



Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Granada

TESIS DOCTORAL

**MODIFICACIONES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL
DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO**

Programa de Doctorado

"Aspectos innovadores en la Atención a la Salud de la Mujer"

Autora: Raquel Escudero Rivas

GRANADA, NOVIEMBRE, 2015

MODIFICACIONES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL
DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Raquel Escudero Rivas
ISBN: 978-84-9125-446-1
URI: <http://hdl.handle.net/10481/41975>



**Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Granada**

Tesis Doctoral

**MODIFICACIONES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL
DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y EL
PUERPERIO**

Raquel Escudero Rivas

Granada, Noviembre 2015

Directores

Dr.D. Jesús Florido Navío

Dra.Dña. Milagros Cruz Martínez

Dra.Dña. Olga Ocón Hernández

La doctoranda **Dña. Raquel Escudero Rivas** y los directores de la tesis **D. Jesús Florido Navío, Dña. Milagros Cruz Martínez y Dña. Olga Ocón Hernández** garantizamos, al firmar esta Tesis Doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, a 3 de Noviembre de 2015

Directores de la Tesis

Doctorando

Fdo.: D. Jesús Florido Navío

Fdo.: Dña. Raquel Escudero Rivas

Fdo: Dña. Milagros Cruz Martínez

Fdo: Dña. Olga Ocón Hernández

A Jorge,
por su apoyo y amor incondicional.

A Pablo y Blanca,
por ser el motor de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todos aquellos que han colaborado en el desarrollo de este trabajo de Tesis Doctoral.

Al Dr. Jesús Florido Navío, promotor de este proyecto de investigación, por la confianza depositada en mí desde el inicio y por su ánimo constante para que este trabajo llegase a su fin.

A la Dra. Milagros Cruz Martínez, por la dedicación y energía invertidas en este proyecto, por su gran capacidad de trabajo, sus consejos y sus reflexiones, que han hecho posible la presentación de esta Memoria.

A la Dra. Olga Ocón Hernández, por su ayuda incansable, su disponibilidad y su apoyo continuo, por sus aportaciones y su afán de mejora, que me han servido de gran motivación en momentos de desánimo.

A la Dra. África Caño Aguilar, por su gran corazón y su apoyo siempre, tanto en el terreno profesional como personal durante todos estos años.

A María Teresa Miranda León, profesora de Estadística de la Facultad de Medicina, por su imprescindible y desinteresada colaboración en el análisis estadístico de los datos, siempre con una amable sonrisa.

Al Proyecto NUHEAL, por ofrecerme la oportunidad de realizar esta investigación, facilitándome la posibilidad de encuestar a las gestantes que participaban en ese proyecto, y a los profesionales integrantes del mismo que desinteresadamente tramitaron los cuestionarios a las embarazadas.

A mi madre, a mi padre y a mi hermana, por estar a mi lado todos los días de mi vida...sin esperar nada a cambio.

A Jorge, por su apoyo y su amor incondicional, por su comprensión y su paciencia, y por asumir el papel de padre y, durante muchos meses, también el de madre.

A Pablo y Blanca, mis pequeños ayudantes, por el tiempo que no hemos compartido, porque a pesar de su corta edad fueron conscientes de que su madre tenía “muchos deberes”.

ABREVIATURAS

- C.I: coito interrumpido.
 - DIU: dispositivo intrauterino.
 - Fig: figura.
 - FSFI: Female Sexual Function Index.
 - g: gramos.
 - g/dl: gramos/decilitro.
 - HUSC: Hospital Universitario San Cecilio.
 - IC: Intervalo de confianza.
 - LTB: ligadura tubárica bilateral.
 - m: mes/es.
 - MS: medios-superiores, referido a los estudios maternos y paternos.
 - N^o: número.
 - OR: odds ratio.
 - RN: recién nacido.
 - sg: semana de gestación.
-

ÍNDICE

I. RESUMEN	3
1. Introducción.	3
2. Material y métodos.	3
3. Resultados.	4
3.1. Características de la población de estudio.	4
3.2. Evolución de la sexualidad durante el embarazo y el postparto.	5
4. Conclusiones.	8
II. INTRODUCCIÓN	11
1. Respuesta sexual femenina.	11
1.1. Fase de excitación.	13
1.2. Fase de meseta.	14
1.3. Fase de orgasmo.	14
1.4. Fase de resolución.	15
1.5. Cambios específicos de la respuesta sexual en el embarazo y el postparto.	15
2. Modificación del comportamiento sexual en el embarazo y el puerperio. Factores relacionados	16
2.1. Influencia del tiempo de gestación, parto y postparto en la sexualidad	17
2.1.1. Primer trimestre.	17
2.1.2. Segundo trimestre.	18
2.1.3. Tercer trimestre.	19
2.1.4. Parto y puerperio.	20
2.2. Influencia de factores socio-culturales en el comportamiento sexual.	22
2.3. Influencia de factores psicológicos. Relación de pareja.	23
3. Efectos de la actividad sexual en el embarazo.	24
III. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.	29
1. Justificación.	29
2. Hipótesis.	30
3. Objetivos.	30
3.1. Objetivo principal	30
3.2. Objetivos secundarios	30
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.	33
1. Diseño.	33
2. Ámbito de estudio.	33
3. Población diana y población de referencia.	33
3.1. Población diana.	33
3.2. Población de referencia.	34
4. Criterios de inclusión y exclusión.	34
4.1. Criterios de inclusión.	34

4.2. Criterios de exclusión.	34
5. Tamaño de la muestra.	34
6. Método de inclusión en el estudio y recogida de datos.	35
6.1. Reclutamiento.	35
6.2. Recogida de información.	36
7. Fuentes de información.	40
8. Variables de estudio.	40
8.1. Variables independientes.	40
8.1.1. Variables sociodemográficas.	40
8.1.2. Variables obstétricas.	41
8.2. Variables dependientes.	41
8.3. Definición de las variables.	42
8.3.1. Variables sociodemográficas.	42
8.3.2. Variables obstétricas.	43
8.3.3. Variables de sexualidad.	46
9. Análisis estadístico.	47
9.1. Validez del cuestionario de sexualidad.	47
9.2. Análisis descriptivo.	47
9.3. Análisis bivariante.	48
9.4. Análisis multivariante.	49
10. Aspectos éticos de la investigación.	50
V. RESULTADOS	53
1. Validez de los cuestionarios.	53
2. Características de la población de estudio.	53
3. Evolución de la sexualidad durante el embarazo y el postparto.	60
3.1. Frecuencia de relaciones sexuales.	60
3.2. Frecuencia de orgasmo.	64
3.3. Satisfacción sexual.	66
3.4. Dolor o molestias con las relaciones.	67
3.5. Influencia del embarazo y parto en la sexualidad postparto de la mujer.	68
4. Factores relacionados con la sexualidad en el embarazo y el puerperio.	70
4.1. Factores sociodemográficos.	71
4.1.1. Edad materna.	71
4.1.2. Estudios maternos.	78
4.1.3. Estudios paternos.	83
4.1.4. Estado civil.	88
4.2. Factores obstétricos.	94
4.2.1. Paridad.	94

4.3. Análisis multivariante.	99
5. Factores relacionados con el parto y su influencia sobre la sexualidad postparto.	101
5.1. Inicio del parto.	101
5.2. Modo de terminación del parto.	102
5.3. Analgesia intraparto.	102
5.4. Episiotomía y desgarro perineal (estado del periné en postparto).	104
5.5. Anemia puerperal.	104
5.6. Prematuridad.	104
5.7. Peso del recién nacido.	105
5.8. Lactancia materna.	106
5.9. Método anticonceptivo.	106
VI. DISCUSIÓN	115
1. Modificaciones de la sexualidad.	116
1.1. Frecuencia coital.	117
1.2. Frecuencia de orgasmo.	119
1.3. Satisfacción sexual.	120
1.4. Dolor coital.	120
2. Factores sociodemográficos y obstétricos	122
2.1. Edad materna.	122
2.2. Paridad.	124
2.3. Nivel educativo.	125
2.4. Estado civil.	126
3. Sexualidad en el postparto.	127
3.1. Semana gestacional del parto.	127
3.2. Modo de inicio del parto y analgesia intraparto.	128
3.3. Terminación del parto y lesiones perineales.	129
3.4. Lactancia materna.	135
3.5. Otros factores relacionados.	136
4. Limitaciones del estudio.	138
VII. CONCLUSIONES	143
VIII. BIBLIOGRAFÍA	147

I. RESUMEN

I. RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es parte importante del ser humano y puede variar a lo largo de la vida dependiendo de factores psicológicos, sociales, biológicos y culturales. El embarazo y el postparto son etapas en la vida de la mujer en las que existen importantes cambios tanto psicológicos como fisiológicos que pueden repercutir sobre su comportamiento sexual y su relación de pareja.

Existen escasos estudios que evalúen la sexualidad desde la etapa previa al embarazo hasta el postparto y su relación con otros factores, y los resultados obtenidos son contradictorios, ya que la mayoría se centran en analizar factores relacionados con el parto.

El objetivo de este trabajo de Tesis Doctoral es analizar las variaciones que se producen en la sexualidad antes, durante y después del embarazo en una cohorte de gestantes españolas, así como los factores sociodemográficos, obstétricos y relacionados con el parto que puedan estar asociados.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional prospectivo en una cohorte de 111 embarazadas a lo largo del embarazo, parto y puerperio atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Cecilio (HUSC) de Granada durante un período de 25 meses.

Se incluyeron mujeres sanas, con gestaciones simples no complicadas, mayores de 18 años, con embarazo controlado en nuestras consultas e intención de que el parto fuera

atendido en nuestro hospital. Se excluyeron aquellas embarazadas con patología materna u obstétrica al inicio del estudio.

Se administró un cuestionario en relación a la sexualidad en las semanas 20, 30 y 38, coincidiendo con las revisiones obstétricas, y a los 3 y 6 meses postparto. Además en la visita de la semana 20 se recogió información sobre la sexualidad previa al embarazo y sobre variables sociodemográficas (edad, estudios maternos y paternos y estado civil).

Los cuestionarios de sexualidad tienen el mismo formato en todas las visitas, e incluyen información sobre la frecuencia de las relaciones sexuales, frecuencia de orgasmo, satisfacción sexual y, por último, dolor coital.

En las revisiones postparto, se incluyó información relativa al reinicio de las relaciones sexuales, a la lactancia materna y al método anticonceptivo usado. La información sobre antecedentes personales obstétricos, datos del embarazo y parto y resultados perinatales se obtuvieron de la historia clínica informatizada del HUSC.

Se obtuvieron 111 cuestionarios en semana 20, 106 en semana 30, 97 en semana 38, y 41 en el tercer y sexto mes postparto. La pérdida de casos durante el embarazo fue debida a patología en el tercer trimestre que obligó a la abstinencia sexual; y en el postparto a que la revisión no estaba incluida en el seguimiento habitual, lo que dificultó la localización de las embarazadas del estudio.

3. RESULTADOS

3.1. Características de la población de estudio

Las mujeres encuestadas eran en su mayoría españolas (96.3%), presentaban una edad media de 30.3 ± 4.92 años, un 55% eran nulíparas y 91.9% estaban casadas. Las parejas tuvieron fundamentalmente estudios básicos (64% de las mujeres y 75.7% de sus parejas).

El parto se produjo a término en el 91% de casos, se inició de forma espontánea en 59.5%, y terminó espontáneamente en 56.8%, mediante cesárea en 27.9% y mediante parto quirúrgico en 15.3%. En 53% de los partos fue preciso realizar episiotomía, en 90.8% no se produjo desgarro perineal y en 4.6% existió desgarro de primer o segundo grado. En cuanto a la analgesia intraparto, 58.2% de las mujeres solicitaron analgesia epidural, 19.1% anestesia local, 10% raquídea, 4.5% general y en un 8.2% de casos no se administró analgesia.

Los recién nacidos presentaron un test de Apgar ≥ 7 en el primer minuto y a los 5 minutos de vida en un 89.2% y 99% de casos respectivamente, y el 89.2% de niños tuvo un peso comprendido entre 2.500-4.000 gramos.

Tras el parto, un 29.4% de mujeres presentaron anemia, siendo esta anemia leve en 23.5%. El reinicio de las relaciones sexuales se estableció antes de los 3 meses postparto en el 96.6%, incluso antes de las 6 semanas en un 51.7%. Como método anticonceptivo a los 3 y 6 meses del parto destaca el uso de preservativo (59.5% y 57.1% respectivamente) y de anovulatorios (7.1% y 16.7%), con un 26.2% y 19% de casos que no utilizaron ningún método a los 3 y 6 meses respectivamente.

Cuando comparamos las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con información completa durante todo el seguimiento (n=41) con aquellas de las que solo se recabó información durante el embarazo (n=70), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables entre ambos grupos.

3.2. Evolución de la sexualidad durante el embarazo y el postparto

Las variables de sexualidad estudiadas presentan diferencias en la evolución a lo largo de las etapas evaluadas.

Así, se observa una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo, recuperándose parcialmente durante el postparto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, especialmente entre la frecuencia de coito antes de la

gestación respecto a las tres visitas del embarazo ($p < 0.001$) y a los tres meses postparto ($p = 0.015$).

En la frecuencia de orgasmo, hay una disminución progresiva a lo largo del embarazo, más evidente en la semana 38 respecto a antes de la gestación ($p = 0.046$), y una recuperación en el postparto, que alcanza niveles previos al embarazo.

Del mismo modo, la satisfacción sufre un empeoramiento progresivo hasta el momento del parto respecto a la etapa previa ($p = 0.027$), recuperándose parcialmente en el postparto.

Respecto al dolor, se observa un aumento del mismo fundamentalmente en la semana 38, que tiende a mejorar en el postparto ($p < 0.001$) sin llegar a los niveles de dolor pregestacionales.

Si comparamos estas variables de sexualidad antes y después del parto, se observa una mejoría en el postparto en la frecuencia de relaciones sexuales ($p < 0.001$), de orgasmo ($p = 0.004$) y en el dolor coital ($p = 0.021$).

Al estudiar la influencia de factores sociodemográficos y obstétricos en la sexualidad, vemos que la edad, los estudios maternos y paternos, el estado civil y la paridad muestran asociación.

Las mujeres menores de 30 años tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales durante la etapa pregestacional ($p = 0.025$), semana 20 ($p < 0.001$), 30 ($p = 0.075$) y 38 ($p = 0.006$), mayor frecuencia de orgasmo antes de la gestación ($p = 0.033$) y en semana 20 ($p = 0.017$) y mayor satisfacción sexual antes ($p = 0.033$) y durante el embarazo ($p = 0.069$ en semana 20, $p = 0.053$ en semana 30 y $p = 0.034$ en semana 38).

Las mujeres con estudios básicos refieren mayor frecuencia coital al término de la gestación ($p = 0.021$) y mayor frecuencia orgásmica antes del embarazo ($p = 0.017$) y en semana 30 ($p = 0.061$). Al evaluar los estudios paternos, encontramos mayor satisfacción

a los 6 meses postparto cuando la pareja tiene estudios básicos ($p=0.014$) y menor dolor antes del embarazo cuando tiene estudios medios/superiores ($p=0.055$).

Respecto al estado civil, las mujeres solteras muestran mayor frecuencia coital antes del embarazo ($p=0.022$) y durante el mismo ($p=0.049$ en semana 20, $p=0.047$ en semana 30, $p=0.002$ en semana 38), mayor frecuencia de orgasmo antes de la gestación ($p=0.023$) y en la semana preparto ($p=0.032$), y mayor satisfacción sexual ($p=0.049$) y menos dolor en semana 38 ($p=0.009$).

El descenso de la frecuencia coital es más marcado en mujeres con hijos antes del embarazo ($p=0.021$) y semana 20 ($p=0.088$), presentando mayor insatisfacción en semana 38 ($p=0.046$).

En el análisis multivariante mantienen asociación con las variables de sexualidad, la edad de la mujer, los estudios de ésta y la paridad. Así, en la frecuencia coital influye positivamente la edad materna menor de 30 años antes de la gestación (Odds Ratio - OR- ajustada 5), en semana 20 y 30 (OR ajustadas 5.35 y 2.81 respectivamente), y los estudios básicos maternos en semana 38 (OR ajustada 3.98). En la frecuencia de orgasmo influye la edad menor de 30 años en semana 20 (OR ajustada 3.19) y los estudios maternos básicos en la semana preparto (OR ajustada 2.29); y en la satisfacción, la nuliparidad en semana 38 (OR ajustada 5.88).

Si analizamos los factores relacionados con el parto y el postparto y la sexualidad tras el mismo, observamos que el inicio del parto mediante cesárea se relaciona con peor satisfacción ($p=0.026$) y mayor dolor coital ($p=0.051$) a los 3 y 6 meses que en caso de parto espontáneo e inducido; y la terminación en parto vaginal eutócico se asocia con mayor frecuencia coital ($p=0.027$) y menor dolor con las relaciones a los 3 meses postparto ($p=0.023$) que en caso de cesárea y fórceps.

Las mujeres con analgesia local o sin analgesia presentan mayor frecuencia coital a los 3 meses postparto ($p=0.009$) que con el resto de técnicas (fundamentalmente anestesia epidural y general). Por otro lado, aquellas mujeres con parto pretérmino refieren mayor

dolor coital en las semanas preparto ($p=0.058$) y a los 3 meses ($p=0.045$); y el uso de preservativo postparto se relaciona con mayor frecuencia orgásmica a los 3 meses ($p=0.004$) y 6 meses ($p=0.012$).

Sin embargo, las lesiones perineales, la anemia puerperal, la lactancia materna y el peso del recién nacido no muestran asociación con las variables de sexualidad estudiadas.

4. CONCLUSIONES

La frecuencia coital y orgásmica, la satisfacción sexual y el dolor con las relaciones sufren un deterioro durante la gestación en comparación con niveles previos, recuperándose parcialmente en los 6 meses postparto. La variable más afectada es la frecuencia coital, que presenta un descenso progresivo; sin embargo, la frecuencia orgásmica, la satisfacción y el dolor se deterioran fundamentalmente en las semanas previas al parto.

Entre los factores sociodemográficos y obstétricos que influyen positivamente en la sexualidad se encuentran la edad materna menor de 30 años, la nuliparidad, un nivel básico de estudios y encontrarse soltera. El parto vaginal eutócico se asocia con mayor frecuencia coital y menor dolor, a diferencia de la cesárea, del parto tocúrgico y del parto pretérmino.

Por el contrario, en este estudio no se observa relación de la sexualidad con el estado perineal tras el parto, la lactancia materna, la anemia postparto y el peso del recién nacido.

Por tanto, son múltiples las variables que pueden influir en el comportamiento sexual durante la gestación y el postparto, debiendo considerar a la mujer de forma integral. Es importante profundizar en el conocimiento de estos cambios, para proporcionar información y apoyo a estas parejas y detectar aquellos casos en que el deterioro de la sexualidad llega a ser una disfunción sexual.

II. INTRODUCCIÓN

II. INTRODUCCIÓN

La sexualidad se define, según la Organización Mundial de la Salud (2006), como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o se manifiestan. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. Por tanto, la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad¹.

Todos los seres humanos somos seres sexuados desde el nacimiento y nuestra sexualidad experimenta modificaciones a lo largo de la vida. Un ejemplo de ello son el embarazo y el puerperio, etapas en las que existen importantes cambios, tanto psicológicos como biológicos, que pueden repercutir sobre el deseo, la respuesta y el comportamiento sexual y, por tanto, en la relación de pareja²⁻⁶.

1. RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La respuesta sexual humana es una función compleja que resulta de la interacción de múltiples factores, entre ellos, factores psicológicos, afectivos, socio-culturales y biológicos.

De manera que la respuesta sexual se muestra variable a lo largo de la vida en sus diferentes etapas desde el nacimiento hasta la vejez, pasando por la adolescencia y la

gestación. Comprende una serie de vivencias íntimas de lo que sentimos, de lo que nos atrae y de la relación y convivencia con los demás, y se encuentra influida socialmente por una serie de normas y códigos, de ideologías, mitos, costumbres y religiones⁷.

Adicionalmente, los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular, produciéndose cambios en los tejidos y órganos genitales y extragenitales⁸. Por ello, la respuesta sexual consiste en una serie de cambios neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales que afectan a todo el organismo, considerándose una respuesta fisiológica integrada al incluir la acción de la mayoría de órganos y sistemas. No obstante, los cambios más específicos e importantes se desarrollan en el área genital con un importante efecto sobre la contractilidad y la perfusión vascular uterina⁹.

Con el objetivo de describir y caracterizar los fenómenos biológicos implicados en la respuesta sexual humana, William H. Masters y Virginia E. Johnson¹⁰ en 1966 en su obra *Human Sexual Response*, establecen cuatro fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución (figura 1), caracterizándose cada una de ellas por cambios específicos en las mamas y en los genitales externos e internos^{8,11}.

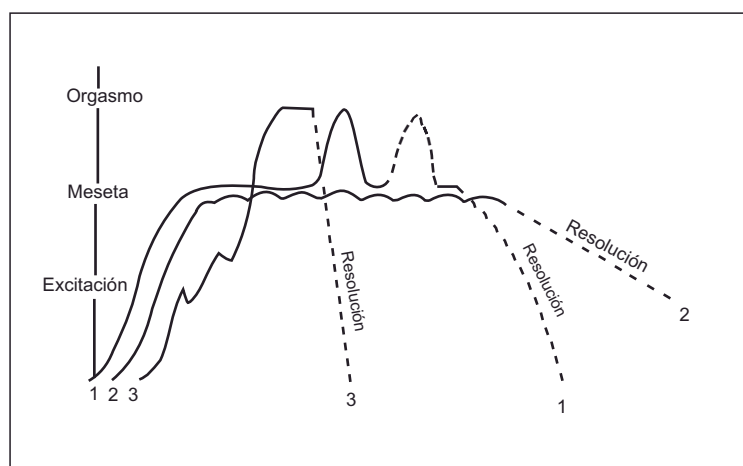


Figura 1. Ciclo de respuesta sexual. Tres variantes representativas de respuesta sexual femenina (tomado de Master y Johnson¹⁰).

Posteriormente, Helen Singer Kaplan¹² en 1979 agregó una etapa previa a estas cuatro, denominándola etapa de deseo. La respuesta sexual puede describirse como una secuencia cíclica de estas etapas que se facilitan, refuerzan e inhiben entre sí.

Más tarde, Rosemary Basson¹³ postuló que algunas mujeres podían estar motivadas a participar en la actividad sexual no necesariamente por el deseo, sino por otras razones, tales como el deseo de intimidad emocional, seguido por un ciclo de fases superpuestas, variando las secuencias descritas anteriormente.

En la actualidad se reconoce que no hay un único modelo de respuesta sexual femenina, sino que existen patrones heterogéneos de respuesta. De modo que aquellas mujeres que siguen el modelo de Master y Johnson¹⁰, al igual que el de Kaplan¹², experimentan deseo y excitación fácilmente, alcanzan el orgasmo y están satisfechas con su relación sexual. El modelo de Basson puede proporcionar una ampliación de los anteriores y reflejar mejor la respuesta sexual de aquellas mujeres con alguna dificultad o insatisfacción sexual¹⁴.

A continuación se describen las cuatro fases de la respuesta sexual, referidas por Master y Johnson¹⁰.

1.1. Fase de excitación

Durante la fase de excitación se produce una vasodilatación con importante aporte sanguíneo a los órganos pélvicos. Esto desencadena una erección del pene y del clítoris y un engrosamiento de los labios menores, los testículos y los genitales internos. En una etapa más avanzada, la vasocongestión en el área vaginal empuja las paredes del tercio más externo vaginal hacia la luz de esta cavidad virtual^{8,11,12}.

El útero y el cérvix se elevan en la pelvis para permitir el paso del pene, traccionando y alargando la vagina (también denominado *tenting*) que, añadido a la congestión venosa del tercio externo, proporciona a la vagina el aspecto de una botella invertida. Esta elevación posiblemente se deba a la tracción que ejercen los ligamentos sacrouterinos, los cervicales transversos de Mackenrodt y otras formaciones de la fascia pélvica y uterovaginal, o a la contracción del músculo elevador del ano⁹.

La vagina comienza a lubricarse gracias a la trasudación de plasma sanguíneo procedente de la dilatación venosa del plexo vascular perivaginal, que aumenta su

tamaño. Esta lubricación facilita no sólo los movimientos del pene en el interior de la vagina, sino que produce un aumento en el pH vaginal favoreciendo la supervivencia de los espermatozoides. Las glándulas parauretrales de Skene también contribuyen en la lubricación durante la excitación sexual; en los casos en que se encuentran especialmente desarrolladas, puede observarse su secreción durante el orgasmo, es lo que se ha denominado eyaculación femenina⁹.

Existe además un aumento de tamaño de las mamas por ingurgitación y vasocongestión con erección de los pezones.

La respuesta extragenital en la excitación sexual incluye un aumento de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, de la ventilación, del tono muscular y la aparición del rubor sexual (eritema en cara, tronco y nalgas) de forma inconstante.

1.2. Fase de meseta

En esta fase las modificaciones físicas constituyen la continuación y magnificación de las descritas en la etapa anterior^{8,11,12}. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea más marcada, disminuyendo su diámetro y formando lo que Masters y Johnson denominaron plataforma orgásmica¹⁰.

El clítoris se retrae, la musculatura corporal se tensa, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que se avecina el orgasmo. Además, las mamas y la areola experimentan un aumento de tamaño.

1.3. Fase de orgasmo

La fase orgásmica, tal y como describen varios autores^{8,11,12}, se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris a través del coito.

Durante el orgasmo, la musculatura lisa de los órganos pélvicos y la musculatura esquelética (músculos del suelo de la pelvis, abdominales y cervicales, entre otros) se contraen de modo intermitente. El tercio externo vaginal se moviliza regularmente cada 0.8 segundos debido a la contracción rítmica de los músculos del suelo de la pelvis,

fundamentalmente los pubococcígeos⁹. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía individualmente y en cada relación sexual. El útero también se contrae a intervalos regulares y durante pocos segundos.

En general, el orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y, entre los hallazgos descritos en esta fase, se observan una mayor retracción clitorídea, un cierre del esfínter anal, una retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia respiratoria, cardíaca (110-130 latidos por minuto) y de la tensión arterial (150-180 mm Hg de presión sistólica)⁹.

1.4. Fase de resolución

En la fase de resolución se produce una relajación generalizada, con reducción de la vasocongestión pélvica. Existe un período refractario durante el que es difícil producir una nueva respuesta sexual. Este período es más típico en el varón, y en algunas mujeres tras un orgasmo muy intenso. Generalmente, tras el orgasmo femenino se vuelve a un nivel todavía más alto de excitación sobre el que pueden desarrollarse otros orgasmos ante una adecuada estimulación sexual, lo que es denominado respuesta multiorgásmica⁹.

1.5. Cambios específicos de la respuesta sexual en el embarazo y el postparto

Durante la gestación tienen lugar una serie de cambios físicos y hormonales que modifican de forma especial la respuesta sexual.

Durante la *fase de excitación*, la vasocongestión existente en el embarazo se suma a la congestión vascular propia de esta fase, lo que puede provocar irritación y dolor en las mamas durante la relación sexual, sobre todo en el primer trimestre y en mujeres nulíparas. Del mismo modo ocurre con la lubricación vaginal, que aparece incrementada durante la gestación, siendo algo dolorosa al inicio, como describieron Master y Johnson⁸.

En la *fase de meseta*, la vasocongestión de la porción externa vaginal está muy aumentada en la mujer gestante en comparación con la no gestante y la reducción del diámetro vaginal se hace mayor a medida que avanza el embarazo.

Durante la *fase orgásmica* se producen contracciones uterinas de mayor intensidad en las mujeres gestantes, que pueden asociarse a una pérdida involuntaria de orina, e incluso a eyección láctea en las madres lactantes, debido al aumento de secreción de oxitocina durante el orgasmo¹⁵.

La *fase de resolución* es molesta en la mujer embarazada con respecto a lo no gestante, ya que la congestión pelviana disminuye con mayor lentitud. En ocasiones existe una congestión tan marcada que puede impedir el orgasmo, aumentando la tensión sexual y el sentido de frustración. Para algunos autores esto podría justificar el dolor y la falta de confort en gestantes durante las relaciones sexuales, causando una disminución de la frecuencia coital^{8,11,12}.

2. MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO. FACTORES RELACIONADOS.

La respuesta sexual durante la gestación y el período postparto es muy variable. En el apartado anterior se han descrito algunos cambios fisiológicos que se producen en el embarazo en las distintas fases de la respuesta sexual y que pueden, por tanto, modificar esta respuesta.

