lo recomendado sobre la educación y capacitación entre adultos, ya que se trata de romper mitos y creencias erróneas e introducir nuevos conocimientos que cuestionarán lo aprendido durante toda su vida, a través de diferentes medios y experiencias valoradas en sí mismas por el grupo participante para ello se utilizarán preguntas motivadoras, preguntas cuestionadoras, así como lluvia de ideas, trabajos grupales, talleres y otras dinámicas de integración y participación.

PLAN EDUCATIVO

DESARROLLO

ESTRATEGIAS:

Comprende la manera de dirigir y coordinar las diferentes actividades del programa dentro (en la institución) y fuera (en las comunidad) a fin de lograr mayor eficacia y eficiencia en su ejecución.

Para la elaboración de estrategias, previamente debe realizarse un análisis FODA del Componente de Educación para la salud, tomando en cuenta todos los niveles administrativos, así como su entorno (comunidad) Se realizará mediante trabajo en equipo interdisciplinario.

METODOLOGIA: Comprende las actividades a realizar en el área de consulta externa del Hospital Divina Providencia, ano a pacientes del área urbana comunidades que esperan su turno para hacer atendidas

METAS: Para el establecimiento de metas se deberán de tomar en cuenta: los objetivos específicos, las necesidades, intereses y problemas detectados en la población de embarazadas de San Lorenzo, los días hábiles de trabajo, el recurso disponible para desarrollar las actividades serán (médicos, Obstetras enfermeras, trabajadoras sociales) .

ACIVIDADES A PROGRAMAR:

Los eventos educativos a programar se establecerán por mes, trimestre, acumulativo total anual

CONTENIDOS QUE SE ABORDARÁN EN EL PLAN EDUCATIVO:

- CONTRAINDICACIONES DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.

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. La decisión la debe tomar el médico que lleva el control prenatal de la madre.

- MITOS Y CREENCIAS ERRÓNEAS DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.

Nuestra cultura está llena de mitos vinculados al sexo, creencias que pueden parecer inocentes e incluso inofensivas, pero que suelen encerrar prejuicios y tabúes. Los mitos no son verdades y, casi siempre, son fruto de la falta de información.

- ITS Y EMBARAZO, CONSECUENCIAS, PREVENCIÓN.

Las consecuencias de una ETS en una mujer embarazada y en su bebé pueden ser más graves y hasta mortales, si la mujer se infecta durante el embarazo. Es importante que las mujeres conozcan los efectos dañinos de las ETS y que sepan cómo protegerse y proteger a sus hijos contra la infección. Las parejas sexuales de las mujeres infectadas también deben hacerse pruebas de detección y recibir tratamiento.

- DESEO SEXUAL Y EMBARAZO

En todo el transcurso del embarazo, se puede notar que el deseo sexual comenzará a cambiar: algunos días se sentirá muy sensual y con ganas de tener relaciones sexuales, mientras que otros días el hecho de limpiar las juntas de su ducha le parecerá más

divertido que meterse entre las sábanas. Estos cambios son completamente normales y - por lo general forman parte de todos los embarazos. Es por ello que sin importar si su deseo sexual está por las nubes o por el suelo, no debería preocuparse no hay nada de raro.

TALLERES DE CAPACITACION EN SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

TEMAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	DURACIÓN	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
1. CONTRAINDICACIONES DE RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO	Dividir a los participantes en dos grupos (escribir 5 contraindicaciones de relaciones sexuales durante el embarazo)	carpetas manilas, hojas papel bond, lápiz ,	7 minutos cada equipo	Obst. Mayra Páliz	Promover la discusión grupal después de cada una de las presentaciones
2. ITS Y EMBARAZO , CONSECUENCIAS , PREVENCIÓN	Plenario (presentaciones escritas en papelotes sobre consecuencias de las ITS en el embarazo)	Papelotes, marcadores,	12 minutos	Obst. Mayra Páliz	Cuáles son los comportamientos inseguros que pueden provocar el contagio por alguna ITS o el VIH?,
3. DESEO SEXUAL Y EMBARAZO	Trabajo individual (cuestionario de preguntas)	Lápiz , papel,	10 minutos	Obst Mayra Páliz	Despejar dudas e inquietudes de las embarazadas participantes.
4. MITOS Y CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.	Dinámica de Participación (ronda de lluvia de ideas sobre mitos y creencias erróneas sobre sexualidad).	Espacio físico para la ronda	10 minutos	Obst Mayra Páliz	Despejar dudas e inquietudes de las embarazadas participantes.

El cumplimiento de las acciones se evaluará de la siguiente manera;

1. Cada profesional que atiende a embarazadas deberá dictar un taller de capacitación semanal en la sala de espera de la consulta externa.
2. La Coordinadora de la Consulta Externa deberá calificar este taller por medio de un monitoreo donde se supervise que se dicte cada uno de los temas expuestos en el cuadro anterior.
3. El taller calificado se presentara al Coordinador Distrital de Promoción en Salud, como actividades realizadas y cumplidas mensualmente según el MAIS (Modelo Atención Integral en Salud).