La mayoría de los autores coinciden en que la actividad sexual, el deseo, la satisfacción y la frecuencia coital y orgásmica presentan una disminución progresiva a lo largo del embarazo en comparación con el estado pregestacional^{3,16-30}. Según diferentes autores, esta disminución del deseo sexual puede afectar entre un 58 y un 72% de las gestantes^{22,23,27}.

De forma paralela, puede existir una persistencia e incremento de las actividades manipulativas alternativas al coito como masturbación, besos, caricias, estimulación mamaria, sexo oral o anal^{8,19,21}, de un 11%, 19% y 43% en el primer, segundo y tercer trimestres respectivamente, con relación al 5% pregestacional³¹; aunque en algunos casos esta actividad puede verse reducida^{5,16,27,32,33}. En esta etapa además las mujeres suelen tomar la iniciativa de la actividad sexual con menor frecuencia que antes del embarazo³⁴.

Estos cambios parecen estar influenciados por la sexualidad previa al embarazo, como se ha descrito en diferentes estudios^{21,35}. De forma que las parejas que manifiestan una buena sexualidad previa al embarazo, la siguen manteniendo en el periodo postparto; igualmente sucede en caso contrario²¹. Asimismo la actividad sexual en el primer trimestre también parece condicionar la sexualidad que se mantiene en el resto del embarazo¹⁵ y en el postparto³⁶.

2.1. Influencia del tiempo de gestación, parto y postparto en la sexualidad

Se ha descrito una ligera disminución del interés sexual durante el primer trimestre del embarazo, seguido por un patrón variable de conducta en el segundo y por un descenso marcado en el período final de la gestación^{22,23,37-40}, llegando incluso a niveles definidos como disfunción sexual³⁸. Esta situación puede mantenerse en el período postparto, pero habitualmente la actividad sexual se reinicia a partir de las de 6 semanas tras el parto^{6,38,41}.

2.1.1. Primer trimestre

En los tres primeros meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante la gestación y a asumir el rol de padres. Los cambios hormonales provocan un estado de labilidad emocional, por lo que la mujer demandará más atención y demostración de afecto por parte de la pareja. Debe tenerse en cuenta que muchas mujeres requerirán realizar un esfuerzo mayor para mantener el ritmo sexual usual como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, repugnancia a

alimentos y olores, astenia y otras molestias propias de esta etapa, como sialorrea, cefaleas, somnolencia e hipersomnia⁴². Se describe con frecuencia una falta de confort debido al aumento del útero gestante, que impide la movilidad y el desplazamiento adecuado durante el coito. No debemos olvidar la presencia del feto, que puede adoptar la figura de intruso o de una tercera persona, provocando en ocasiones en la pareja inseguridad o miedo a dañarlo.

El *deseo sexual* presenta una respuesta variable al inicio de la gestación. Según Master y Johnson¹⁰, el 76% de las mujeres primigestas presentan una disminución del deseo y de la satisfacción sexual, así como de la frecuencia de relaciones. Sin embargo, la mayoría de gestantes con un parto anterior no manifiestan cambios. El deseo puede presentar una disminución al principio, en relación a las modificaciones físicas y miedos al inicio del embarazo, intensificándose al final del trimestre, por la confirmación del desarrollo normal de la gestación.

Además, existe una importante respuesta vasocongestiva en la pelvis y los genitales por el efecto hormonal, que contribuye a una *excitación* más rápida y a un aumento de lubricación vaginal, que permiten la penetración y el alcance del *orgasmo* con mayor rapidez que lo habitual³⁷. También se ha descrito un mayor desarrollo de la plataforma orgásmica con obstrucción del tercio externo de la vagina por lo que los orgasmos pueden ser más intensos y frecuentes⁸.

Un síntoma característico de esta etapa es el aumento de la sensibilidad mamaria que puede llegar a ser dolorosa, con aumento de tamaño y tumefacción de la areola y el pezón. Muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, pero el dolor desaparece, por lo que la excitación es mayor^{15,37}.

2.1.2. Segundo trimestre

Se mantienen los cambios observados en la etapa anterior, aunque muchas mujeres manifiestan que el *deseo sexual* aumenta, apareciendo un creciente interés por la actividad coital y manipulativa, ya que generalmente los miedos disminuyen en esta etapa respecto a las otras dos y existe mayor bienestar porque

se alivian o desaparecen las molestias físicas^{3,8}. En algunos casos puede aparecer temor a perder el embarazo cuando la gestante comienza a notar los movimientos fetales.

La vasocongestión genital durante la fase de *excitación* puede llegar a ser tan intensa en esta etapa que la luz vaginal se reduce en un 75%, según describieron Master y Johnson¹⁰. La vagina está más lubricada en esta etapa y esto favorece la penetración, por lo que existe una mayor satisfacción³⁷.

Aunque la frecuencia y la intensidad del *orgasmo* disminuyen a medida que transcurre el embarazo, una mayor congestión pelviana y genital en este momento va a favorecer el orgasmo, aumentando así la calidad de la vivencia orgásmica³⁷. Hay mujeres que experimentan su primer orgasmo u orgasmos múltiples durante el segundo trimestre del embarazo debido a esta importante vasocongestión pelviana. También es característico que en la *fase de resolución*, el alivio postorgásmico sea más lento y transitorio¹⁰.

2.1.3. Tercer trimestre

En esta etapa se ha descrito una importante disminución del *deseo sexual* en la mayoría de mujeres¹⁰, generalmente debido a exigencias físicas, dado el volumen que adquiere el abdomen materno y la sensación de pesadez, al cese de actividad sexual por indicación médica en algunos casos, o por aspectos psicológicos, como que la gestante tenga una visión distorsionada de su propio cuerpo y de los cambios corporales que sufre en esta etapa avanzada del embarazo, que le pueden hacer pensar que es poco o nada atractiva para su pareja^{38,43}.

Hay un aumento en los cambios experimentados en el trimestre anterior y las sensaciones vividas durante el *orgasmo* disminuyen considerablemente³⁷. Durante el estímulo sexual o, más a menudo, durante el orgasmo pueden aparecer contracciones uterinas intensas que provocan en la pareja un estado de ansiedad por temor a un parto pretérmino o a una rotura prematura de membranas y que no parecen ser más peligrosas que las que habitualmente se sienten de forma espontánea cerca del término del embarazo, pudiendo resultar beneficiosas para preparar el útero a las exigencias del parto⁸.

Masters y Johnson⁸ observaron que en la mujer embarazada en el último trimestre y, sobretudo, en las últimas cuatro semanas de gestación, el músculo uterino durante el orgasmo se contrae en forma de espasmo tónico. Estas contracciones se caracterizan por durar un minuto y pueden observarse hasta media hora después.

2.1.4. Parto y Puerperio

En esta etapa se suceden una serie de cambios psicológicos y físicos que afectan profundamente al comportamiento sexual de la mujer y, en consecuencia, a la de su pareja.

Según lo descrito por diferentes autores, los *cambios psicológicos* pueden tener un origen múltiple, como el miedo al contacto físico y al posible embarazo, retraimiento, con el subsecuente riesgo de depresión postparto^{41,44}, adaptación a la nueva situación y a la aparición de un tercer personaje en la pareja, ansiedad ante la nueva responsabilidad y los cuidados del recién nacido, pérdida de intimidad, inconformidad con la apariencia física³⁸, temor del varón a causar dolor o alguna infección¹⁰, presión de la pareja para el retorno de las relaciones o retraso de los contactos físicos y psicoafectivos con repercusión en la pareja, que podrían mantenerse después en su vida sexual^{45,46}. Algunas mujeres quedan afectadas tras un parto largo o complicado; a veces por la terminación del parto mediante cesárea, entendiéndose esto como fracaso personal⁴⁷. En ocasiones la dificultad o imposibilidad de realizar una lactancia materna hace que la mujer no se sienta “buena madre”. En estos momentos, el apoyo y la comprensión por parte del padre es fundamental para el buen desarrollo de la actividad sexual⁴⁷.

Entre los *cambios físicos* que pueden influir en el comportamiento sexual, destacan el cansancio, la mastalgia, la secreción láctea, la ingurgitación mamaria, la dispareunia, el dolor perineal, el orgasmo doloroso, la irritación o sangrado vaginal tras el coito, la sequedad vaginal producida por el descenso de los estrógenos, una congestión de los labios mayores y menores retardada en la fase de meseta, una lubricación vaginal lenta y escasa, una menor distensión vaginal y contracciones de la plataforma orgásmica de menor intensidad y duración^{32,37,41,48}.

Todo esto hace que tanto la frecuencia como el deseo de actividad sexual decaigan en esta etapa con respecto al período preparto^{41,48}. Por tanto, el reinicio de la actividad sexual se va a producir tras un período de tiempo muy variable, que en promedio podría establecerse alrededor de las seis semanas postparto^{38,41}.

Los cambios físicos experimentados tras el parto pueden ser causa de problemas en la relación sexual. Según el estudio de Barrett³² sobre sexualidad tras el parto realizado sobre 796 primíparas, estos problemas aparecieron en el 83% de casos en los tres primeros meses postparto, reduciéndose este porcentaje al 64% a los seis meses. Este mismo autor encontró que la dispareunia podía aparecer en un 58% de casos a los tres meses, reduciéndose a un 26% a los nueve meses del parto; la sequedad vaginal en un 39%, disminuyendo progresivamente hasta un 22%, y la pérdida de deseo sexual en un 44%, pasando a ser de un 35% de casos a los nueve meses postparto³².

El deterioro de la función sexual en esta etapa y, en concreto la dispareunia, se ha asociado con múltiples *factores relacionados con el parto*, como son el *modo de terminación del embarazo* mediante parto tocúrgico y/o la presencia de *episiotomía y desgarro perineal*⁴⁹⁻⁵¹. Por el contrario, cuando el parto se produce vaginal eutócico y el periné resulta íntegro, la función sexual postparto parece estar mejor conservada, como refieren Rogers⁵² y Leeman⁵³. Esta relación ha sido estudiada ampliamente en la literatura con resultados contradictorios, de manera que otros autores no han encontrado asociación⁵⁴⁻⁵⁸.

Otro factor que puede influir sobre la sexualidad postparto es la *lactancia materna*^{32,41,51,59}. El hipoestronismo asociado a la hiperprolactinemia determina un mayor grado de sequedad y de adelgazamiento de las paredes vaginales, lo que conlleva con más frecuencia dispareunia y disminución de deseo sexual^{45,53}. De manera que, según describen Kayner⁶⁰ y Avery⁶¹, en comparación con la etapa preparto, hasta un 62.6% de madres lactantes pueden experimentar una disminución de deseo durante este período y un 30-59% una falta de lubricación vaginal. Sin embargo, al igual que en el estudio de los factores relacionados con el parto, otros autores no han encontrado relación entre la función sexual y la lactancia materna^{44,62,63}.

2.2. Influencia de factores socio-culturales en el comportamiento sexual

La mayoría de las mujeres presentan las modificaciones del comportamiento sexual referidas anteriormente durante el embarazo y el postparto, de forma independiente a la aparición de otros factores que pueden influir.

Adicionalmente existen una serie de variables que parecen incidir en el comportamiento sexual de las parejas durante esta etapa, como son los *factores sociodemográficos y obstétricos*, es decir, la edad materna, el nivel educativo, el estado civil o la paridad, que pueden influir de forma muy variable y con resultados no concluyentes en la literatura.

La influencia de la *edad* en la sexualidad es controvertida, pues los diferentes estudios muestran resultados dispares. Así, algunos autores describen una relación inversa entre ambas variables^{24,43,64-67}, aunque otros no encuentran asociación^{38,68}.

En el caso de la *paridad*, se ha descrito un particular descenso de la frecuencia coital en multíparas a lo largo del embarazo^{30,55,69,70}, que sin embargo, para otros autores es más acentuado en mujeres sin hijos^{23,33,71}.

Esto mismo ocurre con otros factores como el *nivel educacional* de ambos miembros de la pareja o *el estado civil*^{26,39,54,68,72}.

Del mismo modo, el *factor cultural y/o religioso* ha demostrado tener un papel importante en la sexualidad durante la gestación y el postparto. De forma que, actualmente, en algunas culturas existe una falta de información sobre la sexualidad en esta etapa de la vida, persistiendo creencias y miedos sobre el efecto negativo de las relaciones sexuales sobre el embarazo, sobre el feto o sobre la madre, lo que deriva en una reducción de la actividad sexual en el embarazo y el postparto, incluso llegando a suponer altas tasas de abstinencia sexual⁷³⁻⁷⁸.

2.3. Influencia de factores psicológicos. Relación de pareja.

Los cambios en la esfera psicobiológica que se producen durante el embarazo pueden ocasionar trastornos sexuales en la mujer en esta etapa de su vida, y también en el varón^{8,12,18,32,37}. Estas disfunciones suelen ser transitorias, pero cuando el problema no es identificado y tratado a tiempo puede perpetuarse y tornarse definitivo, aún después de finalizado el embarazo. Asimismo, cualquier alteración en la relación que ya existiera antes del embarazo continuará existiendo, pudiendo incluso agravarse.

La mayoría de las causas que pueden tornar permanente una disfunción sexual están relacionadas con la llegada del nuevo ser. La falta de intimidad, la demanda de atención (especialmente materna), la falta de tiempo, la redistribución de roles, entre otras, van diluyendo el interés por resolver el problema. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia, la disminución o pérdida del deseo sexual y frecuentes respuestas no orgásmicas en la mujer^{16,40,65}; los hombres, en cambio, encuentran dificultades eréctiles, disfunciones eyaculativas y desórdenes en la libido. Estas manifestaciones pueden iniciarse y/o agravarse durante el embarazo y el puerperio^{9,47}.

La historia sexual de cada pareja, el grado de conformidad y satisfacción de cada individuo con su propia sexualidad, la salud sexual previa al embarazo, el nivel de comunicación entre ambos miembros de la pareja y, especialmente, el nivel de información sobre los cambios fisiológicos que se aproximan, determinarán la predisposición o no a padecer trastornos sexuales durante la gestación y el puerperio^{32,37}.

Para otras parejas en cambio, el embarazo supone una expresión positiva de la sexualidad, debido a que se sienten libres del temor al embarazo y, ayudados por los efectos hormonales, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales más gratificantes⁸. En estos casos la etapa posterior al parto puede constituir un período de marcada disminución de su satisfacción sexual.

La mayoría de las gestantes y sus parejas no están informadas acerca de los cambios que pueden producirse durante la gestación y el postparto, y tampoco suelen recibir asesoramiento por parte de los profesionales sanitarios que las atienden en esta etapa de sus vidas, lo que influye negativamente sobre su sexualidad y sobre la recuperación de la misma^{27-29,33,59,67,79-81}.

3. EFECTOS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL EMBARAZO

La influencia de la actividad sexual en la evolución del embarazo ha sido descrita ampliamente en la literatura. De manera que algunos trabajos muestran que la actividad coital durante la gestación puede ser peligrosa tanto para la salud de la embarazada como la del feto en circunstancias determinadas, con mayor riesgo de parto pretérmino, rotura de membranas, hemorragia, enfermedad inflamatoria pélvica, embolia gaseosa o alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal⁸²⁻⁸⁷.

Entre las diferentes teorías, se ha propuesto que el principal peligro de las relaciones sexuales durante el embarazo es el coito como riesgo primario, dejando el orgasmo en un rol secundario. El mecanismo sugerido es que el coito promueve infecciones y amnionitis, que provocan rotura prematura de membranas y parto pretérmino. También se propone que el semen juega un papel importante favoreciendo el crecimiento bacteriano y aportando prostaglandinas adicionales^{22,86}, al igual que la presión del pene sobre el cuello uterino en el embarazo avanzado, que puede asimismo liberar prostaglandinas. Otro elemento que participa en esta teoría es que el orgasmo puede desencadenar contracciones uterinas dolorosas y prolongadas⁸, lo que aumenta la posibilidad de que las membranas dañadas previamente se rompan bajo el aumento de presión provocada por la contracción uterina.

Sin embargo, otros autores no han podido demostrar esta relación, incluso han determinado un papel protector de las relaciones sexuales sobre el parto pretérmino,

encontrando una mayor asociación de la actividad sexual con el parto a término que con el pretérmino⁸⁸⁻⁹³.

Asimismo, se han descrito casos de embolia gaseosa durante el embarazo y el postparto⁹⁴⁻⁹⁷, aunque muy poco frecuentes, como consecuencia del coito o de la insuflación intravaginal de aire durante el contacto orogenital, produciéndose el paso de aire desde la vagina hasta los vasos uteroplacentarios, que se encuentran muy dilatados en esta etapa.

En lo que la mayoría de autores parecen estar de acuerdo, es que existen situaciones especiales durante la gestación en las que las relaciones sexuales podrían ser consideradas como prácticas de riesgo y estar contraindicadas. Esto ocurre en el caso de algunas patologías obstétricas y maternas.

Así, se consideran *contraindicaciones absolutas* el sangrado vaginal no filiado (amenaza de aborto, metrorragia del segundo y tercer trimestre), la placenta previa, la dilatación cervical en la gestación preterminal y la rotura prematura de membranas preterminal. Como *contraindicaciones relativas* se incluyen una historia de parto pretérmino y la gestación múltiple^{43,45}.

La amenaza de aborto es una de estas situaciones en las que el coito pudiera estar contraindicado⁴⁷; no así el antecedente de abortos espontáneos y recurrentes, ya que los abortos debidos a trauma o actividad física son extremadamente raros. Además, la localización intrapélvica del útero y el efecto amortiguador del líquido amniótico parecen proteger al feto del trauma físico.

Con excepción de estas contraindicaciones, la mujer embarazada con una gestación de curso normal puede mantener su vida sexual habitual a lo largo del embarazo, siempre limitada por la distensión abdominal propia de las etapas avanzadas de gestación^{37,93}. De manera que el riesgo de la gestante de padecer un resultado adverso en el embarazo como consecuencia de las relaciones sexuales debe ser individualizado y discutido según cada caso⁴⁵.

III. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

III. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

La respuesta sexual sigue un patrón variable de unos individuos a otros, incluso en la misma persona en situaciones diferentes. Este hecho puede ser debido, no solo a modificaciones sobre la esfera anatómica, como en el aparato genital, sino también a distintos momentos de la vida, o a diferentes situaciones psíquicas en que puedan encontrarse.

A estos aspectos, se añade el hecho de que el embarazo y el postparto son etapas de la vida de la mujer que ocasionan cambios, tanto en el aparato genital como en la esfera psíquica.

Los estudios publicados al respecto manifiestan contradicciones evidentes en cuanto a las modificaciones de la respuesta sexual de la mujer durante la gestación y en las distintas patologías que pueden aparecer, además existen pocos estudios prospectivos que evalúen la sexualidad desde la etapa previa al embarazo hasta el postparto, ya que la mayoría se centran en analizar factores relacionados con el parto.

Se añade, además, la intervención de factores socio-culturales que influyen de manera importante sobre la sexualidad humana y, con mayor motivo, durante el embarazo y el postparto. En nuestro país se conocen pocos trabajos que desarrollen este punto.

Es por ello, por lo que nos planteamos realizar un estudio sobre los cambios experimentados en la esfera sexual antes, durante y después del embarazo, así como de los factores que puedan estar asociados a dichos cambios.

2. HIPÓTESIS

El comportamiento sexual de la mujer sufre modificaciones a lo largo de la vida. Concretamente, el proceso relacionado con la gestación puede contribuir y modificar diferentes aspectos de la sexualidad femenina, entre ellos la frecuencia coital, la presencia de orgasmo, el dolor con las relaciones sexuales así como la satisfacción.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

Analizar en una cohorte de gestantes, reclutadas al comienzo del embarazo, las variaciones que se producen en la sexualidad de la mujer durante el mismo y el postparto.

3.2. Objetivos secundarios

- a) Estudiar la influencia de las diferentes características sociodemográficas, así como antecedentes gineco-obstétricos y de sexualidad previos a la gestación en los cambios de la actividad y respuesta sexual de la mujer a lo largo del embarazo y postparto.
- b) Evaluar la influencia del parto, el estado del suelo pélvico, el peso al nacimiento del recién nacido y la anemia postparto en la actividad y respuesta sexual de la mujer en el postparto.
- c) Valorar la influencia de factores relacionados con los cuidados del recién nacido, como son la prematuridad y la lactancia materna, y el método anticonceptivo postparto en la actividad y respuesta sexual de la mujer en el postparto.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO

Estudio analítico observacional prospectivo en una cohorte de mujeres a lo largo del embarazo, parto y puerperio atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Cecilio (HUSC) de Granada durante un período de 25 meses desde el inicio del reclutamiento hasta el final del seguimiento, desde octubre de 2001 a noviembre de 2003.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se ha realizado en el Área Sanitaria del HUSC de Granada, en el marco de estudio del Proyecto de Investigación de la Unión Europea, en el que ha participado la Universidad de Granada, sobre NUTRICIÓN Y EMBARAZO: "Nutraceuticals for healthier life: n-3 polyunsaturated fatty acids and 5-methyltetrahydrofolate", PROYECTO EUROPEO QLK1-CT-1999-00888 (NUHEAL), ofertándoles a las mujeres que participaban en este estudio, la posibilidad de también hacerlo en esta investigación.

3. POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN DE REFERENCIA

3.1. Población diana

Mujeres embarazadas sanas al inicio del estudio.

3.2. Población de referencia

Mujeres embarazadas sanas al inicio del estudio y que cumplen los criterios de selección.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

4.1. Criterios de inclusión

- a) Mujeres embarazadas sanas que acepten participar en el estudio tras comprender las características del mismo.
- b) Mujeres con gestación simple.
- c) Mujeres con gestación no complicada al inicio del embarazo.
- d) Mujeres con edad mayor de 18 años en el momento de la entrada en el estudio.
- e) Mujeres que tienen intención de realizar el seguimiento de su embarazo y parto en el HUSC.
- f) Mujeres con pareja durante el periodo de seguimiento.

4.2. Criterios de exclusión

- a) Mujeres embarazadas con patología materna u obstétrica al inicio del estudio.
- b) Mujeres con dificultad en la comprensión del idioma y por tanto con dificultad para entender el objetivo del estudio y las preguntas de las encuestas/cuestionarios realizadas durante el mismo.

5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el proceso de diseño del estudio, se calculó el tamaño muestral necesario en los dos tipos de análisis que se pretendía realizar:

- En primer lugar, para comparar dos muestras independientes. Consideramos un error alfa del 0.05 y una potencia del 95%, y para detectar una diferencia de 0.7 desviaciones típicas. Para ello, se requerirían en cada muestra 53 casos.
- En segundo lugar, para muestras apareadas, y poder compararlas en dos momentos temporales diferentes. Se consideró un límite de detección de diferencias de 0.7 desviaciones típicas, para lo que se necesitarían 27 mujeres en cada visita. Si tenemos en cuenta las seis visitas programadas, y poder compararlas globalmente, se requerirían 81 en cada instante.

Para este trabajo de Tesis Doctoral, la muestra está formada por mujeres que realizaron su seguimiento de embarazo, parto y postparto en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUSC desde octubre de 2001, en que comenzó la captación de las gestantes voluntarias, hasta noviembre de 2003, momento en el que se realizaron las últimas encuestas en el sexto mes postparto, que cumplían los criterios de inclusión y que quisieron participar en el estudio. Finalmente aceptaron participar en el estudio un total de 111 mujeres.

6. MÉTODO DE INCLUSIÓN EN EL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS

6.1. Reclutamiento

Todas las gestantes que realizan un control médico de su embarazo, acuden a Atención Especializada para una primera evaluación y ecografía en la semana 12 de amenorrea. En esta visita, las gestantes recibieron información verbal y escrita sobre los objetivos y naturaleza del estudio. En caso de que aceptasen participar se les ofreció un documento informativo sobre los momentos y forma de aplicación de los cuestionarios acerca de diversos aspectos en relación a su sexualidad.

Una vez que las gestantes fueron incluidas en el estudio, se citaron nuevamente en la semana 20 de embarazo (± 1 semana) para comenzar el estudio.

6.2. Recogida de información

En la visita de control obstétrico de la semana 20 de gestación, se les entregó el primer cuestionario, que recogía información acerca de los hábitos sexuales de la embarazada, tanto antes de la gestación como en la semana 20 (Cuestionario 1).

<u>PRIMERA VISITA. 20 semanas de gestación</u>	<input type="checkbox"/>
Edad de la primera relación sexual completa.....	<input type="checkbox"/>
<u>A) ANTES DE LA GESTACIÓN (lo habitual, lo más frecuente)</u>	<input type="checkbox"/>
FRECUENCIA.....	<input type="checkbox"/>
1.- Menos de una vez a la semana 2.- Una vez por semana 3.- Más de una vez por semana 4.- Prácticamente diario	<input type="checkbox"/>
ORGASMO.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca o Alguna vez 2.- Frecuentemente 3.- Siempre	<input type="checkbox"/>
SATISFACCIÓN EN LA RELACION SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Rechazo o Insatisfacción 2.- Alguna satisfacción 3.- Satisfacción	<input type="checkbox"/>
MOLESTIA o DOLOR EN LA RELACIÓN SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca 2.- Alguna vez 3.- Casi siempre o Siempre	
<u>B) EN LA ACTUALIDAD (lo habitual, lo más frecuente)</u>	<input type="checkbox"/>
FRECUENCIA.....	<input type="checkbox"/>
1.- Menos de una vez a la semana 2.- Una vez por semana 3.- Más de una vez por semana 4.- Prácticamente diario	<input type="checkbox"/>
ORGASMO.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca o Alguna vez 2.- Frecuentemente 3.- Siempre	<input type="checkbox"/>
SATISFACCIÓN EN LA RELACION SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Rechazo o Insatisfacción 2.- Alguna satisfacción 3.- Satisfacción	<input type="checkbox"/>
MOLESTIA o DOLOR EN LA RELACIÓN SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca 2.- Alguna vez 3.- Casi siempre o Siempre	

Cuestionario 1. Sexualidad en la primera visita (20 semanas)

En esta primera visita de la semana 20 se recogió además información sobre variables sociodemográficas.

Las gestantes debían contestar de manera individual, por lo que si acudían acompañadas a la consulta se les entregaba el cuestionario para que lo rellenasen después de finalizar la visita en otra habitación, guardándolo en un sobre cerrado, fundamentalmente para que la embarazada no se sintiese observada ni consultara con su pareja. Se les informó de la confidencialidad de las encuestas.

Los cuestionarios siguientes, se cumplimentaron en la semana 30 y en la etapa preparto, alrededor de la semana 38 (Cuestionario 2), coincidiendo con las visitas obstétricas; en caso de parto pretérmino se realizaron en el momento del parto.

<u>REVISIÓN</u>	<input type="checkbox"/>
SEMANA DE GESTACIÓN	
<u>EN LA ACTUALIDAD (lo habitual, lo más frecuente)</u>	<input type="checkbox"/>
FRECUENCIA.....	
1.- Menos de una vez a la semana 2.- Una vez por semana 3.- Más de una vez por semana 4.- Prácticamente diario	
ORGASMO.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca o Alguna vez 2.- Frecuentemente 3.- Siempre	
SATISFACCIÓN EN LA RELACION SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Rechazo o Insatisfacción 2.- Alguna satisfacción 3.- Satisfacción	
MOLESTIA o DOLOR EN LA RELACIÓN SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca 2.- Alguna vez 3.- Casi siempre o Siempre	

Cuestionario 2. Sexualidad en las visitas de revisión en semana 30 y 38 (preparto).

Los cuestionarios postparto, se cumplimentaron en el tercer y sexto mes tras el parto en la revisión puerperal. Al no existir una visita postparto protocolizada en Atención Especializada, se citó expresamente a estas mujeres para las dos visitas. En estos cuestionarios, se recogió adicionalmente información acerca del método anticonceptivo usado, momento de reinicio de las relaciones y el mantenimiento de la lactancia materna (Cuestionarios 3 y 4).

<u>3er MES POSTPARTO</u>	
Días después del parto de reinicio de las relaciones.....	<input type="checkbox"/>
<u>LACTANCIAMATERNA</u>	<input type="checkbox"/>
1.- Sí 2.- No	
<u>MÉTODO ANTICONCEPTIVO (actual, habitual)</u>	<input type="checkbox"/>
1.- Ninguno 2.- Coito interrumpido 3.- preservativo 4.- Anovulatorios 5.- DIU/Ligadura trompas	
<u>EN LA ACTUALIDAD (lo habitual, lo más frecuente)</u>	
FRECUENCIA.....	<input type="checkbox"/>
1.- Menos de una vez a la semana 2.- Una vez por semana 3.- Más de una vez por semana 4.- Prácticamente diario	
ORGASMO.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca o Alguna vez 2.- Frecuentemente 3.- Siempre	
SATISFACCIÓN EN LA RELACION SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Rechazo o Insatisfacción 2.- Alguna satisfacción 3.- Satisfacción	
MOLESTIA o DOLOR EN LA RELACIÓN SEXUAL.....	<input type="checkbox"/>
1.- Nunca 2.- Alguna vez 3.- Casi siempre o Siempre	

Cuestionario 3. Sexualidad en la visita de revisión 3 meses postparto

<u>6º MES POSTPARTO</u>		<input type="checkbox"/>
<u>LACTANCIA MATERNA</u>		<input type="checkbox"/>
1.- Sí 2.- No		
<u>MÉTODO ANTICONCEPTIVO (actual, habitual)</u>		<input type="checkbox"/>
1.- Ninguno 2.- Coito interrumpido 3.- preservativo 4.- Anovulatorios 5.- DIU/Ligadura trompas		
<u>EN LA ACTUALIDAD (lo habitual, lo más frecuente)</u>		<input type="checkbox"/>
FRECUENCIA		<input type="checkbox"/>
1.- Menos de una vez a la semana 2.- Una vez por semana 3.- Más de una vez por semana 4.- Prácticamente diario		
ORGASMO		<input type="checkbox"/>
1.- Nunca o Alguna vez 2.- Frecuentemente 3.- Siempre		
SATISFACCIÓN EN LA RELACION SEXUAL		<input type="checkbox"/>
1.- Rechazo o Insatisfacción 2.- Alguna satisfacción 3.- Satisfacción		
MOLESTIA o DOLOR EN LA RELACIÓN SEXUAL		<input type="checkbox"/>
1.- Nunca 2.- Alguna vez 3.- Casi siempre o Siempre		

Cuestionario 4. Sexualidad en la visita de revisión 6 meses postparto

Los cuestionarios sobre sexualidad tienen el mismo formato en todas las visitas. Incluyen información sobre la frecuencia sexual, frecuencia de orgasmo, satisfacción con la relación sexual y molestia o dolor durante la misma. Es un cuestionario de respuesta múltiple, ordenado de menor a mayor frecuencia.

Estos cuestionarios se elaboraron *ad hoc* en base a la literatura existente hasta el momento de realización del estudio^{22,26,32,37,39,68,98}.

7. FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos se recogen de las siguientes fuentes de información:

- Cuestionarios realizados a las gestantes.
- Historia clínica informatizada de las pacientes. Se ha utilizado el programa intrahospitalario ARCHINET del HUSC. En esta historia quedan recogidos los datos relativos a: antecedentes personales obstétricos y de salud, datos del embarazo y parto y resultados perinatales.

8. VARIABLES DE ESTUDIO

La mayoría de las variables de este estudio vienen dadas directamente por la información que se obtiene de la historia clínica informatizada de la paciente y otras que se construyen para este fin, recogidas en los cuestionarios.

Se dividen en:

8.1. Variables independientes

8.1.1. Variables sociodemográficas

Estas variables se recogen en la primera consulta obstétrica tras la aceptación de participar en el estudio.

- 1) Edad materna
- 2) Nacionalidad
- 3) Raza
- 4) Estado civil
- 5) Estudios maternos
- 6) Estudios paternos

8.1.2. Variables obstétricas

Tras la terminación del embarazo se obtienen las siguientes variables independientes

- 1) Paridad
- 2) Semana gestacional en el momento del parto
- 3) Motivo de ingreso hospitalario
- 4) Modo de inicio del parto
- 5) Modo de terminación del parto
- 6) Tipo de analgesia intraparto
- 7) Episiotomía
- 8) Desgarro perineal
- 9) Peso del recién nacido
- 10) Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos
- 11) Ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología
- 12) Anemia puerperal
- 13) Lactancia materna al alta, a los 3 meses y a los 6 meses postparto
- 14) Método anticonceptivo a los 3 meses y a los 6 meses postparto

8.2. Variables dependientes

Son el objeto de este trabajo de investigación. Se trata de las variables sobre comportamiento sexual.

- 1) Frecuencia de relaciones sexuales
- 2) Frecuencia de orgasmo durante las relaciones sexuales
- 3) Satisfacción en la relación sexual
- 4) Molestia/dolor durante las relaciones

8.3. Definición de las variables

8.3.1. Variables sociodemográficas

- 1) **Edad:** es la edad de la paciente en años en el momento que acude a la primera consulta. Variable cuantitativa discreta.
Posteriormente esta variable se recodifica en la variable “edad materna igual o menor de 30 años”. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando la edad materna es menor o igual de 30 años, se considera “No” si el valor es edad materna mayor de 30 años. Se considera este punto de corte al ser la media de la edad materna de 30.3 (± 4.92) años.
- 2) **Nacionalidad española:** recoge si la gestante tiene nacionalidad española. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando la nacionalidad es española, en otro caso toma el valor “No”.
- 3) **Raza caucásica:** recoge si la gestante es de raza caucásica (blanca). Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando la raza es caucásica, en otro caso toma el valor “No”.
- 4) **Estado civil:** recoge el estado civil en el momento del ingreso en el estudio. Variable cualitativa con 3 categorías: “casada”, ”solteras” y “otras”.
- 5) **Estudios maternos:** recoge el grado de estudios máximo cursado por la gestante. Variable cualitativa con 3 categorías: “básicos” se refiere a estudios primarios, “medios”, recoge estudios de Bachillerato o estudios de Formación Profesional, y “superiores”, representa a los estudios universitarios.
Posteriormente se ha recodificado en una nueva variable “estudios básicos”. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando la gestante sólo ha terminado los estudios básicos, en otro caso toma el valor “No”. Se considera esta recodificación debido al escaso número de mujeres que presentan estudios superiores (5.4%).
- 6) **Estudios paternos:** recoge el grado de estudios máximo cursado por la pareja de la gestante. Variable cualitativa con 3 categorías: “básicos” se refiere a estudios primarios, “medios”, recoge estudios de Bachillerato o estudios de Formación Profesional, y “superiores”, representa a los estudios universitarios.

Posteriormente se recodifica en una nueva variable “estudios básicos”. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando la gestante sólo ha terminado los estudios básicos, en otro caso toma el valor “No”. Se considera esta recodificación debido al escaso número de hombres que presentan estudios superiores (2.7%).

8.3.2. Variables obstétricas

- 1) **Paridad:** es el número de hijos que ha tenido la mujer embarazada previos a la gestación estudiada. Variable cuantitativa discreta.

Posteriormente se recodifica en una nueva variable: “nuliparidad”. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando la gestante no ha tenido hijos previamente, en el caso contrario toma el valor “No”.

- 2) **Semana de gestación del parto (semana de gestación completa):** es el número de semanas de gestación a la que se produce el parto. Variable cuantitativa discreta.

Posteriormente esta variable se recodifica en la variable cualitativa dicotómica “parto a término”. Toma el valor “Sí” cuando se produce el parto a partir de la semana 37 de gestación (37 semana +0 días). Toma el valor “No” si el parto se produce antes de la semana de gestación 37 +0 días.

- 3) **Modo de inicio del parto:** modalidad por la cual se inicia el parto. Variable cualitativa con las siguientes modalidades: “espontáneo”, “inducido” y “cesárea electiva”.

- 4) **Modo de terminación del parto:** especifica el modo mediante el cual se ha finalizado el parto. Variable cualitativa con las siguientes categorías: “vaginal eutócico”, “vaginal vacuo”, “vaginal fórceps/espátulas” y “cesárea”.

Posteriormente estas variables también se han recodificado para realizar diferentes comparaciones en las categorías: “vaginal eutócico”, “vaginal tocúrgico” y “cesárea”.

Por último se han recodificado también en: “vaginal” y “cesárea”.

- 5) **Tipo de analgesia/anestesia intraparto:** se refiere al tipo de analgesia administrada a la gestante durante el parto. Variable cualitativa que recoge las siguientes categorías: “general y/o locoregional” recoge la administración de

analgesia vía general y/o locorregional (raquídea o epidural), “local”, cuando se ha administrado anestesia local en periné y “no analgesia” cuando no ha precisado ningún tipo de analgesia/anestesia.

- 6) **Episiotomía:** recoge la necesidad de haber requerido la realización de la práctica de una episiotomía durante el período expulsivo del parto. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando se ha realizado episiotomía, en caso contrario toma el valor “No”.
- 7) **Desgarro perineal:** recoge la presencia de desgarro perineal producido durante el proceso del parto y alumbramiento. Variable cualitativa que recoge las siguientes categorías: “no desgarro”, “desgarro tipo I”, “desgarro tipo II”, “desgarro tipo III”, “desgarro tipo IV”.
- 8) **Estado del periné tras parto:** las dos últimas variables se utilizan para crear una nueva que recoge el estado físico del periné tras el parto. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Toma el valor “Sí” cuando se ha producido desgarro perineal II y/o se ha realizado episiotomía, toma el valor “No” cuando no hay episiotomía y, si se produce desgarro, es de tipo I.
- 9) **Peso del recién nacido:** es el peso en gramos del recién nacido (RN) en el momento del nacimiento. Variable cuantitativa continua. Partiendo de esta variable se recodifica en una nueva variable cualitativa con 3 categorías: “peso adecuado” cuando el recién nacido pesa entre 2500-4000 gramos (g), “bajo peso” cuando pesa menor de 2500 g, “macrosoma” cuando pesa más de 4000 g. No se ha tenido en cuenta la edad gestacional, sólo el peso para valorar la influencia del mismo sobre la sexualidad.
- 10) **Test de Apgar del recién nacido al minuto y a los 5 minutos de vida:** este test nos mide la vitalidad del recién nacido. Es un test validado. Tiene una escala que va de 0 a 10 (0=ninguna vitalidad del niño a 10=vitalidad máxima) y valora varias características al nacer. Se mide en el minuto 1 y a los 5 minutos de vida. Variable cuantitativa discreta.
- 11) **Ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología:** recoge si el recién nacido precisa ingreso hospitalario en la Unidad de Pediatría. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando el recién nacido es

ingresado en dicha Unidad, se considera “No” si el recién nacido no es ingresado.

- 12) **Anemia puerperal:** es la presencia de anemia en el período puerperal. Se basa en los niveles de Hemoglobina en sangre venosa materna. Variable cuantitativa continua. Se recodifica en una variable cualitativa con 4 categorías: “anemia severa” (cifras de hemoglobina menores de 7g/dl), “anemia moderada” (cifras de hemoglobina 7-9g/dl), “anemia leve” (hemoglobina 9.1-10.5g/dl) y “no anemia” (cifras de hemoglobina mayores de 10.5 g/dl).

Posteriormente se recodifica obteniendo una variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando las cifras de hemoglobina son menores o iguales a 10.5 g/dl, se considera “No” si las cifras de hemoglobina son mayores de 10.5 g/dl.

- 13) **Lactancia materna al alta:** es la lactancia materna en el momento del alta hospitalaria materna. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando el recién nacido tome lactancia materna, ya sea exclusiva o parcial al alta hospitalaria maternal, se considera “No” si la lactancia es artificial al alta hospitalaria materna.

- 14) **Lactancia materna a los 3 meses del parto:** es la lactancia materna a los 3 meses del parto. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando el recién nacido tome lactancia materna, ya sea exclusiva o parcial a los 3 meses del parto, se considera “No” si la lactancia es artificial en este momento.

- 15) **Lactancia materna a los 6 meses del parto:** es la lactancia materna a los 6 meses del parto. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando el recién nacido tome lactancia materna, ya sea exclusiva o parcial a los 6 meses del parto, se considera “No” si la lactancia es artificial en este momento.

- 16) **Método anticonceptivo a los 3 meses:** se refiere al método utilizado a los 3 meses del parto. Variable cualitativa con 5 categorías: preservativo, anovulatorios, coito interrumpido, ligadura tubárica bilateral/dispositivo intrauterino y no uso de método.

Posteriormente se recategoriza en: “anovulatorios”, “no uso de métodos” y “resto de métodos”, que engloba las categorías preservativo, coito interrumpido y ligadura tubárica bilateral/dispositivo intrauterino.

17) **Método anticonceptivo a los 6 meses:** se refiere al método utilizado a los 6 meses del parto. Variable cualitativa con las categorías: preservativo, anovulatorios, coito interrumpido, ligadura tubárica bilateral/dispositivo intrauterino y no uso de método.

Posteriormente se agrupa en: “anovulatorios”, “no uso de métodos” y “resto de métodos” que engloba las categorías preservativo, coito interrumpido y ligadura tubárica bilateral/dispositivo intrauterino.

18) **Reinicio de relaciones sexuales:** indica el tiempo tras el parto en el que se retoman las relaciones sexuales. Variable cuantitativa discreta, se mide en días.

8.3.3. Variables de sexualidad

1) **Frecuencia de las relaciones sexuales:** recoge la frecuencia de las relaciones sexuales de la mujer en los distintos momentos analizados. Es una variable cualitativa, cuyas categorías se ordenan de menor a mayor. Se establecen 4 categorías: escasa (menos de una vez a la semana), semanal (una vez por semana), más de una vez por semana y diario.

Con esta variable se ha construido además una nueva variable, que es “buena sexualidad con respecto a la frecuencia de relaciones sexuales”. Variable cualitativa dicotómica. Tomará el valor “buena” cuando las mujeres presentan una frecuencia de relaciones semanal o mayor; se considera “mala/ regular” si las relaciones son menos de una vez a la semana.

2) **Frecuencia de orgasmo durante las relaciones:** recoge la presencia de orgasmo durante las relaciones sexuales. Es una variable cualitativa, cuyas categorías se ordenan de menor a mayor. Se establecen las siguientes categorías: “nunca o alguna vez (escasa)”, “frecuentemente” y “siempre”.

Con esta variable se ha construido además una nueva variable que es “buena sexualidad para la frecuencia de orgasmo”. Variable cualitativa dicotómica. Tomará el valor “buena” cuando las mujeres frecuentemente/siempre presentan orgasmo, se considera “mala/regular” en caso contrario.

3) **Satisfacción en la relación sexual:** recoge la percepción personal de la mujer ante la satisfacción por las relaciones sexuales. Variable cualitativa, cuyas

categorías se ordenan de menor a mayor. Se establecen las siguientes categorías: “rechazo/insatisfacción”, “alguna satisfacción” y “satisfacción”.

Con esta variable se ha construido además una nueva variable que es “buena sexualidad con respecto a la satisfacción”. Variable cualitativa dicotómica. Tomará el valor “buena” cuando las mujeres presentan satisfacción o alguna satisfacción con las relaciones, se considera “mala/regular” en caso contrario.

- 4) **Molestia o dolor en la relación:** es la aparición de molestia o dolor durante la práctica de relaciones sexuales. Es una variable cualitativa, cuyas categorías se ordenan de menor a mayor. Se establecen las siguientes categorías: “nunca”, “alguna vez” y “casi siempre/siempre”.

Con esta variable se ha construido además una nueva variable que es “buena sexualidad con respecto al dolor”. Variable cualitativa dicotómica: sí/no. Tomará el valor “Sí” cuando las mujeres nunca presentan dolor o sólo alguna vez, se considera “No” en caso contrario.

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha elaborado una base de datos donde se recogen las variables del estudio. Posteriormente se analizan estas variables con el soporte informático del paquete de programas estadísticos IBM SPSS versión 20.0 (Inc., Chicago IL).

9.1. Validez del cuestionario de sexualidad

Para estudiar la validez interna de los cuestionarios se ha realizado un análisis de fiabilidad del test, para el que un alfa de Cronbach mayor de 0.7 considera la fiabilidad del cuestionario como aceptable⁹⁹.

9.2. Análisis descriptivo

En primer lugar, se ha ejecutado una depuración de los datos introducidos, mediante el cruce de campos lógicos y detección de valores imposibles, antes de proceder al análisis.

Posteriormente se ha realizado un análisis descriptivo de las principales variables. Para las variables cualitativas se ha calculado para cada una de las categorías su distribución de frecuencias (número de casos y porcentaje) y se presenta, como gráfico, el diagrama de barras. Para las variables cuantitativas se han obtenido medidas de dispersión y tendencia central para cada una de esas variables: mínimo, máximo, media, mediana y desviación típica, y como gráficos se presenta el histograma.

9.3. Análisis bivariante

Para analizar la posible relación entre las variables de sexualidad y los diferentes factores estudiados, en un primer análisis se han incluido las variables de sexualidad con todas sus categorías y, a posteriori, agrupadas en dos categorías (bien y regular/mal) en cada una de las visitas (pregestacional, semanas 20, 30 y 38, 3 meses y 6 meses postparto).

Para ello, se han utilizado los siguientes test estadísticos:

- Para analizar la relación de las variables 2 a 2, en el caso de variables cualitativas se aplica el test de Chi-cuadrado (en tablas $r \times s$) o el test exacto de Fisher en caso de no cumplirse las condiciones de validez (no puede existir ninguna frecuencia esperada menor de 1 y no más del 20% de las casillas pueden tener frecuencias esperadas menores o iguales que 5). En el caso de estudiar la relación entre las variables cuantitativas 2 a 2, primero se aplica un test de normalidad (mediante el Test de Shapiro Wilks) y, en base a si se cumple o no esta hipótesis, se calcula el coeficiente de correlación de Pearson o bien el no paramétrico de Spearman para el caso de no normalidad.
- Al estudiar la relación entre dos variables, una de ellas cuantitativa y otra cualitativa, dependiendo de si ésta última tiene dos modalidades o más, se utilizará T-Student o ANOVA respectivamente, en el caso de que se cumpla la hipótesis de normalidad. En el caso contrario, se utilizarán los test no paramétricos correspondientes (Test U Mann-Whitney o Test Kruskall-Wallis). Cuando se aplican los test ANOVA o de Kruskall-Wallis, si el resultado muestra

significación, se realizan posteriormente las correspondientes comparaciones múltiples.

- Para analizar la evolución del comportamiento sexual a lo largo de los diferentes momentos estudiados, considerando cada variable de sexualidad con todas las categorías, se utilizan métodos no paramétricos para muestras apareadas, como el test de Wilcoxon en caso de dos muestras y el test de Friedman para varias muestras apareadas. Igualmente, en este último, en caso de significación se realizan las comparaciones múltiples. Para analizar la evolución de estas variables recodificadas en dos categorías (bien y regular/mal) se utiliza el test Q de Cochran para muestras relacionadas, como caso particular del test de Friedman cuando solo existen dos categorías.
- Cuando se desea comparar dos proporciones en muestras apareadas, como se ha requerido en la realización de este trabajo de Tesis Doctoral, al comparar las variables de sexualidad agrupadas en dos categorías antes y después del parto, se utiliza el test de McNemar previa recodificación de dichas variables.

9.4. Análisis Multivariante

Para analizar qué factores influyen en las variables que recogen el comportamiento sexual (frecuencia de relaciones sexuales, frecuencia de orgasmo, satisfacción sexual y dolor), agrupadas en dos categorías, se han realizado los correspondientes modelos de regresión logística binaria multivariante, tanto en etapa pregestacional como en cada momento del embarazo, con el método por pasos sucesivos.

Se obtiene para cada variable estudiada la Odds ratio (OR) cruda y la OR ajustada, así como sus intervalos de confianza al 95%.

La estimación cruda de la OR se obtiene para cada categoría de cada variable introducida como única variable independiente en el modelo.

La estimación ajustada de la OR se obtiene cuando se realiza un modelo de regresión logística múltiple.

Para todos los análisis se considerará significativo un valor $p \leq 0.05$ e indicios de significación estadística $p \leq 0.1$, como propone Greenland¹⁰⁰.

10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se han seguido las recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki (Finlandia, 1964)¹⁰¹ y sus posteriores enmiendas, la última de ellas realizada por la 64ª Asamblea General (Brasil, 2013)¹⁰¹, así como por el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo, 1997)¹⁰².

A todas las mujeres embarazadas de la consulta de Obstetricia del Hospital Universitario San Cecilio que cumplieron los criterios de inclusión se les invitó a participar en el estudio, informándoles verbalmente y entregándoles un documento escrito donde se explica en lenguaje comprensible los objetivos y procedimientos del estudio.

Se informó a las participantes de la voluntariedad de su participación y del carácter confidencial de todos los datos obtenidos en esta investigación. También se les informó de la posibilidad de revocar su participación en el estudio en cualquier momento del mismo, sin perjuicio en el seguimiento de su proceso.

Este proyecto de investigación cumple con los principios de respeto, beneficencia y justicia.

Los datos se almacenaron en una base de datos informática que cumple los criterios de privacidad establecidos por la ley de orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal¹⁰³. Para ello, se crearon dos archivos: uno con el nombre de las participantes, con su número de historia clínica y se le asignó un código, con acceso único para el investigador principal, y un segundo archivo donde se recogen todas las variables y se identifica a los pacientes sólo con el código asignado.

V. RESULTADOS

V. RESULTADOS

1. VALIDEZ DE LOS CUESTIONARIOS

Durante el período estudiado, 111 mujeres que cumplían los criterios de inclusión para participar en el estudio aceptaron participar en el mismo.

Así, el número de encuestas completadas en la semana de gestación (sg) 20 fue de 111. En la sg 30 fue de 106 y de 97 antes del parto (en el caso de parto pretérmino la encuesta se realizó en el momento del mismo, en la semana 35-36). La pérdida de casos durante el embarazo fue causada por patología en el tercer trimestre (sangrado y amenaza de parto pretérmino) que obligó a la abstinencia sexual.

En el tercer y sexto mes postparto el número de encuestas recogidas fue de 41. La pérdida en el postparto fue debida a que la revisión puerperal no está incluida en el seguimiento protocolizado tras el parto, lo que dificultó la localización y asistencia de las mujeres participantes en el estudio.

Al utilizar un cuestionario realizado *ad hoc*, el primer paso fue estudiar su validez interna mediante un test de fiabilidad⁹⁹ para el que el coeficiente alfa de Cronbach en los cuestionarios antes y durante el embarazo fue de 0.752. Al aplicar este test globalmente a los cuestionarios de todos los momentos del embarazo y del postparto, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.676. Por lo tanto, se considera la fiabilidad del cuestionario como aceptable.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Como se ha comentado en el apartado Material y Métodos de este trabajo de Tesis Doctoral, durante el periodo de estudio se reclutaron un total de 111 mujeres con

gestación y parto controlados en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Cecilio (Granada). A continuación, se describen las variables epidemiológicas de la población de estudio para la que se ha realizado el seguimiento. En la tabla 1 se recogen los datos de las principales características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes.

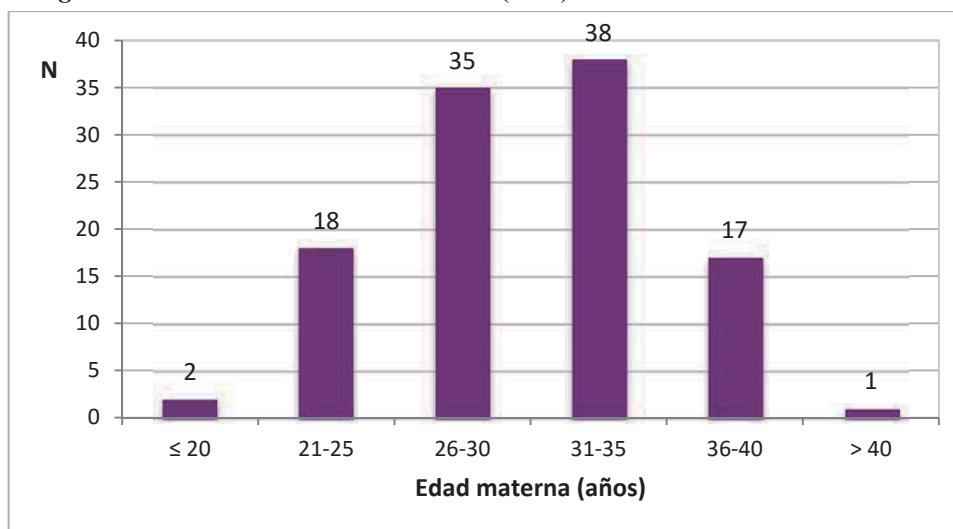
Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes y sus parejas.

	N
Edad materna por grupos (años)	
≤30 años	55 (49.5)
>30 años	56 (50.5)
Paridad	
Nulíparas	61 (55.0)
Multíparas	50 (45.0)
Nacionalidad	
Españolas	107 (96.3)
Otras	4 (3.7)
Raza	
Caucásica	111 (100.0)
Estado civil	
Solteras	9 (8.1)
Casadas	102 (91.9)
Estudios maternos	
Básicos	71 (64.0)
Medios/Superiores	40 (36.0)
Estudios paternos	
Básicos	84 (75.7)
Medios/Superiores	27 (24.3)
Semana gestacional del parto	
Pretérmino (<37 semanas)	10 (9.0)
A término (≥37 semanas)	101 (91.0)

La edad media de las participantes fue de 30.3 ± 4.92 años, de ellas el 49.5% tenían menos de 30 años y el 50.5% se encontraban en la franja de edad entre 30 y 42 años en el momento de inicio del estudio. La distribución de edad de las gestantes incluidas en

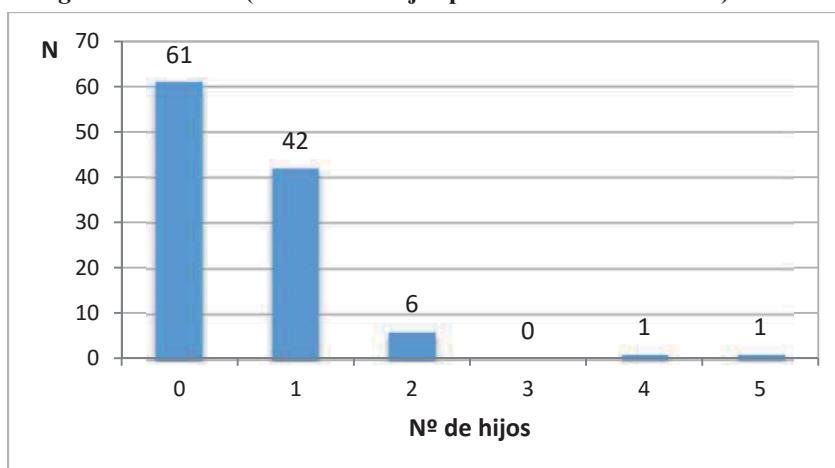
este estudio se muestra en la figura 2, donde se observa que el grupo más frecuente de edad es el de 31-35 años, seguido por el de 26 a 30 años.

Figura 2. Distribución de Edad materna (años)



En cuanto a la paridad, 55% de las mujeres eran nulíparas, 37.8% tenían un hijo anteriormente y 7.2%, dos o más hijos (figura 3).

Figura 3. Paridad (Número de hijos previos a este embarazo)



Del total de nuestra muestra, 107 mujeres eran de nacionalidad española (96.3%) y todas de raza caucásica. En cuanto al estado civil, 91.9% de estas gestantes estaban casadas y el resto eran solteras.

Al analizar los estudios completados, el grupo mayoritario fue el que tenía estudios básicos (64%), el 30.6% estudios medios y el 5.4% estudios superiores. Si nos referimos a los estudios paternos, el 75.7% de los hombres refirieron estudios básicos, el 21.6% medios y el 2.7% estudios superiores.

Con respecto al parto, se observa que la mayoría de gestantes llegaron a término y sólo un 9% tuvieron un parto pretérmino (menor de 37 semanas gestacionales). El motivo de ingreso materno más frecuente fue la rotura prematura de membranas (27.9%), seguido por la fase latente de parto (24.3%), el parto en curso (20.7%) y el embarazo en vías de prolongación (11.7%).