Tendrá el Aval del Distrito de Salud 08D05 N.6 San Lorenzo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **Bernal, Borja, Moya, Pacheco, Sánchez, Guzmán. (2008-2009)** Proyecto en Salud Sexual y Reproductiva en San Lorenzo con énfasis en ITS y VIH sida para personas en búsqueda de protección internacional y comunidades receptoras. Quito-Ecuador: OIM. N.2, 6-8.
2. **Bernal, Casalsosa, Martin, Hernández, Aguilar. (2011).** Informe sobre el Riesgo Psicológico y Social del embarazo. EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS N.452, 19 y 21.
3. **Carrera, Wasont –Jhones, Mabey, (2005).** Infecciones de Trasmisión Sexual en el embarazo: Prevalencia, impacto sobre el resultado obstétrico y abordaje en los países en vías de desarrollo. SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS N.81, 294-302.
4. **Contreras, O. (2011).** Informe de Investigación. Análisis de las reformas educacionales en Salud en Chile y América Latina. HORIZONTES EDUCACIONALES, N. 9, 2-12.
5. **Cordón Colchón, (2008).** Mitos y creencias sexuales de la población adolescente MATRONAS: UNIDAD DE PARITORIO DEL HOSPITAL DEL SES DE MÉRIDA N.9, 6-12.
6. **Escobar, Cols, (2007).** Factores relacionados con el embarazo y la maternidad. SOCIEDAD CHILENA DE GINECOLOGIA I OBSTETRICIA. N.2011 - 186

7. **García González, Duarte González, Mejías Paneque, (2012)** Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO N.28, 68-71.
8. **Kusnetzoff, (2007, 07 de Enero).** Sexo durante el Embarazo. ¿Cómo sobreponerse al mito . LOS ANDES.SEXOLOGIA CLINICA pg. 3-10
9. **Martínez, J. (2015, Mayo)** Conceptos Básicos de Sexualidad. **CORPORACIÓN MEDICA ARBOLEDAS Jinetes 14 col. Las Arboledas, Tlalnepantla edo. De México.**
10. **Ressel LB, Gualda DM. (2003)** La sexualidad como una construcción cultural: reflexiones sobre preconceptos y mitos a un grupo de mujeres embarazadas rurales. REV. ESC. ENFERM. USP; N. 37, 82-87.
11. **Sant Jaume, (2003).** Percepción de riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en la población de gestantes. ATENCIÓN PRIMARIA N. 42, 21.
12. **Torres, Walkers, Gutiérrez, (2006).** Estrategias novedosas de prevención de ITS en embarazada .SALUD PUBLICA MEX. CUERNAVACA N.48, 308-316.
13. **Uribe, Orcasita. (2011).** Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH sida. AVANCES EN ENFERMERÍA VOL. XXIX N.º 2, 271-284.

14. **Varela Salgado, Paz Esquete, (2010)** .Disminución de las desigualdades en Salud por razón de género. OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER. N.02, 19-20.
15. **Velásquez Cortez, (2013)** Sexualidad Responsable .UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO UNIDAD N.2, 3-4.
16. **Yépez, Ordoñez, Velastegui, Valdiviezo, Moran. (2005).** Comportamiento Sexual y Reproductivo de adultas jóvenes. Quito-Ecuador: CEPAR: INFORME PRELIMINAR DE ENDEMAIN.

ANEXOS



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacion
de Ciencia y Tecnologia



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: "COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, AÑO 2012".

AUTOR/ES: Obst. Mayra Páliz Rosado.

TUTOR: Dra. Abigail Carriel Ubilla
REVISOR: Obst. Carmen Marín Soria

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Maestría en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva

FECHA DE PUBLICACIÓN: 17 de agosto 2015.

No. DE PÁGS: 69

ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD

PALABRAS CLAVE: SEXUALIDAD, EMBARAZO, CONTROL PRENATAL, PREVENCIÓN, COMPORTAMIENTOS, MITOS, RIESGO.

RESUMEN: Al Hospital Divina Providencia acuden embarazadas de todas las edades y el tema de la sexualidad durante el embarazo no es abordado durante los controles prenatales ni como charlas mientras las embarazadas esperan por su consulta. La falta de información sobre sexualidad y embarazo refuerza mitos y creencias erróneas que sostienen comportamientos sexuales de riesgo, incrementando el riesgo de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo, abortos, partos pre termino o prematuros, incluso violencia o abuso sexual intraconyugal.

El objetivo del estudio fue determinar los comportamientos sexuales de las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Divina Providencia cantón San Lorenzo, provincia de Esmeraldas año 2012. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de diseño no experimental, utilizando una encuesta que se aplicó a una muestra de 230 embarazadas que acudieron a la consulta estudio realizado para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de esta población frente a la sexualidad durante el embarazo.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

☒ SI

☐ NO

CONTACTO CON
AUTOR/ES:

Teléfono: 0994226840

E-mail: maguipaliz@hotmail.com

CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARÍA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com