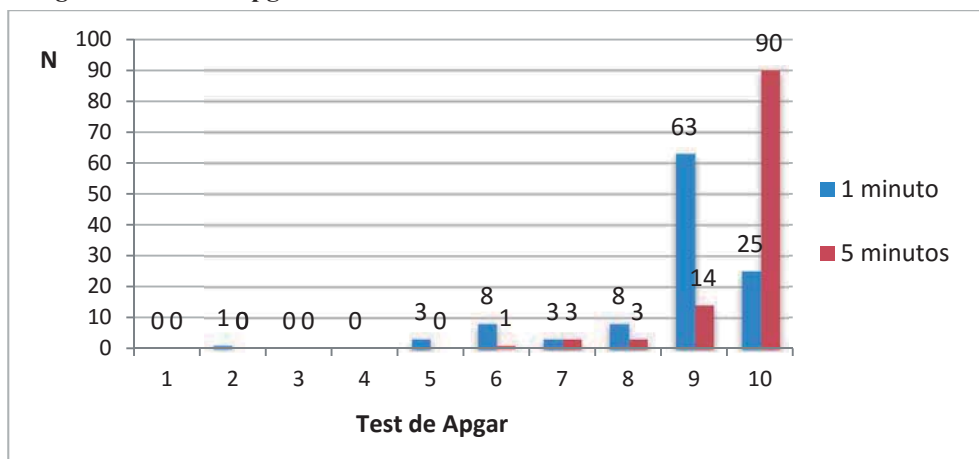
El parto se inició de forma espontánea en el 59.5% de los casos, de forma inducida en el 33.3% (27% con oxitocina intravenosa y 6.3% con prostaglandinas intravaginales) y mediante cesárea electiva, sólo el 7.2%. La terminación del parto fue vaginal espontáneo en el 56.8% de los casos, precisando tocurgia un 15.3% de los partos (9% vacuoextracción y 6.3% fórceps) y cesárea en el 27.9% de casos (21.6% urgente y 6.3% electiva).

En cuanto al estado del periné encontramos que en el 53% de los partos fue preciso realizar episiotomía; sin embargo, en el 90.8% de los partos vaginales no se produjo desgarro perineal y, cuando éste aparece, es de primer o segundo grado (4.6% en ambos casos).

En nuestra población de estudio, la mayoría de gestantes requirieron analgesia intraparto, de manera que el 58.2% de las mujeres solicitaron analgesia epidural, 19.1% anestesia local, 10% raquídea, 4.5% general y en un 8.2% de casos no se administró ningún tipo de analgesia.

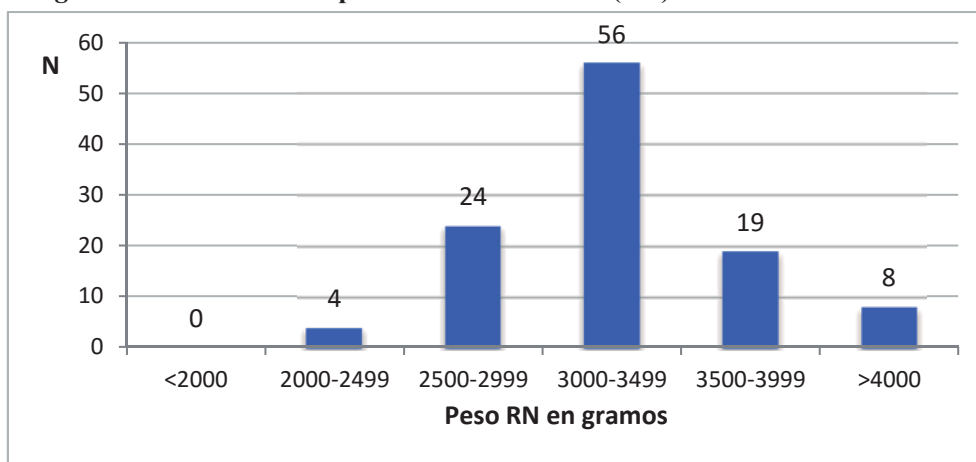
Tras el parto, los recién nacidos (RN) presentaron un test de Apgar ≥ 7 en el primer minuto y a los 5 minutos de vida en un 89.2% y 99% de casos respectivamente. En la figura 4 se representa la distribución de RN en función de este test al minuto y a los 5 minutos de vida.

Figura 4. Test de Apgar de los recién nacidos



Del total de la muestra de RN, el 89.2% de niños tuvo un peso comprendido entre 2.500 gramos (g) y 4.000 g, únicamente un 3.6% menor de 2.500 g y el 7.2% mayor de 4.000 g, como queda representado en la figura 5. De estos neonatos solo fue preciso el ingreso hospitalario del 7.2% (n=8). Asimismo, del grupo de mujeres que contestaron las encuestas en el postparto únicamente se ingresaron 3 recién nacidos.

Figura 5. Distribución de peso de recién nacidos (RN)



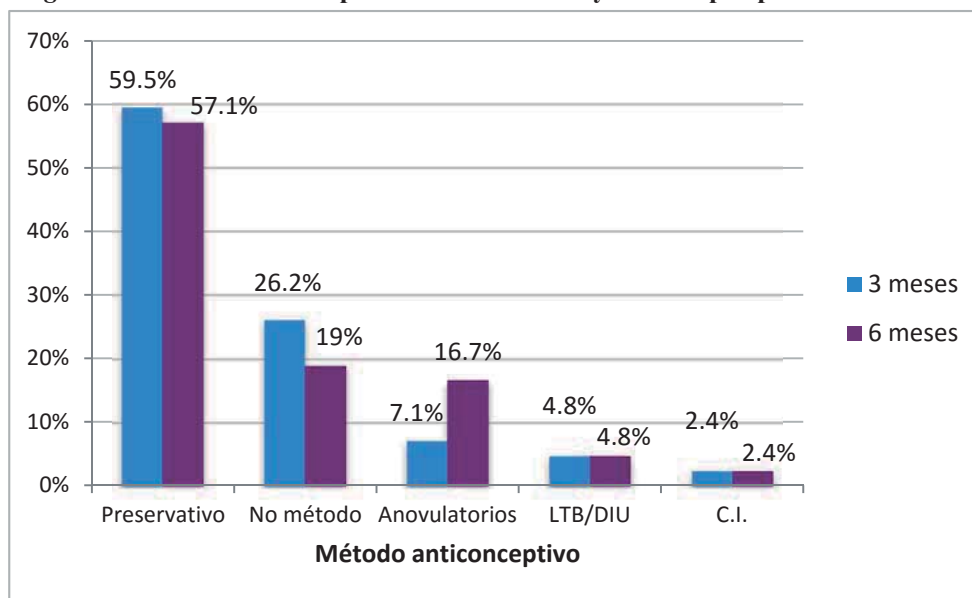
En el momento del alta hospitalaria, el 91.7% de las mujeres se decidieron por la lactancia materna, que se mantuvo en el 88.1% de los casos a los 3 meses postparto y en el 47.6% a los 6 meses postparto.

Tras el parto, un 29.4% de mujeres presentaron anemia, siendo esta anemia leve en un 23.5% de las madres y moderada en un 5.9%. No hubo casos de anemia severa.

En el periodo postparto, el reinicio de las relaciones se estableció antes de las 6 semanas para el 51.7% de madres y antes de los 3 meses en el 95% de las pacientes.

Como método anticonceptivo a los 3 y 6 meses del parto, destaca el uso de preservativo (59.5% y 57.1% respectivamente) y de anovulatorios (7.1% y 16.7%), con un 26.2% y 19% de casos para los 3 y 6 meses respectivamente que no utilizaban ningún método. Tanto a los 3 como a los 6 meses postparto, las mujeres utilizaron como método anticonceptivo el coito interrumpido en un 2.4%, y la ligadura tubárica bilateral (LTB) o el dispositivo intrauterino (DIU) en 4.8%. La distribución de pacientes en función del método utilizado a los 3 y 6 meses se muestra en la figura 6.

Figura 6. Método anticonceptivo utilizado a los 3 y 6 meses postparto



Cuando comparamos las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con información completa durante todo el seguimiento (n=41) con aquellas de las que

solo se recabó información durante el embarazo (n=70), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables entre ambos grupos (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres encuestadas.

	Mujeres con encuestas en embarazo y postparto N=41(%)	Mujeres con encuestas únicamente en embarazo N=70(%)	Valor p*
Edad materna			
≤30 años	16 (39)	39 (55.7)	0.133
>30 años	25 (61)	31 (44.3)	
Paridad			
Nulíparas	21(51.2)	39(55.7)	0.746
Múltiparas	20(48.8)	31(44.3)	
Estado civil			
Solteras	2 (4.9)	7 (10)	0.553
Casadas	39 (95.1)	63 (90)	
Estudios maternos			
Básicos	25 (61)	46 (65.7)	0.766
Medios/Superiores	16 (39)	24 (34.3)	
Estudios paternos			
Básicos	28 (68.3)	56 (80)	0.247
Medios/Superiores	13 (31.7)	14 (20)	
Semana gestacional del parto			
Pretérmino (<37 semanas)	4 (9.8)	6 (8.6)	1
A término (≥37 semanas)	37 (90.2)	64 (91.4)	
Inicio del parto			
Espontáneo	29 (70.8)	37 (52.9)	0.119
Inducido	11 (26.8)	26 (37.1)	
Cesárea	1 (2.4)	7 (10)	
Terminación del parto			
Espontáneo	28 (68.2)	35 (50)	0.160
Instrumental	4 (9.8)	13 (18.6)	
Cesárea	9 (22)	22 (31.4)	
Desgarro y/o Episiotomía			
Sí	24 (58.5)	38 (54.3)	0.846
No	17 (41.5)	32 (45.7)	
Lactancia al alta			
Sí	40 (97.6)	62 (88.6)	0.149
No	1 (2.4)	8 (11.4)	
Peso RN			
<2.500g	2 (4.9)	2 (2.9)	0.846
2.500g-4.000g	35 (85.4)	64 (91.4)	
>4.000g	4 (9.8)	4 (5.7)	
Ingreso RN			
No	38 (92.7)	65 (92.9)	0.554
Sí	3 (7.3)	5 (7.1)	

*Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

3. EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO

En los cuestionarios administrados en cada visita se evalúan los diferentes aspectos relacionados con la sexualidad, entre ellos la frecuencia de relaciones sexuales, la frecuencia de orgasmo, la satisfacción con las relaciones y la presencia de dolor o molestias con las mismas. A continuación, se describe la evolución de estas variables a lo largo de las visitas programadas en el seguimiento.

3.1. Frecuencia de relaciones sexuales

Si analizamos la frecuencia de las relaciones sexuales en la etapa previa a la gestación, durante ella y en el postparto (3 y 6 meses), encontramos que existe una disminución progresiva de la misma, recuperándose parcialmente en el postparto (tabla 3).

Tabla 3. Evolución de las variables de sexualidad en la etapa pregestacional, embarazo y postparto

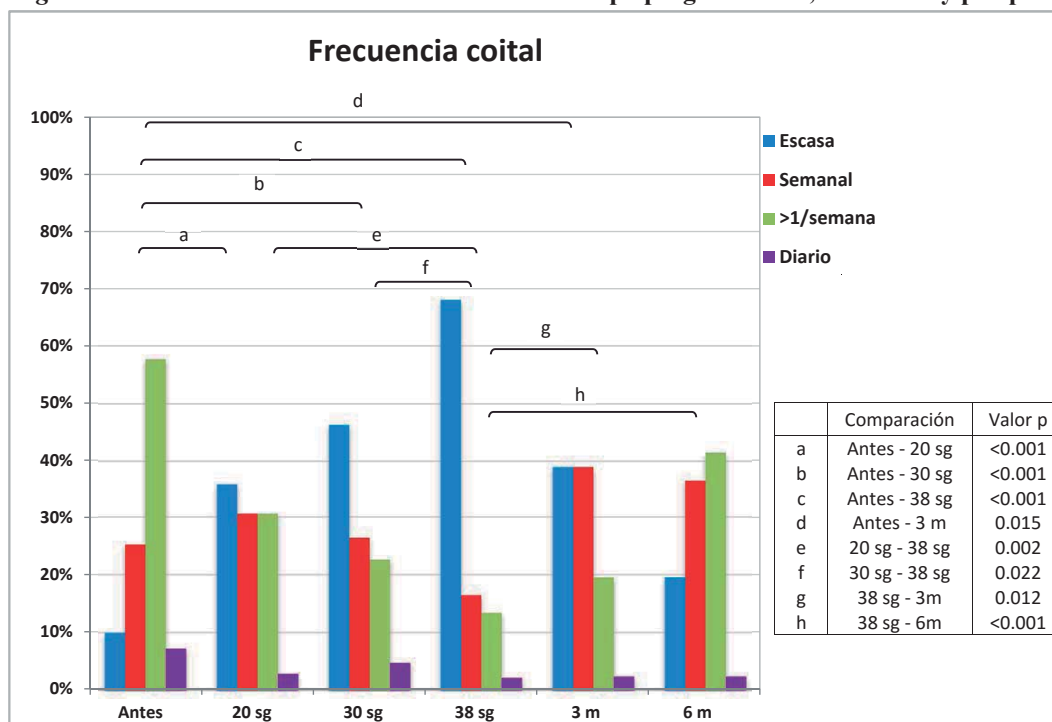
	Pregestacional	Semana 20	Semana 30	Semana 38	3º mes postparto	6º mes postparto	Valor p*
	N=111(%)	N=111(%)	N=106(%)	N=97(%)	N=41(%)	N=41(%)	
Frecuencia coital							
Escasa	11 (9.9)	40 (36.0)	49 (46.3)	66 (68.0)	16 (39.0)	8 (19.5)	<0.001
Semanal	28 (25.2)	34 (30.6)	28 (26.4)	16 (16.5)	16 (39.0)	15 (36.6)	
>1/semana	64 (57.7)	34 (30.6)	24 (22.6)	13 (13.4)	8 (19.5)	17 (41.5)	
Diario	8 (7.2)	3 (2.8)	5 (4.7)	2 (2.1)	1 (2.4)	1 (2.4)	
Frecuencia de orgasmo							
Escaso	21 (18.9)	29 (26.2)	28 (26.4)	42 (43.3)	10 (24.4)	8 (19.5)	0.006
Frecuente	42 (37.8)	31 (27.9)	29 (27.4)	19 (19.6)	13 (31.7)	12 (29.3)	
Siempre	48 (43.3)	51 (45.9)	49 (46.2)	36 (37.1)	18 (43.9)	21 (51.2)	
Satisfacción							
Insatisfacción o rechaz	0 (0.0)	3 (2.7)	6 (5.7)	10 (10.4)	3 (7.3)	1 (2.4)	<0.001
Alguna satisfacción	21 (18.9)	31 (27.9)	21 (19.8)	27 (27.8)	11 (26.8)	9 (21.9)	
Satisfacción	90 (81.1)	77 (69.4)	79 (74.5)	60 (61.8)	27 (65.9)	31 (75.6)	
Dolor durante el coito							
Nunca	43 (38.7)	37 (33.3)	38 (35.8)	29 (29.9)	18 (43.9)	23 (56.1)	0.016
Alguna vez	65 (58.6)	65 (58.6)	62 (58.5)	54 (55.7)	20 (48.8)	15 (36.6)	
Frecuente o siempre	3 (2.7)	9 (8.1)	6 (5.7)	14 (14.4)	3 (7.3)	3 (7.3)	

*Valor p calculado mediante Test de Friedman, considerando todas las visitas de cada variable.

De manera que antes de la gestación, una frecuencia escasa (menos de un coito semanal) se observó en el 9.9% de los casos, elevándose hasta el 68% antes del parto y descendiendo a los 6 meses al 19.6%. Por el contrario, aquellos casos con frecuencias coitales mayores a uno semanal o diario disminuyeron a lo largo de la gestación considerablemente desde el 57.7 y 7.2% previo al embarazo hasta el 13.4 y 2.1% en la semana 38 de embarazo respectivamente, elevándose a los 6 meses postparto hasta el 41.5% y 2.4% respectivamente (tabla 3).

En la figura 7 se recoge la comparación de la frecuencia coital entre las diferentes visitas. Estas diferencias resultan estadísticamente significativas ($p < 0.001$), especialmente entre la frecuencia de coito antes de la gestación y la frecuencia en las tres visitas del embarazo ($p < 0.001$) en el sentido de una disminución progresiva.

Figura 7. Evolución de Frecuencia coital durante etapa pregestacional, embarazo y postparto



Valor p calculado mediante Test de Friedman. Solo se reflejan las diferencias significativas.

No hay diferencias al comparar la frecuencia sexual entre las semanas 20 y 30 ($p=1$), y sí entre éstas y la frecuencia en la semana 38 ($p=0.002$, $p=0.022$).

En cuanto a la frecuencia en el tercer mes postparto se observan diferencias estadísticamente significativas con la frecuencia coital pregestacional ($p=0.015$) y con la semana 38 ($p=0.012$), pero no con el sexto mes postparto ($p=0.485$).

La frecuencia en el sexto mes postparto sólo muestra diferencias significativas con la semana 38 ($p<0.001$).

Los mismos resultados se obtienen al agrupar la variable frecuencia coital en dos categorías (buena y regular/mala), se observa un descenso de esta frecuencia durante la gestación, desde el estado pregestacional hasta el momento del parto, aumentando posteriormente en la etapa postparto, como vemos en la tabla 4. De forma que el 90.1% de las mujeres del estudio presentaban buena frecuencia coital antes de la gestación, que se redujo al 32% en las semanas previas al parto, recuperándose hasta el 80.5% a los 6 meses del parto.

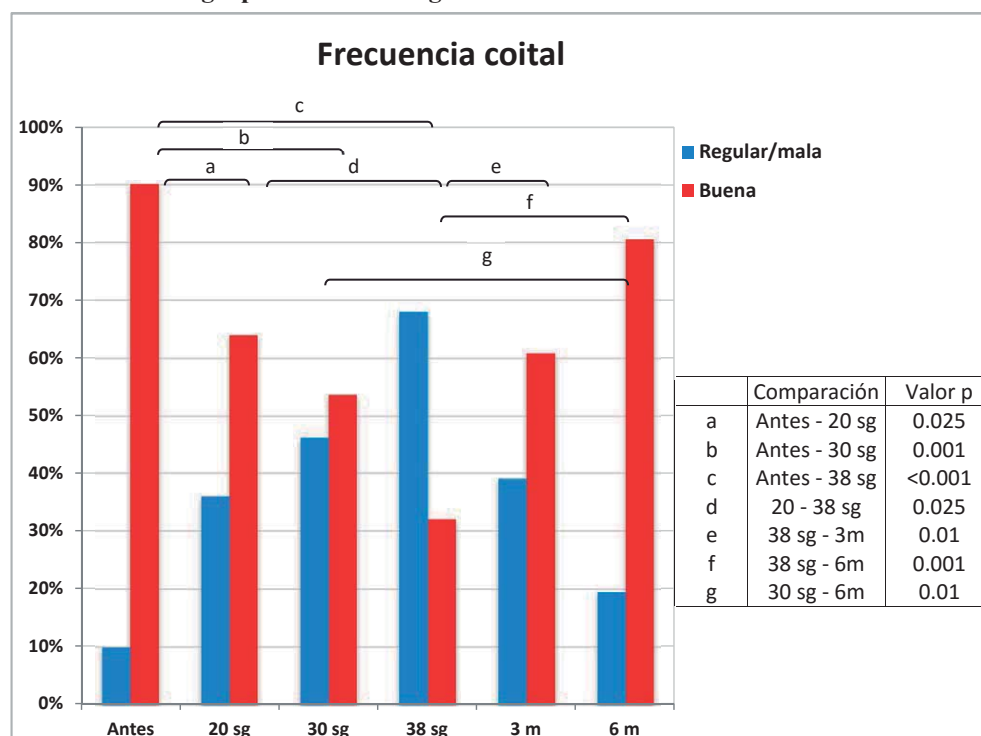
Tabla 4. Evolución de las variables de sexualidad con las variables agrupadas en dos categorías en etapa pregestacional, embarazo y postparto

	Pregestacional	Semana 20	Semana 30	Semana 38	3º mes postparto	6º mes postparto	Valor p*
	N=111(%)	N=111(%)	N=106(%)	N=97(%)	N=41(%)	N=41(%)	
Frecuencia coital							
Regular/mala	11 (9.9)	40 (36.0)	49 (46.3)	66 (68.0)	16 (39.0)	8 (19.5)	<0.001
Buena	100 (90.1)	71 (64.0)	57 (53.7)	31 (32.0)	25 (60.9)	33 (80.5)	
Frecuencia de orgasmo							
Regular/mala	21 (18.9)	29 (26.2)	28 (26.4)	42 (43.3)	10 (24.4)	8 (19.5)	0.027
Buena	90 (81.1)	82 (73.8)	78 (73.6)	55 (56.7)	31 (75.6)	33 (80.5)	
Satisfacción							
Regular/mala	0 (0.0)	3 (2.7)	6 (5.7)	10 (10.4)	3 (7.3)	1 (2.4)	0.520
Buena	111 (100)	108 (97.3)	100 (94.3)	87 (89.6)	38 (92.7)	40 (97.6)	
Dolor durante el coito							
No	108 (97.3)	102 (91.9)	100 (94.3)	83 (85.6)	38 (92.7)	38 (92.7)	0.077
Sí	3 (2.7)	9 (8.1)	6 (5.7)	14 (14.4)	3 (7.3)	3 (7.3)	

*Valor p calculado mediante Test Q de Cochran.

Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p < 0.001$), fundamentalmente entre la etapa pregestacional y las tres visitas del embarazo ($p = 0.025$ en semana 20, $p = 0.001$ en semana 30 y $p < 0.001$ en semana 38), en el sentido de una disminución progresiva de la frecuencia (figura 8), de forma semejante a lo que sucedía en el análisis anterior.

Figura 8. Evolución de Frecuencia coital durante etapa pregestacional, embarazo y postparto con la variable agrupada en dos categorías



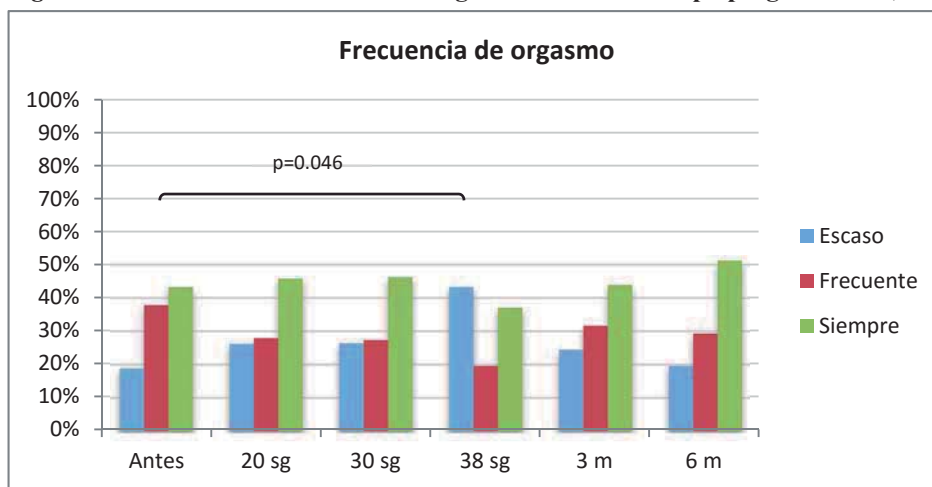
Valor p calculado mediante Test Q de Cochran. Solo se reflejan las diferencias significativas.

Asimismo, observamos diferencias significativas en la frecuencia entre la semana 38 y las visitas preparto ($p = 0.025$ en semana 20) y postparto ($p = 0.01$ en 3 meses postparto, $p = 0.001$ en 6 meses postparto), salvo con la semana 30 ($p = 0.274$). El sexto mes postparto muestra además diferencias significativas con la semana 30 ($p = 0.01$), en el sentido de observar una recuperación parcial de la frecuencia sexual.

3.2. Frecuencia de orgasmo

Siguiendo el mismo esquema utilizado con la variable de frecuencia coital, se realiza el análisis de la evolución de la frecuencia de orgasmo (tabla 3). El estudio de esta variable nos muestra que se produce una disminución progresiva a lo largo del embarazo, que se hace más evidente en la semana 38 respecto a antes de la gestación, y una recuperación en el postparto, como podemos apreciar en la figura 9.

Figura 9. Evolución de frecuencia de orgasmo durante la etapa pregestacional, embarazo y postparto



Valor p calculado mediante Test de Friedman. Solo se reflejan las diferencias significativas.

Así, la tasa de anorgasmia/hipoorgasmia aumenta considerablemente en la semana 38 (43.3% de gestantes) respecto a los resultados pregestacionales (18.9%), con un descenso paulatino de la misma a los 3 y 6 meses postparto (24.4% y 19.5% respectivamente).

La comparación de la frecuencia de orgasmo entre las distintas visitas muestra globalmente diferencias estadísticamente significativas ($p=0.006$), fundamentalmente entre la semana 38 y la etapa pregestacional ($p=0.046$). Se observa una tendencia hacia una disminución en la frecuencia de orgasmo entre la semana 30 y la semana 38 ($p=0.088$), que no resulta significativa. Del mismo modo, no encontramos diferencias

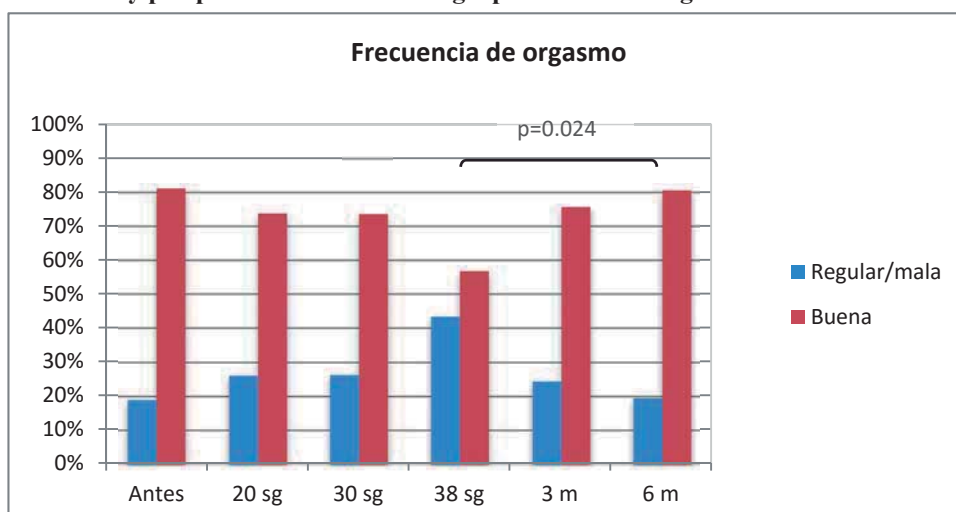
estadísticamente significativas entre la etapa previa al embarazo y las semanas 20 y 30, ni entre estas últimas entre sí.

Igualmente en el periodo postparto, a pesar de apreciarse un aumento en la frecuencia de orgasmo, las diferencias tampoco resultan significativas respecto a etapas previas.

La frecuencia de orgasmo, al agruparla en dos categorías (buena y regular/mala), mantiene la misma evolución que en el análisis anterior, con una disminución desde la etapa previa al embarazo hasta la semana 38 y una marcada recuperación postparto en el grupo que refería buena frecuencia de orgasmo (tabla 4). Así, en el sexto mes postparto, el 80.5% de las mujeres refirieron tener buena frecuencia de orgasmo, de modo similar a la etapa pregestacional (81.1%), en comparación con el 56.7% en las semanas previas al parto.

Asimismo, las diferencias encontradas en la frecuencia de orgasmo entre las distintas etapas son significativas ($p=0.027$), especialmente entre la semana 38 y el sexto mes postparto ($p=0.024$), como se observa en la figura 10. Entre la semana 20 y 38 se observa esta tendencia hacia el descenso de frecuencia orgásmica, aunque no resulta significativa ($p=0.075$).

Figura 10. Evolución de Frecuencia de orgasmo durante la etapa pregestacional, embarazo y postparto con la variable agrupada en dos categorías



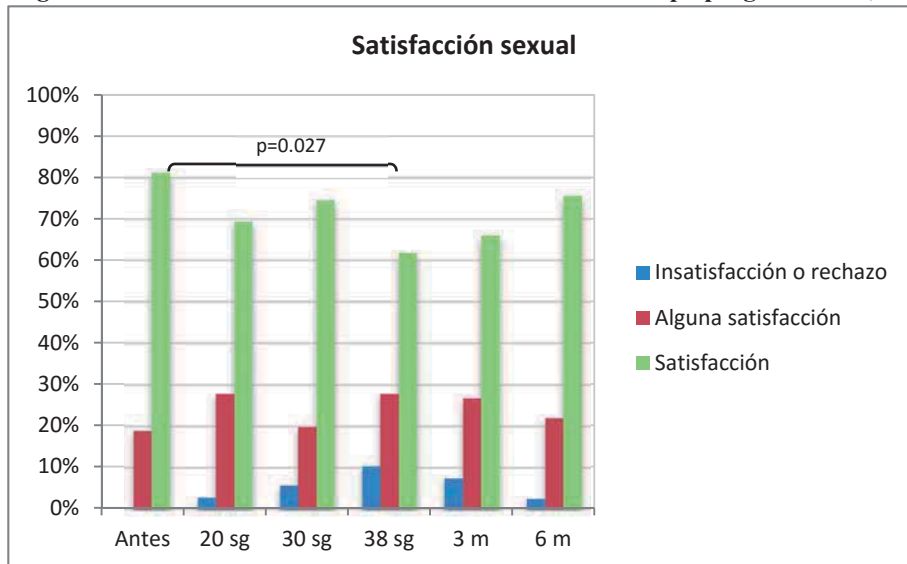
Valor p calculado mediante Test Q de Cochran. Solo se reflejan las diferencias significativas.

3.3. Satisfacción sexual

El análisis de este aspecto de la sexualidad en las distintas visitas muestra un empeoramiento progresivo de la satisfacción hasta el momento del parto y una recuperación en la etapa postparto, que sin embargo no alcanza niveles previos a la gestación. Destaca el grupo de gestantes que refieren insatisfacción o rechazo ante la relación sexual, ya que éste se incrementa desde un 0% en la etapa previa al embarazo a un 10.4% al final del mismo, disminuyendo después en el postparto a un 2.4% a los 6 meses (tabla 3).

Los resultados obtenidos demuestran diferencias estadísticamente significativas entre todas las etapas evaluadas ($p < 0.001$), fundamentalmente en los niveles de satisfacción previos al embarazo respecto a los niveles en semana 38 ($p = 0.027$), como se representa en la figura 11. En la etapa postparto no se observan diferencias significativas con el resto de visitas.

Figura 11. Evolución de Satisfacción sexual durante la etapa pregestacional, embarazo y postparto



Valor p calculado mediante Test de Friedman. Solo se reflejan las diferencias significativas.

El estudio de esta variable de sexualidad agrupada en dos categorías no muestra información adicional a la referida anteriormente.

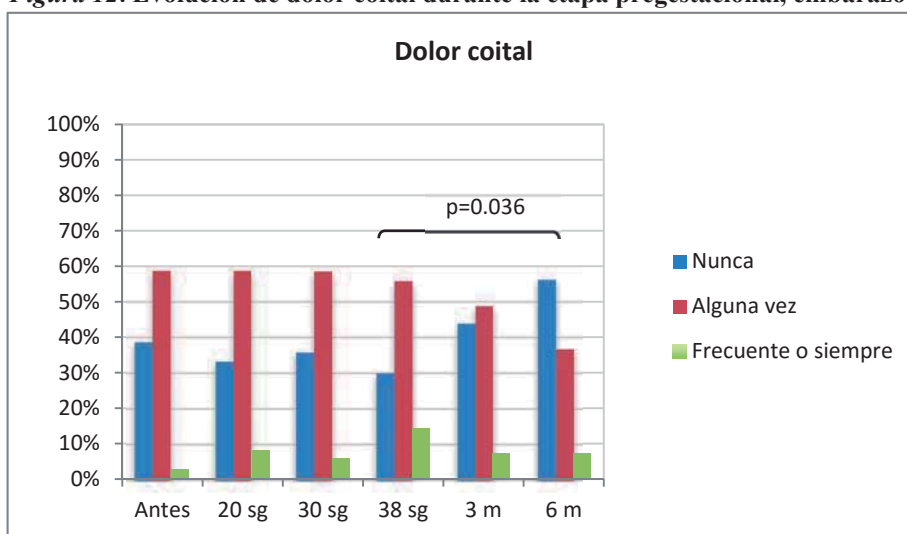
3.4. Dolor o molestias con las relaciones

Por último, se analiza la evolución del dolor o la presencia de molestias con las relaciones durante la gestación y el postparto, encontrando un aumento de dolor fundamentalmente en las semanas preparto, que tiende a mejorar en el postparto, pero sin recuperar niveles previos al embarazo (tabla 3).

Así, destaca una mayor frecuencia de dolor habitual (frecuente/siempre) en la semana 38 (14.4%) respecto a niveles previos al embarazo (2.7%), que disminuye significativamente durante el postparto (7.3%). En el sexto mes postparto se observa un aumento en el número de mujeres en las que las relaciones nunca ocasionan dolor (56.1%), respecto a la semana 38 (29.9%) (tabla 3).

Al comparar el dolor o molestias en las relaciones de forma global entre todas las etapas de la gestación y el postparto, se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.016$). Estas diferencias se hacen más evidentes cuando comparamos la frecuencia de dolor solamente entre la semana 38 y el postparto ($p<0.001$), fundamentalmente con el sexto mes ($p=0.036$), como se representa en la figura 12. Sin embargo, no encontramos diferencias al comparar las cuatro visitas preparto ($p=0.106$).

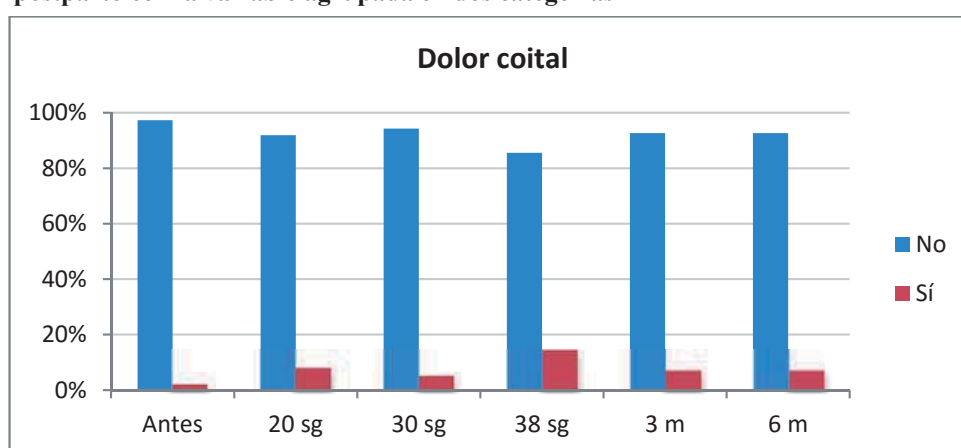
Figura 12. Evolución de dolor coital durante la etapa pregestacional, embarazo y postparto



Valor p calculado mediante Test de Friedman. Solo se reflejan las diferencias significativas.

De modo similar al anterior, el análisis de esta variable agrupada en dos categorías (buena y regular/mala) muestra un aumento de dolor coital en las semanas preparto respecto a la etapa pregestacional, que disminuye tras el parto de forma parcial (figura 13). Sin embargo, estas diferencias no alcanzan la significación estadística entre todas las etapas evaluadas ($p=0.077$). En general, la mayoría de las gestantes refirieron una buena sexualidad en cuanto al dolor o molestias con las relaciones, ya que el grupo de mujeres que no presentaban dolor fue de 85.6-97.3% a lo largo del seguimiento (tabla 4).

Figura 13. Evolución de dolor coital durante la etapa pregestacional, embarazo y postparto con la variable agrupada en dos categorías



Valor p calculado mediante Test Q de Cochran.

3.5. Influencia del embarazo y parto en la sexualidad postparto de la mujer

A continuación se realiza una comparación entre las variables de sexualidad estudiadas de la etapa preparto y las del postparto, con el fin de valorar si el hecho de haber estado embarazada y haber tenido un parto influye en la sexualidad de la mujer posteriormente al mismo. Para ello, se agrupa la información de los cuestionarios de todas las visitas del embarazo y se compara con los cuestionarios del postparto.

Si comparamos la frecuencia de relaciones antes y después del parto, encontramos diferencias significativas entre ambas ($p<0.001$), de manera que existe una mejor

frecuencia coital en el postparto (tabla 5). Al analizar las diferentes categorías de esta variable, se observa que todas las mujeres con buena frecuencia coital preparto mantienen también buena frecuencia postparto. De las mujeres con peor frecuencia preparto, el 47.1% continúan igual en el postparto, pero el 52.9% pasan a tener buena frecuencia, es decir, mejoran en el postparto.

Tabla 5. Comparación de Frecuencia coital preparto con postparto.

	Frecuencia coital Postparto		Total N=41 (100%)	Valor p*
	Regular/mal	Buena		
Frecuencia coital Preparto				
Regular/mal	16 (47.1)	18 (52.9)	34 (100)	<0.001
Buena	0 (0.0)	7 (100)	7 (100)	

*Valor p calculado mediante Test de McNemar.

Lo mismo ocurre con el orgasmo pre y postparto, encontrando diferencias entre ambas etapas ($p=0.004$), con una mayor frecuencia de orgasmo en el postparto (tabla 6). Del total de las mujeres con peor frecuencia de orgasmo preparto, el 62.5% pasan a tener buena frecuencia. De aquellas que parten de una buena frecuencia orgásmica preparto, el 88.2% continua con buena frecuencia también en el postparto.

Tabla 6. Comparación de Frecuencia de Orgasmo preparto con postparto.

	Frecuencia de Orgasmo Postparto		Total N=41 (100%)	Valor p*
	Regular/mal	Buena		
Frecuencia de Orgasmo Preparto				
Regular/mal	9 (37.5)	15 (62.5)	24 (100)	0.004
Buena	2 (11.8)	15 (88.2)	17 (100)	

*Valor p calculado mediante Test de McNemar.

Sin embargo, no se ha encontrado ninguna relación entre la satisfacción antes y después del parto ($p=0.289$) (tabla 7).

Tabla 7. Comparación de Satisfacción sexual preparto con postparto

	Satisfacción sexual Postparto		Total N=41 (100%)	Valor p*
	Regular/mal	Buena		
Satisfacción sexual Preparto				
Regular/mal	0 (0.0)	7 (100)	7 (100)	0.289
Buena	3 (8.8)	31 (91.2)	34 (100)	

*Valor p calculado mediante Test de McNemar.

En cuanto al dolor preparto y postparto, sí se observa que se produce una mejoría en el periodo postparto ($p=0.021$). Un 73.3% de las mujeres que presentaban dolor preparto mejoran tras el parto; así mismo, el 96.2% de las mujeres que no tenían dolor preparto continúan sin dolor en el postparto (tabla 8).

Tabla 8. Comparación de Dolor coital preparto con postparto

	Dolor coital Postparto		Total N=41 (100%)	Valor p*
	Sí	No		
Dolor coital Preparto				
Sí	4 (26.7)	11 (73.3)	15 (100)	0.021
No	1 (3.8)	25 (96.2)	26 (100)	

*Valor p calculado mediante Test de McNemar.

4. FACTORES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

En este apartado, se analiza qué factores pueden estar relacionados con las modificaciones en la sexualidad de la mujer gestante, entre ellos aquellas variables

sociodemográficas (edad materna, estudios maternos y paternos, estado civil) y obstétricas (paridad) más relevantes que pueden incidir sobre la sexualidad en los diferentes periodos estudiados.

4.1. Factores sociodemográficos

4.1.1. Edad materna

Como se ha descrito en un apartado anterior, las mujeres objeto de este estudio presentan una media de edad de 30.3 (± 4.92) años. Se ha realizado una categorización de esta variable teniendo en cuenta este valor (la media) para su análisis posterior, obteniendo que el 49.5% (n=55) presentan una edad menor o igual a 30 años y un 50.5% (n=56) mayor de 30 años.

En cuanto a la *frecuencia de relaciones sexuales*, en general, podemos decir que las mujeres de menor edad muestran mejores resultados durante la gestación que aquellas mayores de 30 años.

Como se observa en la tabla 9, existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos en la etapa previa al embarazo ($p=0.025$), en semana 20 ($p<0.001$) y en la 38 ($p=0.006$) y cercanas a la significación en semana 30 ($p=0.075$).

En el postparto las diferencias entre grupos no son significativas ($p=0.137$ a los 3 meses postparto y $p=0.475$ a los 6 meses postparto).

De modo que antes del embarazo y en semana 20, las mujeres más jóvenes tienen una menor frecuencia de relaciones “escasa” que el grupo de mayor edad (3.6% frente a 16.1%) y una mayor frecuencia de relaciones “más de una

vez por semana” (69.2% frente a 46.4%). En la semana 30 existe además un mayor número de relaciones “semanales” en el grupo más joven, que se hace más evidente en la semana 38 (28.6% en jóvenes frente a 4.2% en mayor es de 30 años).

Si consideramos la frecuencia coital agrupada en dos categorías (bien y regular/mal) los resultados se muestran similares a los anteriores (tabla 10), con mejor frecuencia en general en las mujeres menores de 30 años, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la semana 20 ($p<0.001$), en semana 30 ($p=0.041$) y en semana 38 ($p=0.030$) y cercano a la significación en la etapa pregestacional ($p=0.061$).

Al igual que la variable anterior, la *frecuencia de orgasmo* resulta mayor en mujeres menores de 30 años en la etapa previa al embarazo ($p=0.033$) y en la semana 20 ($p=0.017$). En la tabla 11 se observa que antes del embarazo el grupo más joven presenta mayor frecuencia de orgasmos “siempre” (54.6%) respecto al de mayor edad (32.2%). En semana 20 se mantienen estos resultados y, además, disminuye el número de casos con orgasmo “escaso” (16.3% frente a 35.7%). En el postparto las diferencias entre ambos grupos desaparecen.

De modo similar al anterior, cuando consideramos solo dos categorías de esta variable, la frecuencia de orgasmo es mayor en mujeres menores de 30 años, aunque solo aparecen diferencias significativas en la semana 20 ($p=0.042$). De modo que el 83.7% de las mujeres más jóvenes refieren buena frecuencia en semana 20 frente al 64.3% del grupo de mayor edad (tabla 12). En el resto de visitas obstétricas y postparto no se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos de edad.

Cuando comparamos la *satisfacción sexual* en ambos grupos de edad (tabla 13), observamos que las mujeres más jóvenes refieren un nivel más alto de

satisfacción antes del embarazo ($p=0.033$) y en semana 38 ($p=0.034$). En las semanas 20 y 30, estas diferencias tienden a mantenerse, aunque no son significativas ($p=0.069$ y $p=0.053$).

Antes del embarazo las mujeres más jóvenes presentan mayor frecuencia de “satisfacción siempre” (89.1%) que las mayores de 30 años (73.2%), aunque en general el nivel de satisfacción en esta etapa es buena en los dos grupos, ya que no hay casos de insatisfacción (0% en ambos grupos). En la semana 38 hay un aumento de “insatisfacción/rechazo” del 16.7% en el grupo de mayor edad y del 4.1% en el de menor edad.

Cuando consideramos la satisfacción sexual en dos categorías (tabla 14), encontramos que las mujeres más jóvenes presentan una buena sexualidad respecto a las de mayor edad, con diferencias significativas en semana 30 ($p=0.027$) y tendencia a mejor satisfacción en la semana preparto ($p=0.095$). En esta variable cabe destacar que ambos grupos etarios presentan buena satisfacción antes del embarazo, ya que tampoco hay casos de insatisfacción/rechazo.

No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos de edad en cuanto al *dolor en las relaciones*, cuando consideramos todas las categorías ni cuando se agrupan en dos categorías (tablas 15 y 16). Tampoco se observan diferencias en el periodo postparto.

Tabla 9. Frecuencia coital según grupos de edad materna

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)					
	Antes (N=111)	20 sg (N=111)	30 sg (N=106)	38 sg (N=97)	3m postparto (N=41)	6m postparto (N=41)
	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años
Escasa	2 (3.6) 9 (16.1)	10 (18.2) 30 (53.6)	19 (35.8) 30 (56.6)	28 (57.1) 38 (79.1)	4 (25) 12 (48)	2 (12.5) 6 (24)
Semanal	11 (20) 17 (30.4)	20 (36.4) 14 (25)	19 (35.8) 9 (17)	14 (28.6) 2 (4.2)	7 (43.8) 9 (36)	6 (37.5) 9 (36)
>1/semana	38 (69.2) 26 (46.4)	23 (41.8) 11 (19.6)	13 (24.6) 11 (20.7)	6 (12.2) 7 (14.6)	5 (31.2) 3 (12)	8 (50) 9 (36)
Diario	4 (7.2) 4 (7.1)	2 (3.6) 1 (1.8)	2 (3.8) 3 (5.7)	1 (2.1) 1 (2.1)	0 (0) 1 (4)	0 (0) 1 (4)
Total	55 (100) 56 (100)	55 (100) 56 (100)	53 (100) 53 (100)	49 (100) 48 (100)	16 (100) 25 (100)	16 (100) 25 (100)
	p=0.025	p<0.001	p=0.075	p=0.006	p=0.137	p=0.475

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

Tabla 10. Frecuencia coital agrupada en dos categorías según grupos de edad materna

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)					
	Antes (N=111)	20 sg (N=111)	30 sg (N=106)	38 sg (N=97)	3m postparto (N=41)	6m postparto (N=41)
	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años
Regular/mala	2 (3.6) 9 (16.1)	10 (18.2) 30 (53.6)	19 (35.8) 30 (56.6)	28 (57.1) 38 (79.1)	4 (25) 12 (48)	2 (12.5) 6 (24)
Buena	53 (96.4) 47 (83.9)	45 (81.8) 26 (46.4)	34 (64.2) 23 (43.4)	21 (42.9) 10 (20.9)	12 (75) 13 (52)	14 (87.5) 19 (76)
Total	55 (100) 56 (100)	55 (100) 56 (100)	53 (100) 53 (100)	49 (100) 48 (100)	16 (100) 25 (100)	16 (100) 25 (100)
	p=0.061	p<0.001	p=0.041	p=0.030	p=0.252	p=0.448

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

Tabla 11. Frecuencia coital según grupos de edad materna

	Frecuencia de Orgasmo N (%)														
	Antes (N=111)	20 sg (N=111)	30 sg (N=106)	38 sg (N=97)	3m postparto (N=41)	6m postparto (N=41)									
	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años									
Escaso	8 (14.5)	13 (23.2)	9 (16.3)	20 (35.7)	10 (18.8)	18 (33.9)	17 (30.9)	25 (44.6)	16 (22.7)	11 (22.4)	8 (16.7)	4 (25)	6 (24)	3 (18.7)	5 (20)
Frecuente	17 (30.9)	25 (44.6)	16 (29.1)	15 (26.8)	17 (32.1)	12 (22.7)	11 (22.4)	8 (16.7)	2 (12.5)	11 (44)	3 (18.7)	9 (36)			
Siempre	30 (54.6)	18 (32.2)	30 (54.6)	21 (37.5)	26 (49.1)	23 (43.4)	20 (40.8)	16 (33.3)	10 (62.5)	8 (32)	10 (62.6)	11 (44)			
Total	55 (100)	56 (100)	55 (100)	56 (100)	53 (100)	53 (100)	49 (100)	48 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)			
	p=0.033		p=0.017		p=0.287		p=0.163		p=0.213		p=0.306				

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

Tabla 12. Frecuencia coital agrupada en dos categorías según grupos de edad materna

	Frecuencia de Orgasmo N (%)														
	Antes (N=111)	20 sg (N=111)	30 sg (N=106)	38 sg (N=97)	3m postparto (N=41)	6m postparto (N=41)									
	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años									
Regular/mala	8 (14.5)	13 (23.2)	9 (16.3)	20 (35.7)	10 (18.8)	18 (33.9)	17 (30.9)	25 (44.6)	16 (22.7)	11 (22.4)	8 (16.7)	4 (25)	6 (24)	3 (18.7)	5 (20)
Buena	47 (85.5)	43 (76.8)	46 (83.7)	36 (64.3)	43 (81.2)	35 (66.1)	31 (63.2)	24 (50)	12 (75)	19 (76)	13 (81.3)	20 (80)			
Total	55 (100)	56 (100)	55 (100)	56 (100)	53 (100)	53 (100)	49 (100)	48 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)			
	p=0.355		p=0.042		p=0.137		p=0.183		p=1		p=1				

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

Tabla 13. Satisfacción sexual según grupos de edad materna

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)					
	Antes (N=111)	20 sg (N=111)	30 sg (N=106)	38 sg (N=97)	3m postparto (N=41)	6m postparto (N=41)
	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años
Insatisfacción o rechazo	0 (0)	1 (1.8)	0 (0)	2 (4.1)	2 (12.5)	0 (0)
Alguna satisfacción	6 (10.9)	11 (20)	11 (20.8)	12 (24.5)	4 (25)	3 (18.7)
Satisfacción	49 (89.1)	43 (78.2)	42 (79.2)	35 (71.4)	10 (62.5)	13 (81.3)
Total	55 (100)	55 (100)	53 (100)	49 (100)	16 (100)	16 (100)
	p=0.033	p=0.069	p=0.053	p=0.034	p=0.608	p=0.540

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

Tabla 14. Satisfacción sexual agrupada en dos categorías según grupos de edad materna

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)					
	Antes (N=111)	20 sg (N=111)	30 sg (N=106)	38 sg (N=97)	3m postparto (N=41)	6m postparto (N=41)
	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años	≤ 30 años > 30 años
Regular/mala	0 (0)	1 (1.8)	0 (0)	2 (4.1)	2 (12.5)	0 (0)
Buena	55 (100)	54 (98.2)	53 (100)	47 (95.9)	14 (87.5)	16 (100)
Total	55 (100)	55 (100)	53 (100)	49 (100)	16 (100)	16 (100)
	*	p=0.614	p=0.027	p=0.095	p=0.550	p=1

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

*Todas las mujeres presentan buena satisfacción.

Tabla 15. Dolor coital agrupado según grupos de edad materna

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años
Nunca	20 (36.4)	23 (41.7)	18 (32.7)	19 (33.9)	17 (32.1)	21 (39.6)	17 (34.7)	12 (25)	5 (31.2)	13 (52)	10 (62.5)	13 (52)
Alguna vez	33 (60)	32 (57.1)	33 (60)	32 (57.2)	32 (60.4)	30 (56.6)	24 (49)	30 (62.5)	9 (56.3)	11 (44)	5 (31.3)	10 (40)
Frecuente o siempre	2 (3.6)	1 (1.8)	4 (7.3)	5 (8.9)	4 (7.5)	2 (3.8)	8 (16.3)	6 (12.5)	2 (12.5)	1 (4)	1 (6.2)	2 (8)
Total	55 (100)	56 (100)	55 (100)	56 (100)	53 (100)	53 (100)	49 (100)	48 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)
	p=0.525		p=0.513		p=0.359		p=0.592		p=0.151		p=0.524	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

Tabla 16. Dolor coital agrupado en dos categorías según grupos de edad materna

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años	≤ 30 años	> 30 años
No	53 (96.4)	55 (98.2)	51 (92.7)	51 (91.1)	49 (92.5)	51 (96.2)	41 (83.7)	42 (87.5)	14 (87.5)	24 (96)	15 (93.8)	23 (92)
Sí	2 (3.6)	1 (1.8)	4 (7.3)	5 (8.9)	4 (7.5)	2 (3.8)	8 (16.3)	6 (12.5)	2 (12.5)	1 (4)	1 (6.2)	2 (8)
Total	55 (100)	56 (100)	55 (100)	56 (100)	53 (100)	53 (100)	49 (100)	48 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)
	p=1		p=0.489		p=0.437		p=0.805		p=0.550		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher)

4.1.2. Estudios maternos

Si analizamos la sexualidad en función de los estudios maternos (recordando que el 64% de las mujeres tenían estudios básicos y el 36% medios/superiores), encontramos que al inicio de la gestación los dos grupos muestran una *frecuencia de relaciones sexuales* muy similar; posteriormente esta frecuencia coital disminuye en ambos grupos a lo largo de la gestación.

En general, las mujeres con estudios medios/superiores presentan menor frecuencia sexual que aquellas con estudios básicos (tabla 17), observando diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos en la semana 38 ($p=0.021$) y tendencia a una menor frecuencia de relaciones en semana 20 ($p=0.095$). A lo largo de la gestación el número de mujeres con estudios medios/superiores que refieren relaciones escasas se eleva progresivamente hasta el 86.1% en semana 38, frente al 57.4% en mujeres con estudios básicos.

Esta variable agrupada en las dos categorías referidas en apartados previos, muestra resultados similares a los anteriores (tabla 18), con mayor frecuencia sexual en caso de mujeres con estudios básicos, fundamentalmente en semana 38 ($p=0.005$). En semana 20, a pesar de que las mujeres con estudios básicos tienen una frecuencia coital buena en el 70.4% de los casos, y en las mujeres con estudios medios/superiores este porcentaje es menor (52.5%), estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ($p=0.065$).

Cuando analizamos las diferencias entre ambos grupos según la *frecuencia de orgasmo* (tabla 19), encontramos diferencias significativas antes del embarazo ($p=0.017$), de manera que las mujeres con estudios básicos tienen una mayor frecuencia de orgasmos “siempre” respecto a aquellas con estudios medios/superiores (50.7% frente a 30%). Sin embargo, presentan menor número de orgasmos “frecuentes” (28.2% frente a 55%). En la semana 30 se mantienen estas diferencias entre grupos, pero no son significativas ($p=0.061$).

Cuando agrupamos esta variable en dos categorías (tabla 20), obtenemos que las mujeres con estudios básicos presentan mayor frecuencia orgásmica en la semana 38, aunque estas diferencias no resultaron significativas ($p=0.059$).

En cuanto a la *satisfacción sexual* y el *dolor con las relaciones* no se muestran diferencias entre ambos grupos de mujeres en ninguna de las etapas evaluadas, tanto si consideramos todas las categorías de las variables como si se agrupan (tablas 21 a 24).

Tabla 17. Frecuencia coital en función de estudios maternos

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Escasa	7 (9.9)	4 (10)	21 (29.6)	19 (47.5)	26 (39.4)	23 (57.5)	35 (57.4)	31 (86.1)	7 (28)	9 (56.3)	4 (16)	4 (25)
Semanal	18 (25.3)	10 (25)	25 (35.2)	9 (22.5)	22 (33.4)	6 (15)	13 (21.3)	3 (8.3)	11 (44)	5 (31.3)	8 (32)	7 (43.7)
>1/semana	41 (57.7)	23 (57.5)	24 (33.8)	10 (2.5)	15 (22.7)	9 (22.5)	11 (18)	2 (5.6)	6 (24)	2 (12.5)	12 (48)	5 (31.3)
Diario	5 (7.1)	3 (7.5)	1 (1.4)	2 (5)	3 (4.5)	2 (5)	2 (3.3)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=1		p=0.095		p=0.174		p=0.021		p=0.323		p=0.647	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 18. Frecuencia coital agrupada en dos categorías en función de estudios maternos

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Regular/mala	7 (9.9)	4 (10)	21 (29.6)	19 (47.5)	26 (39.4)	23 (57.5)	35 (57.4)	31 (86.1)	7 (28)	9 (56.3)	4 (16)	4 (25)
Buena	64 (90.1)	36 (90)	50 (70.4)	21 (52.5)	40 (60.1)	17 (42.5)	26 (42.5)	5 (13.9)	18 (72)	7 (43.7)	21 (84)	12 (75)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=1		p=0.065		p=0.127		p=0.005		p=0.139		p=0.689	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 19. Frecuencia de orgasmo en función de estudios maternos

	Frecuencia de Orgasmo N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Escaso	15 (21.1)	6 (15)	20 (28.2)	9 (22.5)	15 (22.7)	13 (32.5)	22 (36.1)	20 (55.5)	4 (16)	6 (37.4)	4 (16)	4 (25)
Frecuente	20 (28.2)	22 (55)	16 (22.5)	15 (37.5)	15 (22.7)	14 (35)	14 (22.9)	5 (13.9)	8 (32)	5 (31.3)	8 (32)	4 (25)
Siempre	36 (50.7)	12 (30)	35 (49.3)	16 (40)	36 (54.5)	13 (32.5)	25 (41)	11 (30.6)	13 (52)	5 (31.3)	13 (52)	8 (50)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=0.017		p=0.141		p=0.061		p=0.108		p=0.251		p=0.840	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 20. Frecuencia de orgasmo agrupada en dos categorías en función de estudios maternos

	Frecuencia de Orgasmo N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Regular/mala	15 (21.1)	6 (15)	20 (28.2)	9 (22.5)	15 (22.7)	13 (32.5)	22 (36.1)	20 (55.5)	4 (16)	6 (37.4)	4 (16)	4 (25)
Buena	56 (78.9)	34 (85)	51 (71.8)	31 (77.5)	51 (77.3)	27 (67.5)	39 (63.9)	16 (44.5)	21 (84)	10 (62.6)	21 (84)	12 (75)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=0.543		p=0.838		p=0.337		p=0.059		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 21. Satisfacción sexual en función de estudios maternos

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Insatisfacción o rechazo	0 (0)	0 (0)	2 (2.8)	1 (2.5)	3 (4.5)	3 (7.5)	6 (9.8)	4 (11.1)	1 (4)	2 (12.5)	0 (0)	1 (6.3)
Alguna satisfacción	15 (21.1)	6 (15)	21 (29.6)	10 (25)	13 (19.7)	8 (20)	14 (23)	13 (36.1)	7 (28)	4 (25)	6 (24)	3 (18.8)
Satisfacción	56 (78.9)	34 (85)	48 (67.6)	29 (72.5)	50 (75.8)	29 (72.5)	41 (67.2)	19 (52.8)	17 (63)	10 (62.5)	19 (76)	12 (75)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=0.390		p=0.714		p=0.819		p=0.361		p=0.678		p=0.664	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 22. Satisfacción sexual agrupada en dos categorías en función de estudios maternos

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Regular/mala	0 (0)	0 (0)	2 (2.8)	1 (2.5)	3 (4.5)	3 (7.5)	6 (9.8)	4 (11.1)	1 (4)	2 (12.5)	0 (0)	1 (6.3)
Buena	71 (100)	40 (100)	69 (97.2)	39 (97.5)	63 (95.5)	37 (92.5)	55 (90.2)	32 (88.9)	24 (96)	14 (87.5)	25 (100)	15 (93.7)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	*		p=1		p=0.669		p=1		p=0.550		p=0.400	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

*Todas las mujeres presentan buena satisfacción sexual previa al embarazo.

Tabla 23. Dolor coital en función de estudios maternos

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Nunca	30 (42.3)	13 (32.5)	23 (32.4)	14 (35)	25 (37.9)	13 (32.5)	17 (27.9)	12 (33.3)	12 (48)	6 (37.4)	15 (60)	8 (50)
Alguna vez	40 (56.3)	25 (62.5)	41 (57.7)	24 (60)	37 (56)	25 (62.5)	36 (59)	18 (50)	12 (48)	8 (50)	8 (32)	7 (43.8)
Frecuente o siempre	1 (1.4)	2 (5)	7 (9.9)	2 (5)	4 (6.1)	2 (5)	8 (13.1)	6 (16.7)	1 (4)	2 (12.5)	2 (8)	1 (6.3)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=0.347		p=0.696		p=0.801		p=0.766		p=0.625		p=0.786	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 23. Dolor coital agrupado en dos categorías en función de estudios maternos

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
No	70 (98.6)	38 (95)	64 (90.1)	38 (95)	62 (93.9)	38 (95)	53 (86.9)	30 (83.3)	24 (96)	14 (86.5)	23 (92)	15 (93.7)
Sí	1 (1.4)	2 (5)	7 (9.9)	2 (5)	4 (6.1)	2 (5)	8 (13.1)	6 (16.7)	1 (4)	2 (12.5)	2 (8)	1 (6.3)
Total	71 (100)	40 (100)	71 (100)	40 (100)	66 (100)	40 (100)	61 (100)	36 (100)	25 (100)	16 (100)	25 (100)	16 (100)
	p=0.553		p=0.490		p=1		p=0.908		p=0.550		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

4.1.3. Estudios paternos

Al estudiar la sexualidad en el embarazo en función de los estudios paternos, no se encuentran diferencias significativas entre el grupo de hombres con estudios básicos (75.7%) y estudios medios/superiores (24.3%) en cuanto a la *frecuencia coital* (tabla 25). Cuando agrupamos esta variable en dos categorías, observamos mejor frecuencia sexual a los 3 meses postparto cuando el padre presenta estudios básicos ($p=0.095$), aunque estas diferencias no resultan significativas (tabla 26).

La *frecuencia de orgasmo* no muestra diferencias entre ambos grupos de estudios cuando consideramos esta variable en tres categorías (tabla 27) ni agrupada en dos categorías (tabla 28).

El análisis de la *satisfacción sexual* en ambos grupos de estudios se refleja en la tabla 29, donde observamos que, a los 6 meses postparto el 32.1% de mujeres cuyas parejas tienen estudios básicos presenta alguna satisfacción con las relaciones respecto al 0% si tienen estudios medios/ superiores ($p=0.014$). Esta tendencia aparece también a los 3 meses postparto, aunque no alcanza la significación estadística ($p=0.077$). Cuando agrupamos la variable en dos categorías, no se obtienen diferencias entre grupos (tabla 30).

Sin embargo, sí se observa una tendencia a menos *dolor en las relaciones* antes del embarazo cuando el hombre presenta estudios medios/superiores (tabla 31), aunque estas diferencias no resultan significativas ($p=0.055$). Cuando se codifica la variable en dos categorías no hay diferencias entre ambos grupos en ninguna de las visitas (tabla 32).

Tabla 25. Frecuencia coital en función de estudios paternos

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Escasa	9 (10.7)	2 (7.4)	29 (34.5)	11 (40.7)	38 (48.1)	11 (40.7)	47 (64.4)	19 (79.2)	8 (28.6)	8 (61.5)	4 (14.3)	4 (30.8)
Semanal	20 (23.8)	8 (29.6)	23 (27.4)	11 (40.7)	20 (25.3)	8 (29.6)	14 (19.2)	2 (8.3)	13 (46.4)	3 (23.1)	10 (35.7)	5 (38.5)
>1/semana	48 (57.2)	16 (59.3)	29 (34.5)	5 (18.6)	17 (21.5)	7 (25.9)	10 (13.7)	3 (12.5)	6 (21.4)	2 (15.4)	13 (46.4)	4 (30.8)
Diario	7 (8.3)	1 (3.7)	3 (3.6)	0 (0)	4 (5.1)	1 (3.7)	2 (2.7)	0 (0)	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.6)	0 (0)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.843		p=0.135		p=0.892		p=0.608		p=0.256		p=0.633	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 26. Frecuencia coital agrupada en dos categorías en función de estudios paternos

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Regular/mala	9 (10.7)	2 (7.4)	29 (34.5)	11 (40.7)	38 (48.1)	11 (40.7)	47 (64.4)	19 (79.2)	8 (28.6)	8 (61.5)	4 (14.3)	4 (30.8)
Buena	75 (89.3)	25 (92.6)	55 (65.5)	16 (59.3)	41 (51.9)	16 (59.3)	26 (35.6)	5 (20.8)	20 (71.4)	5 (38.5)	24 (85.7)	9 (69.2)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.728		p=0.603		p=0.618		p=0.291		p=0.095		p=0.237	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 27. Frecuencia de orgasmo en función de estudios paternos

	Frecuencia de Orgasmo N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Escaso	17 (20.2)	4 (14.8)	24 (28.6)	5 (18.5)	22 (27.8)	6 (22.2)	32 (43.8)	10 (41.7)	8 (28.6)	2 (15.4)	7 (25)	1 (7.7)
Frecuente	30 (35.7)	12 (44.4)	24 (28.6)	7 (25.9)	24 (30.4)	5 (18.5)	16 (21.9)	3 (12.5)	9 (32.1)	4 (30.8)	10 (35.7)	2 (15.4)
Siempre	37 (44.1)	11 (40.8)	36 (42.8)	15 (55.6)	33 (41.8)	16 (59.3)	25 (34.3)	11 (45.8)	11 (39.3)	7 (53.8)	11 (39.3)	10 (76.9)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.650		p=0.567		p=0.344		p=0.552		p=0.614		p=0.178	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 28. Frecuencia de orgasmo agrupada en dos categorías en función de estudios paternos

	Frecuencia de Orgasmo N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Regular/mala	17 (20.2)	4 (14.8)	24 (28.6)	5 (18.5)	22 (27.8)	6 (22.2)	32 (43.8)	10 (41.7)	8 (28.6)	2 (15.4)	7 (25)	1 (7.7)
Buena	67 (79.2)	23 (85.2)	60 (71.4)	2 (81.5)	57 (72.2)	21 (77.8)	41 (56.2)	14 (58.3)	20 (71.4)	11 (84.6)	21 (75)	12 (92.3)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.693		p=0.504		p=0.825		p=1		p=0.693		p=0.396	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 29. Satisfacción sexual en función de estudios paternos

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Insatisfacción o rechazo	0 (0)	0 (0)	2 (2.4)	1 (3.7)	4 (5)	2 (7.4)	9 (12.3)	1 (4.2)	1 (3.6)	2 (15.4)	0 (0)	1 (7.7)
Alguna satisfacción	15 (17.9)	6 (22.2)	26 (30.9)	5 (18.5)	18 (22.8)	3 (11.1)	19 (26)	8 (33.3)	10 (35.7)	1 (7.7)	9 (32.1)	0 (0)
Satisfacción	69 (82.1)	21 (77.8)	56.8 (66.7)	21 (77.8)	57 (72.2)	22 (81.5)	45 (61.6)	15 (62.5)	17 (60.7)	10 (76.9)	19 (67.9)	12 (92.3)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.653		p=0.468		p=0.399		p=0.461		p=0.077		p=0.014	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 30. Satisfacción sexual agrupada en dos categorías en función de estudios paternos

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Regular/mala	0 (0)	0 (0)	2 (2.4)	1 (3.7)	4 (5)	2 (7.4)	9 (12.3)	1 (4.2)	1 (3.6)	2 (15.4)	0 (0)	1 (7.7)
Buena	84 (100)	27 (100)	82 (97.6)	26 (96.3)	75 (95)	25 (92.6)	64 (87.7)	23 (95.8)	27 (96.4)	11 (84.6)	28 (100)	12 (92.3)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	*		p=1		p=0.638		p=0.443		p=0.232		p=0.325	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

* Todas las mujeres presentan buena satisfacción sexual antes de la gestación.

Tabla 31. Dolor coital en función de estudios paternos

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
Nunca	30 (35.7)	13 (48.2)	30 (35.7)	7 (25.9)	27 (34.2)	11 (40.7)	23 (31.5)	6 (25)	13 (46.4)	5 (38.5)	15 (53.6)	8 (61.5)
Alguna vez	53 (63.1)	12 (44.4)	48 (57.2)	17 (63)	48 (60.7)	14 (51.9)	38 (52)	16 (66.7)	14 (50)	6 (46.2)	11 (39.3)	4 (30.8)
Frecuente o siempre	1 (1.2)	2 (7.4)	6 (7.1)	3 (11.1)	4 (5.1)	2 (7.4)	12 (16.5)	2 (8.3)	1 (3.6)	2 (15.4)	2 (7.1)	1 (7.7)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.055		p=0.664		p=0.708		p=0.459		p=0.406		p=0.873	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

Tabla 32. Dolor coital agrupado en dos categorías en función de estudios paternos

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS	Básicos	MS
No	73 (98.8)	25 (92.6)	78 (92.9)	24 (88.9)	75 (94.9)	25 (92.6)	61 (83.5)	22 (91.7)	27 (96.4)	11 (84.6)	26 (92.9)	12 (92.3)
Sí	1 (1.2)	2 (7.4)	6 (7.1)	3 (11.1)	4 (5.1)	2 (7.4)	12 (16.5)	2 (8.3)	1 (3.6)	2 (15.4)	2 (7.1)	1 (7.7)
Total	84 (100)	27 (100)	84 (100)	27 (100)	79 (100)	27 (100)	73 (100)	24 (100)	28 (100)	13 (100)	28 (100)	13 (100)
	p=0.128		p=0.686		p=0.646		p=0.548		p=0.232		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher). MS: medios-superiores.

4.1.4. Estado civil

Al estudiar la *frecuencia coital* en función de esta variable observamos un mayor número de relaciones en las mujeres solteras (tabla 33). Así, la frecuencia de relaciones “a diario” es mayor en solteras en la etapa previa al embarazo y en todas las visitas del embarazo. Adicionalmente destaca una mayor frecuencia de relaciones “escasas” en mujeres casadas en semana 38 (71.6% en casadas frente a 33.3% en solteras). Estas diferencias entre ambos grupos resultan estadísticamente significativas antes de la gestación ($p=0.022$), en semana 20 ($p=0.049$), semana 30 ($p=0.047$) y en semana 38 ($p=0.002$).

Cuando agrupamos la variable en dos categorías solo obtenemos diferencias en semana 38 ($p=0.026$), en el mismo sentido que lo observado en el análisis anterior, con mayor frecuencia coital en las mujeres solteras que en casadas (66.7% frente a 28.4%), como se refleja en la tabla 34.

De la misma forma, las mujeres solteras presentan mayor *frecuencia de orgasmo* (tabla 35) antes de la gestación ($p=0.023$) y en semana 38 ($p=0.032$), destacando el grupo de solteras que presentan orgasmo “siempre” en estas dos visitas. Además, en semana 38 se observa menor frecuencia de orgasmo “escaso” en las mujeres solteras respecto a casadas (11.1% frente a 46.5%).

Al igual que en el caso anterior, la frecuencia orgásmica agrupada en dos categorías solo muestra diferencias entre estos grupos en la semana 38 ($p=0.073$), con mejor frecuencia de orgasmo en las mujeres solteras (88.9%) respecto a casadas (33%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas (tabla 36).

Si comparamos ambos grupos de mujeres en función de la *satisfacción sexual*, observamos que las mujeres solteras refieren mayor satisfacción en semana 38 ($p=0.049$), de modo que todas las mujeres solteras (100%) presentan

satisfacción “siempre” con todas las relaciones. En la etapa previa al embarazo no hay casos de insatisfacción o rechazo en ninguno de los dos grupos (tabla 37). Al agrupar en dos categorías esta variable no encontramos diferencias entre estos dos grupos (tabla 38).

En el caso de *dolor o molestias con las relaciones* (tabla 39) existen diferencias entre las mujeres solteras y casadas en la etapa pregestacional ($p=0.037$) y en semana 38 ($p=0.009$). Antes de la gestación todas las mujeres solteras experimentan “alguna vez dolor” frente al 54.9% de casadas; sin embargo, el 42.1% de casadas no padecen dolor “nunca” con las relaciones frente al 0% de solteras. En las semanas preparto esta relación se invierte y la mayoría de mujeres solteras nunca experimenta dolor (77.8% de solteras frente a 25% de casadas). No encontramos diferencias entre ambos grupos cuando recodificamos el dolor coital en dos categorías (tabla 40).

Tabla 33. Frecuencia coital según el estado civil.

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Escasa	1 (11.1)	10 (9.8)	1 (11.1)	39 (38.2)	2 (25)	47 (48)	3 (33.3)	63 (71.6)	1 (50)	15 (38.5)	0 (0)	8 (20.4)
Semanal	1 (11.1)	27 (26.5)	1 (11.1)	33 (32.3)	3 (37.5)	25 (25.5)	3 (33.3)	13 (14.8)	1 (50)	15 (38.5)	1 (50)	14 (35.9)
>1/semana	4 (44.5)	60 (58.8)	6 (66.7)	28 (27.5)	1 (12.5)	23 (23.5)	1 (11.1)	12 (13.6)	0 (0)	8 (20.4)	1 (50)	16 (41.1)
Diario	3 (33.3)	5 (4.9)	1 (11.1)	2 (2)	2 (25)	3 (3)	2 (22.3)	0 (0)	0 (0)	1 (2.6)	0 (0)	1 (2.6)
Total	9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88(100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
	p=0.022		p=0.049		p=0.047		p=0.002		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 34. Frecuencia coital agrupada en dos categorías según el estado civil.

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Regular/mala	1 (11.1)	10 (9.8)	1 (11.1)	39 (38.2)	2 (25)	47 (48)	3 (33.3)	63 (71.6)	1 (50)	15 (38.5)	0 (0)	8 (20.4)
Buena	8 (88.9)	92 (91.2)	8 (88.9)	63 (61.8)	6 (75)	51 (52)	6 (66.7)	25 (28.4)	1 (50)	14 (61.6)	2 (100)	31 (79.6)
Total	9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
	p=0.586		p=0.254		p=0.279		p=0.026		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 35. Frecuencia de orgasmo según el estado civil.

		Frecuencia de Orgasmo N (%)											
		Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
		Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Escaso		1 (11.1)	20 (19.6)	1 (11.1)	28 (27.5)	2 (25)	26 (26.5)	1 (11.1)	41 (46.5)	1 (50)	9 (23.1)	1 (50)	7 (17.9)
Frecuente		0 (0)	42 (41.2)	1 (11.1)	30 (29.4)	2 (25)	27 (27.5)	1 (11.1)	18 (20.5)	0 (0)	13 (33.3)	0 (0)	12 (30.8)
Siempre		8 (88.9)	40 (39.2)	7 (77.8)	44 (43.1)	4 (50)	45 (46)	7 (77.8)	29 (33)	1 (50)	17 (43.6)	1 (50)	20 (51.3)
Total		9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
		p=0.023		p=0.312		p=1		p=0.032		p=0.725		p=0.444	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 36. Frecuencia de orgasmo agrupada en dos categorías según el estado civil.

		Frecuencia de Orgasmo N (%)											
		Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
		Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Regular/mala		1 (11.1)	20 (19.6)	1 (11.1)	28 (27.5)	2 (25)	26 (26.5)	1 (11.1)	41 (46.5)	1 (50)	9 (23.1)	1 (50)	7 (17.9)
Buena		8 (88.9)	82 (80.4)	8 (88.9)	74 (72.5)	6 (75)	72 (28)	8 (88.9)	29 (33)	1 (50)	30 (76.9)	1 (50)	32 (82.1)
Total		9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
		p=1		p=0.678		p=1		p=0.073		p=0.442		p=0.364	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 37. Satisfacción sexual según el estado civil.

	Satisfacción sexual N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Insatisfacción o rechazo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2.9)	0 (0)	6 (6.1)	0 (0)	10 (11.3)	0 (0)	3 (7.7)	0 (0)	1 (2.6)
Alguna satisfacción	1 (11.1)	20 (19.6)	0 (0)	31 (30.4)	1 (12.5)	20 (20.4)	0 (0)	27 (30.7)	1 (50)	10 (25.6)	1 (50)	8 (21.1)
Satisfacción	8 (88.9)	82 (80.4)	9 (100)	68 (66.7)	7 (87.5)	72 (73.5)	9 (100)	51 (58)	1 (50)	26 (66.7)	1 (50)	29 (76.3)
Total	9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
	p=1		p=0.328		p=1		p=0.049		p=0.579		p=0.436	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 38. Satisfacción sexual agrupada en dos categorías según el estado civil.

	Satisfacción sexual N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Regular/mala	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2.9)	0 (0)	6 (6.1)	0 (0)	10 (11.4)	0 (0)	3 (7.7)	0 (0)	1 (2.6)
Buena	9 (100)	102 (100)	9 (100)	99 (97.1)	8 (100)	92 (93.9)	9 (100)	78 (88.6)	2 (100)	36 (92.3)	2 (100)	38 (97.4)
Total	9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
	*		p=1		p=1		p=0.591		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

* Todas las mujeres presentan buena satisfacción sexual antes de la gestación.

Tabla 27. Dolor coital según el estado civil.

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
Nunca	0 (0)	43 (42.1)	2 (22.2)	35 (34.3)	2 (25)	36 (36.7)	7 (77.8)	22 (25)	1 (50)	17 (43.6)	1 (50)	22 (56.4)
Alguna vez	9 (100)	56 (54.9)	7 (77.8)	58 (56.9)	6 (75)	56 (57.2)	2 (22.2)	52 (59.1)	1 (50)	19 (48.7)	1 (50)	14 (35.9)
Frecuente o siempre	0 (0)	3 (3)	0	9 (8.8)	0 (0)	6 (6.1)	0 (0)	14 (15.9)	0 (0)	3 (7.7)	0 (0)	3 (7.7)
Total	9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
	p=0.037		p=0.469		p=0.814		p=0.009		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 40. Dolor coital agrupado en dos categorías según el estado civil.

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas	Solteras	Casadas
No	9 (100)	99 (97)	9 (100)	93 (91.8)	8 (100)	92 (93.9)	9 (100)	74 (84.1)	2 (100)	36 (92.3)	2 (100)	36 (92.3)
Sí	0 (0)	3 (3)	0	9 (8.8)	0 (0)	6 (6.1)	0 (0)	14 (15.9)	0 (0)	3 (7.7)	0 (0)	3 (7.7)
Total	9 (100)	102 (100)	9 (100)	102 (100)	8 (100)	98(100)	9 (100)	88 (100)	2 (100)	39 (100)	2 (100)	39 (100)
	p=1		p=1		p=1		p=0.347		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

4.2. Factores obstétricos

4.2.1. Paridad

Si analizamos la *frecuencia de relaciones* en función de la paridad (tabla 41), encontramos un descenso generalizado a lo largo del embarazo tanto en el grupo de mujeres nulíparas o sin hijos (45%) como en el que ya han tenido hijos (55%), aunque más marcado en este último. Existen diferencias significativas entre ambos grupos en la etapa antes del embarazo ($p=0.021$), siendo mayor la frecuencia en nulíparas, y tendencia a menor frecuencia sexual en mujeres con hijos en semana 20 ($p=0.088$), destacando en ellas un mayor número de relaciones escasas (46%) respecto a nulíparas (27.9%).

La frecuencia coital agrupada en dos categorías muestra resultados similares, con mayor frecuencia coital en nulíparas antes del embarazo ($p=0.058$) y en semana 20 ($p=0.042$), como se muestra en la tabla 42.

En cuanto a la *satisfacción sexual* (tabla 43), se observa que no hay casos de insatisfacción/rechazo antes del embarazo en ninguno de los dos grupos. En la semana 38 existe un aumento en el grupo de mujeres que han tenido hijos que experimentan rechazo/insatisfacción con las relaciones (18.2%) respecto a nulíparas (3.8%), y estas diferencias resultan significativas ($p=0.046$).

Al realizar el análisis de esta variable agrupada en satisfacción sexual buena y regular/mal (tabla 44), encontramos que en semana 38 la mayoría de mujeres nulíparas (96.2%) muestran buena satisfacción respecto al otro grupo (81.8%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.039$). En la semana 20 todas las mujeres nulíparas (100%) muestran buena satisfacción, frente a un 94% del otro grupo, aunque en este caso las diferencias no resultan significativas ($p=0.080$). Esto ocurre de forma parecida en semana 30 ($p=0.094$).

No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos según paridad en la *frecuencia de orgasmo* (tablas 45 y 46) ni en el *dolor con las relaciones* (tablas 47 y 48) en ninguna de las etapas evaluadas.

Tabla 41. Frecuencia coital según la paridad

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Escasa	3 (4.9)	8 (16)	17 (27.9)	23 (46)	24 (41.4)	25 (52.1)	34 (64.2)	32 (72.7)	11 (50)	5 (26.3)	5 (22.8)	3 (15.8)
Semanal	13 (21.4)	15 (30)	22 (36.1)	12 (24)	17 (29.3)	11 (22.9)	11 (20.7)	5 (11.4)	6 (27.3)	10 (52.6)	7 (31.8)	8 (42.1)
>1/semana	39 (63.9)	25 (50)	20 (32.8)	14 (28)	13 (22.4)	11 (22.9)	7 (13.2)	6 (13.6)	4 (18.2)	4 (21.1)	9 (40.9)	8 (42.1)
Diario	6 (9.8)	2 (4)	2 (3.2)	1 (2)	4 (6.9)	1 (2.1)	1 (1.9)	1 (2.3)	1 (4.5)	0 (0)	1 (4.5)	0 (0)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=0.021		p=0.088		p=0.352		p=0.353		p=0.401		p=0.904	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 42. Frecuencia coital agrupada en dos categorías según la paridad

	Frecuencia de relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Regular/mala	3 (4.9)	8 (16)	17 (27.9)	23 (46)	24 (41.4)	25 (52.1)	34 (64.2)	32 (72.7)	11 (50)	5 (26.3)	5 (22.8)	3 (15.8)
Buena	58 (95.1)	42 (84)	39 (72.1)	27 (54)	34 (58.6)	23 (47.9)	19 (35.8)	11 (27.6)	11 (50)	14 (73.7)	17 (77.2)	16 (84.2)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=0.058		p=0.042		p=0.475		p=0.391		p=0.234		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 43. Satisfacción sexual según la paridad

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Insatisfacción o rechazo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (6)	1 (1.7)	5 (10.4)	2 (3.8)	8 (18.2)	3 (13.7)	0 (0)	1 (4.5)	0 (0)
Alguna satisfacción	9 (14.8)	13 (21.3)	15 (24.6)	16 (32)	12 (20.7)	10 (20.8)	17 (32.1)	10 (22.7)	5 (22.7)	6 (31.6)	3 (13.6)	6 (31.6)
Satisfacción	52 (85.2)	38 (62.3)	46 (75.4)	31 (62)	45 (77.6)	33 (68.8)	34 (64.1)	26 (59.1)	14 (63.6)	13 (68.4)	18 (81.9)	13 (68.4)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=0.189		p=0.104		p=0.200		p=0.046		p=0.671		p=0.259	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 44. Satisfacción sexual agrupada en dos categorías según la paridad

	Satisfacción con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Regular/mala	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (6)	1 (1.7)	5 (10.4)	2 (3.8)	8 (18.2)	3 (13.7)	0 (0)	1 (4.5)	0 (0)
Buena	61 (100)	50 (100)	61 (100)	47 (94)	57 (98.3)	43 (89.6)	51 (96.2)	36 (81.8)	19 (86.3)	19 (100)	21 (95.5)	19 (100)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	*		p=0.080		p=0.094		p=0.039		p=0.487		p=0.352	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

*Todas las mujeres presentan buena satisfacción sexual antes de la gestación

Tabla 45. Frecuencia de orgasmo según la paridad

	Frecuencia de Orgasmo N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Escaso	12 (19.7)	9 (18)	15 (24.6)	14 (28)	12 (20.7)	16 (33.3)	22 (41.5)	20 (45.5)	5 (22.7)	5 (26.3)	4 (18.2)	4 (21.1)
Frecuente	23 (37.7)	19 (38)	16 (26.2)	15 (30)	18 (31)	11 (22.9)	12 (22.7)	7 (15.9)	6 (27.3)	7 (36.8)	5 (22.8)	7 (36.8)
Siempre	26 (42.6)	22 (44)	30 (49.2)	21 (42)	28 (48.3)	21 (43.8)	19 (35.8)	17 (38.6)	11 (50)	7 (36.8)	13 (59)	8 (42.1)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=0.989		p=0.416		p=0.435		p=0.930		p=0.397		p=0.372	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 46. Frecuencia de orgasmo agrupada en dos categorías según la paridad

	Frecuencia de Orgasmo N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Regular/mala	12 (19.7)	9 (18)	15 (24.6)	14 (28)	12 (20.7)	16 (33.3)	22 (41.5)	20 (45.5)	5 (22.7)	5 (26.3)	4 (18.2)	4 (21.1)
Buena	42 (80.3)	41 (82)	46 (75.4)	36 (72)	46 (79.3)	32 (66.7)	31 (58.5)	24 (54.5)	17 (77.3)	14 (73.7)	18 (81.8)	15 (78.9)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=1		p=0.802		p=0.251		p=0.855		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 47. Dolor coital según la paridad

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
Nunca	21 (34.4)	22 (44)	20 (32.8)	17 (34)	23 (39.7)	15 (31.2)	17 (32.1)	12 (27.3)	8 (36.4)	10 (52.6)	13 (59.1)	10 (52.6)
Alguna vez	37 (60.7)	28 (56)	37 (60.7)	28 (56)	33 (56.9)	29 (60.4)	28 (52.8)	26 (59.1)	11 (50)	9 (47.4)	7 (31.8)	8 (42.1)
Frecuente o siempre	3 (4.9)	0 (0)	4 (6.5)	5 (10)	2 (3.4)	4 (8.3)	8 (15.1)	6 (13.6)	3 (13.6)	0 (0)	2 (9.1)	1 (5.3)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=0.242		p=0.820		p=0.342		p=0.795		p=0.177		p=0.664	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 48. Dolor coital agrupado en dos categorías según la paridad

	Dolor con las relaciones sexuales N (%)											
	Antes (N=111)		20 sg (N=111)		30 sg (N=106)		38 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
No	58 (95.1)	50 (100)	57 (73.5)	45 (90)	56 (96.6)	44 (91.7)	45 (84.9)	38 (86.4)	19 (86.4)	19 (100)	20 (90.9)	18 (94.7)
Sí	3 (4.9)	0 (0)	4 (6.5)	5 (10)	2 (3.4)	4 (8.3)	8 (15.1)	6 (13.6)	3 (13.6)	0 (0)	2 (9.1)	1 (5.3)
Total	61 (100)	50 (100)	61 (100)	50 (100)	58 (100)	48 (100)	53 (100)	44 (100)	22 (100)	19 (100)	22 (100)	19 (100)
	p=0.251		p=0.499		p=0.405		p=0.889		p=0.487		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

4.3. Análisis multivariante

Una vez estudiada de forma independiente la asociación de diferentes características sociodemográficas y obstétricas con la variación a lo largo del periodo de estudio de las variables de sexualidad, se ha realizado un análisis multivariante, teniendo en cuenta aquellas variables que en el estudio anterior tienen una asociación con dichos cambios o que en la bibliografía consultada se refiere que influyen en estas modificaciones.

En este sentido, en relación a la frecuencia coital, antes de la gestación influye en sentido positivo fundamentalmente la edad materna menor de 30 años (Odds Ratio-OR-ajustada 5); al igual que en las semanas 20 y 30 (OR ajustadas 5.35 y 2.81 respectivamente) (tabla 49). Sin embargo, los estudios básicos maternos son los que influyen en esta variable de sexualidad a las 38 semanas de embarazo (OR ajustada 3.98), ya que la edad materna menor de 30 años pierde asociación estadística, aunque esté próxima tras ajustar por el resto de variables.

La frecuencia de orgasmo parece estar influida también por la edad de la mujer menor de 30 años a las 20 semanas (OR ajustada 3.19), con tendencia a la significación estadística en semana 30, aunque en la semana 38 fueron los estudios maternos básicos los que más influyeron (OR ajustada 2.29).

Al estudiar la satisfacción sexual, sólo se observa que las mujeres sin hijos tienen mayor satisfacción a las 38 semanas de embarazo, con una OR ajustada 5.88.

Por el contrario, al estudiar el dolor, no se obtuvieron resultados significativos.

Por tanto, de las características sociodemográficas y obstétricas anteriormente estudiadas, al realizar el análisis multivariante, únicamente mantienen asociación con las variables de sexualidad, la edad de la mujer, los estudios de ésta y la paridad.

Tabla 49. Análisis Multivariante.

	Variable	OR (cruda)	Valor p	IC 95%	OR (ajustada)	Valor p	IC 95%
Frecuencia coital							
Antes	Edad	5.07	0.610	1.04-25	5	0.005	1.03-24.38
Semana 20	Edad	5.10	<0.001	2.13-12.19	5.35	<0.001	2.14-13.14
Semana 30	Edad	2.41	0.041	0.05-1.11	2.82	0.011	1.27-6.26
Semana 38	Edad	2.92	0.030	1.19-7.14	2.35	0.073	0.92-6.01
	Estudios madre	4.76	0.005	1.63-13.89	3.99	0.013	1.34-11.88
Frecuencia de orgasmo							
Semana 20	Edad	2.79	0.042	1.12-6.94	3.19	0.018	1.22-8.33
Semana 30	Edad	2.16	0.137	0.88-5.29	2.21	0.093	0.88-5.58
Semana 38	Edad	2.47	0.059	1.05-5.81	2.29	0.059	0.97-5.42
	Estudios padre	1.49	0.504	0.20-1.78	3.07	0.074	0.09-1.11
	Estudios madre	2.47	0.059	1.05-5.81	2.29	0.059	0.97-5.42
Satisfacción sexual							
Semana 38	Paridad Op	5.88	0.041	1.18-29.41	5.88	0.031	1.18-29.43

Regresión logística binaria multivariante, método de pasos sucesivos, con variables que pueden influir en la sexualidad durante el embarazo en cada visita, ajustado por edad, paridad, estudios maternos y paternos, estado civil y semana gestacional. OR: Odds Ratio. MS: medios-superiores

5. FACTORES RELACIONADOS CON EL PARTO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA SEXUALIDAD POSTPARTO

A continuación se describen los resultados obtenidos del estudio de la posible relación entre diferentes variables del parto y postparto y la sexualidad en esta etapa, considerando las variables de sexualidad en dos categorías, y con las visitas a los 3 y 6 meses, tanto agrupadas como por separado.

En la tabla 4 podemos observar que las variables de sexualidad en general presentan una mejora en el tercer y sexto mes postparto respecto a las etapas previas al parto, por lo que la mayoría de las mujeres entrevistadas refieren una buena sexualidad en estas visitas.

No se realiza análisis multivariante con los datos del postparto debido al pequeño tamaño muestral ($n=41$), ya que el modelo estadístico carecería de consistencia.

5.1. Inicio del parto

De las 41 mujeres encuestadas en el postparto, 70.8% iniciaron el parto espontáneamente, 26.8% de forma inducida (19.5% con oxitocina intravenosa y 7.3% con prostaglandinas intravaginales) y 2.4% mediante cesárea electiva.

Si consideramos esta variable dividida en 3 categorías (inicio espontáneo, inducido y cesárea) encontramos peor satisfacción sexual a los 6 meses postparto en caso de inicio del parto mediante cesárea ($p=0.026$); con esta misma tendencia a los 3 meses postparto ($p=0.089$). Además parece existir mayor dolor con las relaciones a los 3 y 6 meses ($p=0.051$) en caso de cesárea, aunque estas diferencias no fueron significativas.

Si unificamos las dos visitas postparto únicamente observamos una tendencia a peor satisfacción sexual ($p=0.089$) y más dolor con las relaciones ($p=0.100$) en caso de cesáreas, sin obtener significación estadística.

5.2. Modo de terminación del parto

De las mujeres estudiadas en el postparto, el 68.2% terminaron el parto de modo espontáneo, 9.8% mediante parto instrumental (4.9% vacuoextracción y 4.9% fórceps) y 22% mediante cesárea.

Si consideramos esta variable en 4 categorías (parto vaginal eutócico, vacuoextracción, fórceps y cesárea), existen diferencias significativas en la frecuencia coital a los 3 meses ($p=0.027$), con mayor frecuencia de relaciones en mujeres con partos vaginales eutócicos y menor en caso de terminación en cesárea y fórceps. Además, las mujeres con parto vaginal eutócico presentan menos dolor con las relaciones a los 3 meses postparto ($p=0.023$), siendo las relaciones más dolorosas cuando el parto termina mediante fórceps y cesárea (tabla 50). Si unificamos las dos visitas postparto, se mantiene la tendencia a presentar menos dolor con las relaciones en partos vaginales y más dolor en fórceps, pero sin alcanzar la significación ($p=0.087$).

Si recodificamos la variable en partos vaginales, instrumentales y cesáreas, obtenemos significación estadística en cuanto al dolor coital a los 3 meses ($p=0.026$), con menos dolor en caso de parto vaginal eutócico y mayor dolor en parto instrumental y cesárea (tabla 51).

5.3. Analgesia intraparto

De las mujeres encuestadas en el postparto, 29.3% recibieron anestesia local, 12.2% no recibieron ningún tipo de analgesia y el resto recibieron analgesia general/locoregional (46.3% epidural, 7.3% anestesia raquídea, 4.9% general).

Las mujeres con analgesia local o sin analgesia presentan mayor frecuencia coital a los 3 meses postparto que con el resto de técnicas, fundamentalmente con el uso de anestesia epidural y general, que resulta estadísticamente significativo ($p=0.009$). Esta significación se mantiene tanto si se analiza el postparto conjuntamente, como separadamente a los 3 meses ($p=0.009$).

En el resto de variables de sexualidad no se observa asociación con la analgesia intraparto.

Tabla 50. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según el modo de terminación del parto

	Frecuencia coital N (%)				Frecuencia de Orgasmo N (%)				Satisfacción sexual N (%)				Dolor coital N (%)											
	3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)									
	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Sí	No	Sí	No								
Espontáneo	8 (50)	20 (80)	4 (50)	24 (72.7)	6 (60)	22 (71)	5 (62.5)	23 (69.7)	1 (33.3)	27 (71.1)	0 (0)	28 (70)	0 (0)	28 (73.8)	1 (33.3)	27 (71.2)								
Vacuo	0 (0)	2 (8)	0 (0)	2 (6.1)	1 (10)	1 (3.2)	1 (12.5)	1 (3)	0 (0)	2 (5.2)	0 (0)	2 (5)	0 (0)	2 (5.2)	0 (0)	2 (5.2)								
Fórceps	2 (12.5)	0 (0)	1 (12.5)	1 (3)	1 (10)	1 (3.2)	0 (0)	2 (6.1)	1 (33.3)	1 (2.6)	0 (0)	2 (5)	1 (33.3)	1 (2.6)	0 (0)	2 (5.2)								
Cesárea	6 (37.5)	3 (12)	3 (37.5)	6 (18.2)	2 (20)	7 (22.6)	2 (25)	7 (21.2)	1 (33.3)	8 (21.1)	1 (100)	8 (20)	2 (66.7)	7 (18.4)	2 (66.7)	7 (18.4)								
	16 (100)	25 (100)	8 (100)	33 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	1 (100)	40 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)								
	p=0.027				p=0.546				p=0.679				p=0.137				p=0.321				p=0.023			
	Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).																							

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 51. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según el modo de terminación del parto agrupado en 3 categorías

	Frecuencia coital N (%)						Frecuencia de Orgasmo N (%)						Satisfacción sexual N (%)						Dolor coital N (%)									
	3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)					
	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No				
Espontáneo	8 (50)	20 (80)	4 (50)	24 (72.7)	6 (60)	22 (71)	5 (62.5)	23 (69.7)	1 (33.3)	27 (71.1)	0 (0)	28 (70)	0 (0)	28 (73.8)	1 (33.3)	27 (71.2)	0 (0)	28 (73.8)	1 (33.3)	27 (71.2)	0 (0)	28 (73.8)	1 (33.3)	27 (71.2)				
Instrumental	2 (12.5)	2 (8)	1 (12.5)	3 (9.1)	2 (20)	2 (6.4)	1 (12.5)	3 (9.1)	1 (33.3)	3 (7.8)	0 (0)	4 (10)	0 (0)	3 (7.8)	1 (33.3)	4 (10.4)	1 (33.3)	3 (7.8)	1 (33.3)	4 (10.4)	1 (33.3)	3 (7.8)	0 (0)	4 (10.4)				
Cesárea	6 (37.5)	3 (12)	3 (37.5)	6 (18.2)	2 (20)	7 (22.6)	2 (25)	7 (21.2)	1 (33.3)	8 (21.1)	1 (100)	8 (20)	1 (100)	7 (18.4)	2 (66.7)	7 (18.4)	2 (66.7)	7 (18.4)	2 (66.7)	7 (18.4)	2 (66.7)	7 (18.4)	2 (66.7)	7 (18.4)				
	16 (100)	25 (100)	8 (100)	33 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	1 (100)	40 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)				
	p=0.123				p=0.371				p=1				p=0.239				p=0.333				p=0.026				p=0.239			
	Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).																											

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

5.4. Episiotomía y desgarro perineal (estado del periné en postparto)

De las mujeres encuestadas en el postparto, el 56.1% han requerido la realización de episiotomía, 82.9% no han presentado desgarro perineal, 12.2% presentan desgarro de I grado y 4.9% de II grado.

Si evaluamos el estado del periné englobando las dos variables previas, observamos que el 58.5% de las mujeres presentan una episiotomía y/o desgarro de II grado, y el resto no tienen episiotomía ni desgarro o éste fue de I grado.

En el análisis de las variables de sexualidad postparto, la realización de episiotomía no presenta diferencias estadísticamente significativas (tabla 52).

Tampoco observamos asociación con la presencia de desgarro perineal (tabla 53).

Esto mismo ocurre cuando evaluamos el estado del periné tras el parto respecto a la frecuencia coital, de orgasmo, satisfacción sexual y dolor con las relaciones (tabla 54).

5.5. Anemia puerperal

El 29.4% de las mujeres tuvieron anemia postparto (23.5% leve y 5.9% moderada) y no hay casos de anemia severa.

No se ha observado influencia de la anemia y la sexualidad postparto (tabla 55).

5.6. Prematuridad

En nuestro estudio la mayoría de gestaciones (91%) tuvieron un parto a término y solamente el 9% un parto pretérmino, produciéndose éstos alrededor de la semana 36, momento en que cumplimentaron la encuesta.

En el análisis de esta variable no se observan diferencias significativas en la sexualidad durante la etapa preparto ni en el postparto cuando comparamos el grupo de parto pretérmino con el grupo de parto a término, tanto si analizamos la sexualidad con todas sus categorías como agrupada en dos categorías (tablas 56 a 61).

Únicamente se observan diferencias en cuanto al dolor con las relaciones, con tendencia a padecer mayor dolor coital en la semana cercana al parto en los casos con parto pretérmino ($p=0.058$), que no resulta significativa (tabla 62).

En el postparto, el dolor con las relaciones mejora en general en ambos grupos. En el caso de mujeres con parto pretérmino el dolor disminuye a los 3 meses postparto, siendo estas diferencias significativas ($p=0.045$). Si recodificamos la variable en dos categorías no se obtiene significación en el periodo postparto (tabla 63).

5.7. Peso del recién nacido

De las mujeres encuestadas en el postparto, el 85.4% tuvieron un recién nacido con peso normal, 4.9% con bajo peso y 9.8% un hijo macrosoma.

Cuando consideramos el peso de los recién nacidos en estas tres categorías (peso bajo, normal y macrosoma) no encontramos diferencias con respecto a ninguna de las variables de sexualidad estudiadas (tabla 64).

Sin embargo, cuando comparamos el peso medio de los recién nacidos para cada variable de sexualidad, encontramos que los niños de madres con una buena frecuencia coital a los 6 meses presentan un peso medio de 3255.85g, que supone 311.65g menos que en hijos de madres con peor frecuencia coital, aunque estas diferencias no resultaron significativas ($p=0.095$).

Esto mismo ocurre con la satisfacción sexual. De manera que los hijos de madres con buena satisfacción a los 3 meses postparto presentaron un peso medio de 3355.87g, es decir, 535.87g más de peso que los hijos de madres con peor satisfacción ($p=0.582$).

5.8. Lactancia materna

No se han encontrado diferencias significativas en la sexualidad postparto respecto a la lactancia materna a los 3 y 6 meses (tabla 65).

5.9. Método anticonceptivo

Si consideramos esta variable con todas sus categorías encontramos una mayor frecuencia de orgasmo a los 3 y 6 meses postparto en aquellas mujeres que utilizan el preservativo y menor frecuencia orgásmica en este mismo periodo cuando no utilizan ningún método. Estas diferencias resultan estadísticamente significativas ($p=0.004$ a los 3 meses y $p=0.012$ a los 6 meses) (tabla 66).

Cuando reagrupamos en tres categorías también se observan diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de orgasmo a los 3 meses ($p=0.001$) y 6 meses postparto ($p=0.002$), con peor frecuencia cuando no se utiliza método anticonceptivo y mejor con el resto de métodos, fundamentalmente el preservativo. El resto de variables de sexualidad no muestran diferencias (tabla 67).

Estos resultados fueron muy similares al analizar el período postparto de forma global ($p=0.001$).

Tabla 52. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según la presencia de episiotomía

	Frecuencia coital N (%)		Frecuencia de Orgasmo N (%)		Satisfacción sexual N (%)		Dolor coital N (%)			
	6 meses (N=41)		6 meses (N=41)		6 meses (N=41)		6 meses (N=41)			
	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Sí	No		
No	9 (56.3)	9 (36)	4 (40)	14 (45.2)	4 (50)	14 (38.7)	2 (66.7)	16 (42.1)	3 (100)	15 (39.5)
Sí	7 (43.8)	16 (64)	6 (60)	17 (54.8)	4 (50)	19 (61.3)	1 (33.3)	22 (57.9)	1 (33.3)	23 (60.5)
Total	16 (100)	25 (100)	8 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)
	p=0.341		p=1		p=1		p=0.573		p=0.074	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 53. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según la presencia de desgarro perineal

	Frecuencia coital N (%)		Frecuencia de Orgasmo N (%)		Satisfacción sexual N (%)		Dolor coital N (%)			
	6 meses (N=41)		6 meses (N=41)		6 meses (N=41)		6 meses (N=41)			
	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Sí	No		
No	15 (93.8)	19 (76)	9 (90)	25 (80.5)	7 (87.5)	27 (81.7)	2 (66.7)	32 (84.1)	2 (66.7)	32 (84.1)
I	1 (6.3)	4 (16)	1 (10)	4 (13)	1 (12.5)	4 (12.2)	1 (33.3)	5 (13.2)	0 (0)	4 (10.6)
II	0 (0)	2 (8)	0 (0)	2 (6.5)	0 (0)	2 (6.1)	0 (0)	2 (5.3)	0 (0)	2 (5.3)
Total	16 (100)	25 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)
	p=0.442		p=1		p=1		p=0.436		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 54. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) en función del estado del periné tras el parto

	Frecuencia coital N (%)		Frecuencia de Orgasmo N (%)		Satisfacción sexual N (%)		Dolor coital N (%)		
	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	
Episiotomía ± Desgarro II	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Sí No	Sí No	
Resto	7 (43.8) 9 (56.3)	2 (25) 6 (75)	6 (60) 4 (40)	18 (58.1) 13 (41.9)	4 (50) 4 (50)	20 (60.6) 13 (39.4)	1 (33.3) 2 (66.7)	23 (60.5) 15 (39.5)	0 (0) 3 (100)
Total	16 (100)	25 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100) 38 (100)
	p=0.225	p=0.101	p=1	p=1	p=0.702	p=0.560	p=0.560	p=0.425	p=0.560 p=0.061

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 55. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según la presencia de anemia puerperal

	Frecuencia coital N (%)		Frecuencia de Orgasmo N (%)		Satisfacción sexual N (%)		Dolor coital N (%)		
	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	3 meses (N=41)	6 meses (N=41)	
Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Regular/mala Buena	Sí No	Sí No	
Sí	3 (21.4) 7 (35)	2 (28.6) 8 (29.6)	3 (37.5) 7 (26.9)	2 (33.3) 7 (26.9)	8 (28.6) 8 (28.6)	20 (71.4) 20 (71.4)	1 (33.3) 9 (29)	8 (25.8) 23 (74.2)	1 (33.3) 9 (29)
No	11 (78.6) 13 (65)	5 (71.4) 19 (70.4)	5 (62.5) 19 (73.1)	4 (66.7) 19 (73.1)	2 (71.4) 20 (71.4)	20 (71.4) 20 (71.4)	22 (71) 22 (71)	1 (33.3) 23 (74.2)	2 (66.7) 22 (71)
Total	14 (100)	20 (100)	8 (100)	26 (100)	6 (100)	28 (100)	31 (100)	33 (100)	3 (100) 31 (100)
	p=0.467	p=1	p=0.673	p=1	p=1	p=1	p=1	p=1	p=0.201 p=1

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 56. Frecuencia coital según la semana gestacional del parto

	Frecuencia coital N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Escasa	4 (66.7)	62 (68.1)	3 (75)	13 (35.1)	1 (25)	7 (18.9)
Semanal	1 (16.7)	15 (16.5)	1 (25)	15 (40.6)	2 (50)	13 (35.1)
>1/semana	1 (16.7)	12 (13.2)	0 (0)	8 (21.6)	1 (25)	16 (43.2)
Diario	0 (0)	2 (2.2)	0 (0)	1 (2.7)	0 (0)	1 (2.7)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.935		p=0.110		p=0.466	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 57. Frecuencia coital agrupada en 2 categorías según la semana gestacional del parto

	Frecuencia coital N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Regular/mala	4 (66.7)	62 (68.1)	3 (75)	13 (35.1)	1 (25)	7 (18.9)
Buena	2(33.3)	29 (31.9)	1 (25)	24 (64.9)	3 (75)	30 (81.1)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.214		p=0.281		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 58. Frecuencia de orgasmo según la semana gestacional del parto

	Frecuencia de Orgasmo N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Escaso	3 (50)	39 (42.9)	1 (25)	9 (24.3)	0 (0)	8 (21.6)
Frecuente	2 (33.3)	17 (18.7)	2 (50)	11 (29.7)	1 (25)	11 (29.7)
Siempre	1 (16.7)	35 (38.4)	1 (25)	17 (45.9)	3 (75)	18 (48.7)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.458		p=0.659		p=0.433	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 59. Frecuencia de orgasmo agrupada en 2 categorías según la semana gestacional del parto

	Frecuencia de Orgasmo N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Regular/mala	3 (50)	39 (42.9)	1 (25)	9 (24.3)	0 (0)	8 (21.6)
Buena	3 (50)	52 (57.1)	3 (75)	28 (75.7)	4 (100)	29 (78.2)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=1		p=1		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 60. Satisfacción sexual según la semana gestacional del parto

	Satisfacción sexual N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Insatisfacción/rechazo	1 (16.7)	9 (9.9)	1 (25)	2 (5.4)	0 (0)	1 (2.7)
Alguna satisfacción	2 (33.3)	25 (27.5)	0 (0)	11 (29.7)	0 (0)	9 (24.3)
Satisfacción	3 (50)	57 (62.6)	3 (75)	24 (64.9)	4 (100)	27 (73)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.522		p=0.916		p=0.231	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 61. Satisfacción sexual agrupada en 2 categorías según la semana gestacional del parto

	Satisfacción sexual N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Regular/mala	1 (16.7)	9 (9.9)	1 (25)	2 (5.4)	0 (0)	1 (2.7)
Buena	5 (83.3)	82 (80.1)	3 (75)	35 (94.6)	4 (100)	36 (97.3)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.493		p=0.271		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 62. Dolor coital según la semana gestacional del parto

	Dolor con las relaciones N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
Nunca	0 (0)	29 (31.8)	3 (75)	15 (40.5)	3 (75)	20 (54.1)
Alguna vez	4 (66.7)	50 (55)	0 (0)	20 (54.1)	1 (25)	14 (37.8)
Frecuente/siempre	2 (33.3)	12 (13.2)	1 (25)	2 (5.4)	0 (0)	3 (8.1)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.058		p=0.045		p=0.396	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 63. Dolor coital agrupado en 2 categorías según la semana gestacional del parto

	Dolor con las relaciones N (%)					
	36 sg (N=97)		3m postparto (N=41)		6m postparto (N=41)	
	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término	Pretérmino	A término
No	4 (66.7)	79 (86.8)	3 (75)	35 (94.6)	4 (100)	34 (91.2)
Sí	2 (33.3)	12 (13.2)	1 (25)	2 (5.4)	0 (0)	3 (8.1)
Total	6 (100)	91 (100)	4 (100)	37 (100)	4 (100)	37 (100)
	p=0.214		p=0.271		p=1	

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 64. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según el peso del recién nacido

	Frecuencia coital N (%)				Frecuencia de Orgasmo N (%)				Satisfacción sexual N (%)				Dolor coital N (%)											
	3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)									
	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Sí	No	Sí	No								
Bajo	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)	2 (6.1)	1 (3.2)	1 (10)	1 (3.2)	0 (0)	2 (6)	1 (33.3)	1 (2.6)	0 (0)	1 (33.3)	1 (2.6)	0 (0)	2 (5.3)								
Adecuado	13 (81.3)	22 (88)	7 (87.5)	28 (84.8)	28 (90.3)	7 (70)	28 (90.3)	7 (87.5)	28 (84.4)	2 (66.7)	33 (86.8)	1 (0)	34 (85)	2 (66.7)	33 (86.8)	33 (86.8)								
Macrosoma	1 (6.3)	3 (12)	1 (12.5)	3 (9.1)	2 (6.5)	2 (20)	2 (6.5)	1 (12.5)	3 (9.1)	0 (0)	4 (10.5)	0 (0)	4 (10)	0 (0)	4 (10.5)	3 (7.9)								
	16 (100)	25 (100)	8 (100)	33 (100)	31 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	1 (100)	40 (100)	3 (100)	38 (100)	38 (100)								
	p=0.262				p=0.177				p=1				p=0.159				p=1				p=0.387			

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 65. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según lactancia materna

	Frecuencia coital N (%)				Frecuencia de Orgasmo N (%)				Satisfacción sexual N (%)				Dolor coital N (%)							
	3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)					
	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Regular/mal	Buena	Sí	No	Sí	No				
Sí	14 (87.5)	22 (88)	6 (75)	14 (42.4)	9 (90)	27 (87.1)	6 (75)	14 (42.4)	3 (100)	33 (86.8)	1 (100)	19 (47.5)	2 (66.7)	34 (89.5)	2 (66.7)	18 (47.4)				
No	2 (12.5)	3 (12)	2 (25)	19 (57.6)	1 (10)	4 (12.9)	2 (25)	19 (57.6)	0 (0)	5 (13.2)	0 (0)	21 (52.5)	1 (33.3)	4 (10.5)	1 (33.3)	20 (52.6)				
	16 (100)	25 (100)	8 (100)	33 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	1 (100)	40 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)				
	p=1				p=0.130				p=1				p=0.330				p=0.606			

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 66. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según el método anticonceptivo

	Frecuencia coital N (%)				Frecuencia de Orgasmo N (%)				Satisfacción sexual N (%)				Dolor coital N (%)			
	3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)	
	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Sí	No	Sí	No
No	5 (31.3)	6 (24)	3 (37.5)	5 (15.2)	7 (70)	4 (12.9)	5 (62.5)	3 (9.1)	1 (33.3)	10 (26.3)	7 (17.5)	2 (66.7)	9 (23.7)	1 (33.3)	7 (18.4)	
C.I.	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	1 (3.2)	0 (0)	1 (3)	1 (33.3)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)	1 (2.6)	0 (0)	1 (2.6)	
Preservativo	9 (56.3)	15 (60)	4 (50)	19 (57.6)	3 (30)	21 (67.8)	2 (25)	21 (63.6)	1 (33.3)	23 (60.5)	23 (57.5)	1 (33.3)	23 (60.5)	1 (33.3)	22 (57.9)	
Anovulatorios	1 (6.3)	2 (8)	1 (12.5)	6 (18.2)	0 (0)	3 (9.7)	1 (12.5)	6 (18.2)	0 (0)	3 (7.9)	7 (17.5)	0 (0)	3 (7.9)	1 (33.3)	6 (15.8)	
LTB	1 (6.3)	1 (4)	0 (0)	2 (6.1)	0 (0)	2 (6.4)	0 (0)	2 (6.1)	0 (0)	2 (5.3)	2 (5)	0 (0)	2 (5.3)	0 (0)	2 (5.3)	
	16 (100)	25 (100)	8 (100)	33 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	40 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)	
	p=0.957				p=0.004				p=0.012				p=0.525			
									p=0.449				p=0.480			

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

Tabla 67. Sexualidad en el periodo postparto (3 y 6 meses) según el método anticonceptivo agrupado en 3 categorías

	Frecuencia coital N (%)				Frecuencia de Orgasmo N (%)				Satisfacción sexual N (%)				Dolor coital N (%)			
	3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)		3 meses (N=41)		6 meses (N=41)	
	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Regular/mala	Buena	Sí	No	Sí	No
No	5 (31.3)	6 (24)	3 (37.5)	5 (15.1)	7 (70)	4 (12.9)	5 (62.5)	3 (9.1)	1 (33.3)	10 (26.3)	7 (17.5)	2 (66.7)	9 (23.7)	1 (33.3)	7 (18.4)	
Anovulatorios	1 (6.3)	2 (8)	1 (12.5)	6 (18.2)	0 (0)	3 (9.7)	1 (12.5)	6 (18.2)	0 (0)	3 (7.9)	7 (17.5)	0 (0)	3 (7.9)	1 (33.3)	6 (15.8)	
Resto	10 (62.4)	17 (68)	4 (50)	22 (69.7)	3 (30)	24 (78.4)	2 (25)	24 (72.7)	2 (66.7)	25 (65.8)	26 (65)	1 (3.3)	26 (68.4)	1 (33.3)	25 (65.8)	
	16 (100)	25 (100)	8 (100)	33 (100)	10 (100)	31 (100)	8 (100)	33 (100)	3 (100)	38 (100)	40 (100)	3 (100)	38 (100)	3 (100)	38 (100)	
	p=0.879				p=0.001				p=0.003				p=0.362			
	p=0.464								p=1				p=0.296			

Valor p calculado mediante el Test Chi-Cuadrado (o test de Fisher).

VI. DISCUSIÓN

VI. DISCUSIÓN

Este trabajo es un estudio prospectivo que describe la evolución del comportamiento sexual en un grupo de mujeres españolas sanas desde la etapa previa al embarazo, durante el mismo y en el postparto, y analiza su relación con diferentes variables demográficas y obstétricas.

En la literatura existen múltiples estudios sobre la función sexual en el embarazo, aunque el número de estudios prospectivos que la comparan con la etapa pregestacional y el postparto es limitado^{29,32,35,38,64,67,104} y los resultados publicados sobre la influencia de factores demográficos y obstétricos, como paridad, edad, estado civil, estudios maternos y paternos, es escasa y contradictoria^{5,26,105}.

Las mujeres participantes en este trabajo de Tesis Doctoral son, en su mayoría, españolas (96.3%), por lo que el factor cultural está presente en el comportamiento sexual de estas mujeres, lo que aporta valor a este trabajo, ya que en la actualidad los estudios más relevantes sobre sexualidad en el embarazo y el postparto no están realizados con la población española. En este sentido, se observan diferencias importantes en la respuesta sexual durante el embarazo y el puerperio si tenemos en cuenta los valores culturales y religiosos de cada sociedad. Así, por ejemplo, en algunas sociedades contemporáneas chinas (China, Hong Kong, Singapur, Taiwán) aún persisten creencias y comportamientos tradicionales, donde la mujer adopta un papel sumiso y pasivo en la relación de pareja, unido a una falta de información sobre la vida sexual y reproductiva. Por ello, todavía muchas de estas mujeres se abstienen de mantener relaciones sexuales durante la gestación^{18,19,33,50,73-75,106}. Otros estudios realizados en sociedades pakistaníes o kuwaitíes informan de una reducción significativa de la actividad sexual a lo largo del embarazo, especialmente en el último trimestre^{4,76}. Adinma¹⁷ encuestó a un grupo de gestantes nigerianas encontrando un empeoramiento de la sexualidad en general. En muchas de estas culturas aún persiste la creencia acerca del efecto negativo de las relaciones sexuales sobre el embarazo y el feto como causantes de aborto, parto pretérmino o daño fetal^{4,17,27}. Comportamientos

similares se han observado en algunas regiones africanas de Malawi y Zaire en las que se describen largos períodos de abstinencia sexual tras el parto relacionados con factores religiosos, culturales o socioeconómicos^{77,78}. Nuestra población de estudio con mujeres españolas no muestra este comportamiento tradicional, en los que la cultura o la religión conllevan una restricción de la conducta sexual, con altas tasas de abstinencia durante el embarazo y el postparto, sino todo lo contrario, como se expuso en el apartado de resultados de esta Tesis Doctoral.

1. MODIFICACIONES DE LA SEXUALIDAD

En general, la frecuencia coital y orgásmica, la satisfacción sexual y el dolor con las relaciones en el grupo de gestantes de este estudio sufren un deterioro durante la gestación en comparación con los niveles sexuales previos, al igual que han encontrado otros autores^{29,35,38,107}. Este deterioro es progresivo a medida que avanza la gestación y presenta una recuperación de la actividad sexual en el postparto, como reportan la mayoría de estudios^{59,64,108}, que en algunos casos no llega a alcanzar los niveles pregestacionales, como describen Barrett³² y Pauls³⁸. Aunque en algunos trabajos se describe la función sexual en el postparto como similar o incluso mejor que en la etapa pregestacional^{51,106}.

En ocasiones, el deterioro de la sexualidad se relaciona con el nivel de actividad sexual previo, de manera que las parejas que parten de una relación conyugal pobre tienden a empeorar más rápidamente. Por el contrario, las mujeres más satisfechas y con mejor experiencia sexual parecen compensar los cambios relacionados con el embarazo²¹. De esta forma podemos considerar que la calidad de la actividad sexual previa a la gestación juega un papel importante en el mantenimiento de la sexualidad durante el embarazo y postparto, pudiendo incluso ser protector de la misma, como defiende Yildiz³⁵. Asimismo, el nivel de actividad sexual en el primer trimestre es determinante en la sexualidad durante el embarazo¹⁵, incluso un año tras el parto³⁶.

En relación a lo anterior, es importante destacar que nuestra población de estudio está formada por mujeres jóvenes sanas que presentan una buena sexualidad previa al embarazo. Únicamente un 9.9% de casos refiere una frecuencia coital “menos de una vez a la semana”, todas las participantes presentan orgasmo con las relaciones antes de la gestación, ninguna refiere insatisfacción sexual en esta etapa y el dolor “frecuente/siempre” aparece sólo en el 2.7% de casos. Estas características de la sexualidad previas a la gestación influyen en la evolución de la misma en el embarazo y postparto, ya que el deterioro durante la gestación va seguido de una importante recuperación en el postparto, actuando como un factor protector, como refería Yildiz³⁵.

Esta mejoría en el comportamiento sexual a los 3 y 6 meses del parto se observa cuando comparamos la sexualidad antes y después del mismo, en particular la frecuencia de relaciones y de orgasmo y el dolor. Así, aquellas mujeres que referían buena sexualidad durante la gestación respecto a estas variables continúan bien tras el parto, y aquellas que refieren peor sexualidad en el embarazo mejoran en el postparto. De este modo queda patente que el hecho de tener un embarazo y un parto no solo influye en la sexualidad de la mujer, sino que además se experimenta una mejoría importante posteriormente al mismo. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Connolly¹⁰⁶ en relación a la mejoría del orgasmo postparto, y con Yildiz³⁵ en la mejoría del dolor a los 6 meses postparto comparado con el embarazo y la etapa pregestacional. Sin embargo, en nuestro estudio no hemos obtenido relación en el caso de la satisfacción sexual, a diferencia de Signorello⁵¹, para el que más de la mitad de las gestantes de su estudio refirieron la satisfacción sexual postparto como igual o mejor a la experimentada previamente al parto.

1.1. Frecuencia coital

En nuestro estudio el parámetro de sexualidad que más se ve afectado durante la gestación y el puerperio es la frecuencia coital, que muestra una disminución significativa en todas las visitas del embarazo a medida que éste progresa, respecto a la etapa pregestacional. Este deterioro es más destacado en el primer trimestre, continúa en

descenso entre la semana 20 y 30, y se hace más acentuado en la semana cercana al parto, coincidiendo con lo descrito en la literatura^{16,22,27,33,65,81,108,109}.

Estos hallazgos podrían estar justificados por los cambios físicos y hormonales que tienen lugar durante el primer trimestre, que pueden dar lugar a la aparición de náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de sensibilidad mamaria; además de cambios emocionales, como irritabilidad o miedo a perder el embarazo, que explicarían la reducción de la frecuencia coital^{33,42}. Sin embargo, en el segundo trimestre de la gestación puede aparecer un comportamiento sexual variable y algunos autores han encontrado un aumento en la frecuencia coital en esta etapa, al contrario que nuestros resultados, seguido de un descenso en el tercer trimestre^{54,64,67}, de modo similar a los hallazgos encontrados en nuestro estudio.

Al final del embarazo, la gestante experimenta importantes cambios físicos que pueden explicar el descenso de actividad coital y deseo, como aumento del volumen abdominal y del peso fetal, incontinencia urinaria, hemorroides, aumento de la curvatura lumbar, subluxación de la articulación sacroilíaca y de la sínfisis del pubis, vasocongestión pélvica y vaginal⁴³. Otros factores como la fatiga, la ansiedad ante la proximidad del parto, el miedo a dañar al feto, la dispareunia, los cambios en la relación de pareja o en la imagen corporal de la mujer también inciden negativamente sobre la sexualidad en esta etapa^{32,39,68}.

Posteriormente, en nuestra población de estudio, se observa que la frecuencia coital aumenta lentamente a los 3 meses postparto, acercándose a niveles próximos a los pregestacionales en el sexto mes tras el parto, pero sin llegar a igualarlos. Estos resultados también han sido descritos por Serati³⁷ y Pauls²⁷. De manera que en nuestro estudio destaca el aumento de relaciones sexuales escasas (menos de un coito semanal) desde un 9.9% antes del embarazo hasta un 68% en el momento del parto, aunque ya a los 6 meses del parto es del 19.5%. En el estudio de Pauls²⁷, la frecuencia escasa (descrita como 1-4 coitos por mes) fue de 20%, 70% y 60% respectivamente, mostrando una recuperación más lenta que en nuestro caso. Asimismo, observamos en nuestra población un descenso de frecuencias semanales o mayores desde el 90% previo al

embarazo hasta el 32% en semana 38, que se eleva a los 6 meses postparto hasta el 80.5%; que en el caso de Pauls²⁷ fue del 80%, 30% y 40% respectivamente en los momentos analizados.

1.2. Frecuencia de orgasmo

Al igual que la frecuencia coital, en las gestantes incluidas en este trabajo observamos que la frecuencia de orgasmo disminuye progresivamente a lo largo del embarazo hasta las semanas previas al parto, en que existe un marcado descenso respecto a antes del embarazo. En el postparto se aprecia un aumento de la frecuencia orgásmica, que llega a igualar los niveles previos al embarazo, a diferencia de lo que ocurre con la frecuencia de relaciones. Estas variaciones podrían deberse a que en el tercer trimestre se producen contracciones de la musculatura del suelo de la pelvis y del útero durante el orgasmo, que en ocasiones ocurren en forma de espasmos⁸, lo que unido a la importante vasocongestión pélvica y vaginal propia de las últimas semanas del embarazo⁴³ pueden contribuir a esta disminución en el número y la calidad de los orgasmos, además de una disminución de la excitación y de la lubricación, como describen Galazka¹⁰⁸ y Hanafy⁴⁰, que progresivamente se recupera en el postparto.

Así, podemos observar que la tasa de anorgasmia e hipoorgasmia sufre un notable incremento antes del parto respecto a la etapa pregestacional, con una mejoría a los 6 meses postparto. Además, cerca del 80% de las mujeres presentan orgasmo a los 6 meses postparto, de forma parecida a la etapa pregestacional, poniéndose de manifiesto la recuperación en el postparto hasta niveles cercanos a los previos a la gestación, de modo similar a lo referido en la literatura^{23,37,51,67,106}. En este sentido, Connolly¹⁰⁶ realizó un estudio prospectivo sobre 150 mujeres durante la gestación y el postparto, encontrando que el 71%, 77% y 83% de las mujeres, a las 6 semanas, a los 3 meses y 6 meses postparto respectivamente, describían su función orgásmica como similar o mejor que la previa al embarazo.

En nuestra población de estudio todas las mujeres estudiadas experimentaron orgasmo antes del embarazo, con mayor o menor frecuencia, por lo que podemos decir que existe

una buena sexualidad previa en cuanto a este aspecto de la sexualidad, a diferencia de otros trabajos que describen la presencia de orgasmo en esta etapa entre el 51% y 87%^{5,23,106}. Por tanto, cabe pensar que esta buena sexualidad de base es un factor importante en la recuperación de la frecuencia de orgasmo en el postparto observado en este grupo de gestantes, como ya se ha comentado.

1.3. Satisfacción sexual

La satisfacción sexual durante la gestación y el postparto en nuestro estudio se modifica de forma semejante a la frecuencia de orgasmo, destacando el deterioro en las semanas cercanas al parto respecto a niveles previos al embarazo, como se ha documentado en otros trabajos^{25,29,39,82}. Así, Bogren³⁹ describe un descenso de la satisfacción sexual durante el embarazo en un 35%, 30% y 56% en el primer, segundo y tercer trimestres respectivamente. Por el contrario, Hanafy⁴⁰ realiza un estudio con gestantes egipcias para evaluar la disfunción sexual durante el embarazo, y observa que la satisfacción sexual disminuye más significativamente en el primer trimestre en comparación con los otros dos trimestres.

Al igual que en el orgasmo, todas las participantes en nuestro estudio refieren satisfacción sexual antes del embarazo y ninguna siente insatisfacción o rechazo con las relaciones. Posteriormente, existe un aumento de insatisfacción hasta la semana 38 (10.4% de mujeres) que desciende a los 6 meses postparto (2.5%), lo que indica una recuperación de la satisfacción sexual hasta alcanzar niveles cercanos a los previos al embarazo. Esta mejoría queda reflejada en el estudio de Signorello⁵¹, como habíamos comentado, en el que el 65.8% de las mujeres a los 6 meses postparto definieron su satisfacción sexual como similar o incluso mejor que antes de la gestación, o en el de Klein¹¹⁰ en el que el 79-95% de las mujeres estudiadas refirieron estar satisfechas o muy satisfechas con sus relaciones sexuales a los 3 meses postparto.

1.4. Dolor coital

La presencia de dolor en el coito parece mantenerse estable durante la gestación respecto a niveles pregestacionales en nuestra población de estudio. Sin embargo,

destaca un incremento significativo de dolor en las semanas previas al parto, que tiende a mejorar tras él hasta los 6 meses posteriores. Esto difiere de la mayoría de autores que refieren un aumento progresivo de dolor durante todo el embarazo, aunque coinciden en un aumento más significativo hacia el final del mismo^{29,38,40}. Así, Hanafy⁴⁰ observa un incremento de dolor en el segundo trimestre. Por el contrario, Leite⁶⁷ describe una disminución de dolor en el tercer trimestre asociada a un descenso en el número de relaciones, y Yildiz³⁵ encuentra una reducción de dolor tras el parto, describiendo una correlación lineal desde la etapa pregestacional hasta el postparto.

El dolor con el coito al final del embarazo puede explicarse por la marcada congestión vascular pélvica y genital que dificulta las relaciones, así como al aumento del volumen abdominal o al miedo a dañar al feto o a provocar el parto; una vez que éste se produce, estas molestias tienden a mejorar o desaparecer. Estos cambios se observan en nuestra población fundamentalmente en un grupo de mujeres que refieren dolor de forma habitual con las relaciones (frecuentemente o siempre) en la semana 38 (14.4%) respecto a antes del embarazo (2.7%), disminuyendo a los 3 y 6 meses postparto (7.3%), aunque, en general, la sexualidad respecto al dolor es buena en todas las etapas evaluadas en nuestro estudio, ya que la mayoría de las participantes no presentan dolor (97.2% antes de la gestación, 85.6% en etapa preparto y 92.7% a los 6 meses postparto). Para Connolly¹⁰⁶, sin embargo, el 30% y 17% de las mujeres refirieron dispareunia a los 3 y 6 meses postparto, aunque sólo el 4% de mujeres describieron el dolor a los 3 meses como mayor o que impedía el disfrute de las relaciones sexuales.

A diferencia de nuestra investigación, algunos autores refieren un aumento de dolor tras el parto, como ocurre en el trabajo de Barrett³² sobre la función sexual en el postparto, en que se observó que la dispareunia, la falta de lubricación vaginal, la dificultad para alcanzar el orgasmo y la pérdida de deseo sexual se incrementaron en los 3 meses postparto, mejorando al sexto mes, pero sin alcanzar los niveles antes del parto. En este estudio³², comparado con los niveles pregestacionales, el 12% refirió dispareunia en el año previo al embarazo frente al 62% a los 3 meses postparto y al 31% a los 6 meses. De modo que el autor concluye que las mujeres que habían experimentado dispareunia previa a la gestación tenían 4 veces más posibilidades de padecer dispareunia a los 6

meses postparto. En nuestro caso, el hecho de partir de una buena sexualidad previa al embarazo en cuanto al dolor puede ser uno de los factores que ayudan a mantener un buen nivel sexual también durante el embarazo y en el postparto, como hemos comentado anteriormente.

2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS

2.1. Edad materna

Dentro de los factores sociodemográficos que pueden influir en la sexualidad durante la gestación y el postparto, tiene un papel importante la edad materna, con múltiples referencias en la literatura, aunque con diferentes conclusiones. En este trabajo de investigación las gestantes que participaron tenían una edad media de 30 años, encontrándose el 73% entre 26 y 35 años. En general, las mujeres menores de 30 años presentaron mayor actividad sexual durante la gestación que, sin embargo, fue similar para los dos grupos en el postparto.

La frecuencia coital es el aspecto de la sexualidad en el que observamos mayores diferencias entre ambos grupos etarios, y la etapa pregestacional es el momento en que estas diferencias se mantienen de forma constante en todas las características de sexualidad. Así, el grupo más joven refiere mayor frecuencia de relaciones antes del embarazo y en las tres visitas de la gestación, mayor frecuencia orgásmica pregestacional y en semana 20, y mayor satisfacción previa a la gestación y en semana 38; sin obtener diferencias entre ambos grupos de edad para el dolor coital. En el análisis multivariante la edad menor de 30 años fue el factor más influyente en la frecuencia coital y de orgasmo, aunque en semana 38 la frecuencia de relaciones también se asoció con los estudios maternos básicos, ajustado por factores como la paridad, estado civil y estudios paternos.

Estas diferencias entre ambos grupos de edad podrían explicarse en parte por una mayor carga de trabajo dentro y fuera del hogar en mayores de 30 años, peores condiciones

físicas de estas gestantes asociadas a la edad, mayor tiempo de relación con la pareja o menor lubricación vaginal, como defiende Fehniger⁶⁶. Sin embargo, no están justificadas en nuestro estudio por un mayor número de hijos, ya que la edad parece ser independiente de la paridad, ni tampoco por la existencia de mayor patología materna o la realización de pruebas invasivas al inicio de la gestación, puesto que las participantes en nuestro trabajo fueron mujeres sanas con embarazo de bajo riesgo.

De modo similar a nuestros resultados, se ha descrito que el detrimento de la actividad sexual afecta a la mayor parte de las embarazadas independientemente de su edad, pero observándose que las mujeres más jóvenes mantienen un nivel más alto de actividad sexual en comparación con el grupo de mayor edad^{24,33,39,43,64-67}, aunque otros autores no han encontrado esta asociación^{17,22,26,27,68}. A esta disparidad de resultados se suma el hecho de que cada estudio considera grupos de edad distintos que impiden la comparación entre los diferentes trabajos. De modo que en la investigación realizada por Fox⁶⁵ sobre la actividad física y sexual durante el embarazo en 425 mujeres, se observa que las menores de 35 años mantuvieron mayor frecuencia coital y orgásmica, fundamentalmente en los dos días previos al parto, en relación con una mayor actividad física en este período. Leite⁶⁷ realizó un estudio prospectivo con 271 mujeres en el que evaluó la función sexual en cada trimestre de la gestación mediante el cuestionario Female Sexual Function Index o FSFI, observando mejor función sexual en el tercer trimestre en el grupo más joven (menores de 20 años) en la mayoría de dominios estudiados (deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción), salvo en el dolor coital en el que no encontró diferencias, coincidiendo con nuestros resultados, a pesar de comparar dos grupos de edad distintos a los descritos en nuestro trabajo. El autor justifica estos resultados teniendo en cuenta las características psicológicas del grupo de adolescentes, que han iniciado su vida sexual recientemente y que afrontan el embarazo de modo distinto a las mujeres adultas que, por lo general, suelen tener mayor carga de trabajo, como el cuidado de los hijos y del hogar o el trabajo fuera de la casa.

Asimismo, la relación de la edad con la satisfacción sexual en el embarazo y postparto fue estudiada por van Brummen³⁶ sobre una cohorte de mujeres nulíparas, y concluyó que no estar activo sexualmente al inicio de la gestación (12 semanas) y tener una

mayor edad materna en el parto (a partir de los 30 años) fueron los factores predictores más importantes de insatisfacción con las relaciones a los 12 meses postparto. La satisfacción en el postparto para este autor no estuvo relacionada con factores del embarazo y el parto, sino quizá con el diferente estilo de vida y trabajo de las mujeres con distinta edad. Sin embargo, en un metaanálisis realizado por von Sydow³⁷, se concluye que la edad no está relacionada con el interés sexual, se relaciona negativamente con la ternura y positivamente con la masturbación y la dispareunia, lo que no coincide con nuestros resultados, en los que la edad no se asocia al dolor.

2.2. Paridad

En cuanto a la influencia de la paridad en la sexualidad, la revisión de la literatura muestra resultados controvertidos. En nuestro estudio, las mujeres que habían tenido algún hijo previamente muestran menor frecuencia coital antes y al principio del embarazo; así como menor satisfacción con las relaciones en las semanas cercanas al parto, que resultó ser independiente de otros factores como la edad materna, el estado civil y el nivel educativo de la mujer y su pareja. Por tanto, este empeoramiento de la función sexual en mujeres con hijos podría explicarse por el estrés ante el cuidado de los mismos, mayor tiempo de relación con la pareja, incluso por la presencia de modificaciones perineales (laxitud de tejidos, episiotomías anteriores), pero no está justificado en nuestra población por el aumento de edad materna, que suele asociarse a la multiparidad. Además, las parejas que esperan su primer hijo pueden experimentar una especie de luna de miel durante el embarazo y periodo postparto en el que su satisfacción puede llegar a ser mayor que en etapas pregestacionales⁷¹.

Así, nuestros resultados concuerdan con los de algunos autores^{30,55,68-70}. Eryilmaz⁶⁸ realizó un estudio transversal sobre los factores que afectaban la vida sexual de 238 mujeres turcas, observando que un aumento en el número de embarazos y de partos disminuía significativamente la frecuencia coital, más aún en mujeres con dos o más embarazos y partos. En el mismo sentido, Pepe³⁰ observó que el deseo y la satisfacción sexual fueron similares en los distintos grupos de edad, pero la frecuencia coital disminuyó en el embarazo de forma evidente en múltiparas, fundamentalmente en las

mujeres con 3 o más hijos; al igual que Kadri⁶⁹, en cuyo estudio las mujeres con cuatro o más hijos referían niveles de deseo más bajos que las mujeres con dos hijos. Estos resultados son concordantes con los de Botros⁵⁵ que, en su investigación sobre la función sexual en hermanas gemelas idénticas con discordancia en el número de hijos, encuentra que el incremento en la paridad es un factor predictor del descenso de deseo y excitación sexual, obteniendo una mejor puntuación de la función sexual global en nulíparas, independientemente de la edad y del tipo de parto; al igual que en nuestro estudio, en que la influencia de la paridad en la sexualidad tampoco se vio afectada por la edad materna ni el nivel educativo. La autora concluye que el parto tiene un impacto duradero en la función sexual debido a factores psicológicos y emocionales más que a físicos.

Por el contrario, algunos autores no han encontrado relación con la paridad^{22,26,38,40,63,66,111,112} o han descrito mejor función sexual en mujeres con hijos^{23,33,71}. En el estudio de Witting⁷¹, las mujeres multíparas, independientemente del número de hijos, tuvieron menos problemas de orgasmo y dolor y mayor satisfacción sexual, mientras que las nulíparas presentaron más dolor y menos satisfacción sexual. La autora sugiere que el nivel de satisfacción en la relación de pareja parece estar moderado por la paridad, de manera que las embarazadas se encuentran más satisfechas con su relación de pareja, lo que se asocia con mayor satisfacción sexual y menos problemas de dolor. Además, en las gestantes la satisfacción de pareja puede estar aumentada cuando el embarazo es deseado y previamente planeado.

2.3. Nivel educativo

Si analizamos los estudios maternos, observamos un empeoramiento de la sexualidad en las mujeres con estudios medios/superiores al final del embarazo, fundamentalmente en la frecuencia coital y de orgasmo, al igual que lo observado por Eryilmaz⁶⁸, Chang¹⁰⁷ o Bogren³⁹. En concreto, Bogren³⁹ describe una disminución de la frecuencia sexual en el primer y el tercer trimestre de gestación en mujeres con alto nivel educativo. Esto puede ser atribuido a una mayor ansiedad anticipatoria respecto al parto, ya que estas mujeres suelen estar más informadas acerca de los riesgos y complicaciones posibles, a un

mayor nivel de exigencia en la relación de pareja, o a la interferencia del hijo en la actividad laboral tras el parto, entendiendo esto de modo bidireccional, ya que por una parte el trabajo supone menor tiempo de atención al recién nacido y, por otra, el cuidado del hijo puede implicar menor dedicación a la actividad laboral materna, generando estrés en la pareja¹⁰⁵. Sin embargo, otros autores no encontraron relación con el nivel de estudios materno^{22,26,38,40,50,54,63}.

A diferencia de lo que ocurre en las madres, en nuestro estudio los estudios paternos no parecen influir en el comportamiento sexual, salvo en el caso de la satisfacción sexual a los 3 meses postparto, que resulta ser mayor en las mujeres cuyas parejas tenían estudios básicos. En la literatura apenas encontramos información sobre la influencia del nivel educacional paterno en la función sexual de la gestante. Así, Oruc²⁶ analizó el comportamiento sexual durante el embarazo en 158 mujeres musulmanas, describiendo una disminución de la frecuencia coital, que no estuvo asociada a factores sociodemográficos como la edad, la paridad y el nivel cultural materno ni paterno. Sin embargo, el nivel educativo estuvo relacionado con la información que la gestante y su pareja tenían de la sexualidad durante este período, lo que pudo afectar de forma indirecta a la función sexual.

2.4. Estado civil

Otro factor relacionado con la actividad sexual en el grupo de gestantes entrevistadas en nuestro estudio fue el estado civil. A pesar del bajo número de mujeres solteras participantes, observamos que, en general, mostraron una buena sexualidad. De manera que este grupo presentó mayor frecuencia de coitos a diario desde la etapa pregestacional hasta la previa al parto, mayor frecuencia de orgasmo siempre con todas las relaciones antes del embarazo y en semana 38, y mayor satisfacción sexual y menos dolor con las relaciones en las semanas cercanas al parto. En este sentido, Kadri⁶⁹ describió menores niveles de deseo en mujeres casadas que en solteras o en mujeres que vivían solas, influyendo esto en la aparición de disfunción sexual. Así, el 92.9% de las mujeres con esta disfunción lo atribuyeron a problemas en su relación de pareja. Sin embargo, Pauls³⁸ no observó relación entre la función sexual y el estado civil; y según

Steege⁷², fue la presencia de dispareunia la que se relacionó con una disminución en la frecuencia en solteras. Por el contrario, para Bello⁵⁴, el estar casada y cohabitar con la pareja fue un predictor positivo de las relaciones sexuales durante el embarazo.

Otro factor a considerar en relación al estado civil, es la duración de la relación, ya que una corta duración del matrimonio parece tener un efecto positivo sobre la actividad sexual^{68,76}.

3. SEXUALIDAD EN EL POSTPARTO

El reinicio de las relaciones sexuales tras el parto se establece en nuestro estudio en el 50% de las mujeres antes de las 6 semanas postparto y en el 96.6% antes de los 3 meses, de forma semejante a otros trabajos^{6,15,38,41,48,106,109,112}. Así, en el estudio realizado por Barrett³² y Connolly¹⁰⁶ el 81-82% y 89-90% de las mujeres recuperaron la actividad a los 3 y 6 meses postparto respectivamente, y para Serati⁵⁹ el 89.9% y 98.2% reanudó la actividad sexual tras 6 y 12 meses respectivamente. Sin embargo, para Pauls³⁸, únicamente un 29% de mujeres reanudaron las relaciones sexuales antes de las 6 semanas postparto y un 61% antes de los 3 meses postparto. En cambio, Bello⁵⁴ establece la media de recuperación de la actividad sexual en 12 semanas tras el parto.

En la recuperación de la actividad sexual tras el parto influyen múltiples factores como la fatiga, la depresión, el deterioro de la imagen corporal o de la relación de pareja, que hacen que esta recuperación sea más tardía y que, en algunos casos, se reanuden de forma más temprana otras actividades alternativas al coito, como la masturbación o el sexo oral⁴⁴.

3.1. Semana gestacional del parto

Si analizamos la modificación de la sexualidad en el momento del parto y en el postparto en cuanto a la semana gestacional del mismo, observamos que existe mayor dolor coital en la semana previa al parto y a los 3 meses en aquellas mujeres que tuvieron un parto pretérmino, quizá relacionado con la aparición de contracciones

uterinas en las semanas anteriores, con la preocupación a un adelanto del mismo o con la ansiedad y fatiga que suponen los cuidados de un recién nacido pretérmino. En la literatura no hay una evidencia clara de que la actividad sexual incremente el riesgo de parto pretérmino, en parte por la diversidad en el diseño de los estudios, que los hacen poco comparables⁸⁴. En relación al estudio de esta posible asociación, Fox⁶⁵ encontró que el incremento en la frecuencia de contracciones uterinas al final de la gestación estuvo asociado con una menor actividad sexual en esta etapa. Erol²⁸, en un estudio transversal sobre 589 mujeres, mostró que el 41% de gestantes se abstuvieron de mantener relaciones en el tercer trimestre debido al miedo a un parto pretérmino y a causar daño al feto, mientras que la abstinencia en el primer y segundo trimestre fue del 14.7% y 14.1% respectivamente.

Sin embargo, la actividad coital continuada durante el embarazo se ha asociado con una mayor proporción de partos a término, actuando como factor protector sobre el parto pretérmino^{65,88,91,92,113}, incluso en mujeres con riesgo elevado de prematuridad, como es el caso de la gestación gemelar¹¹⁴. Al igual que los resultados obtenidos en este trabajo de Tesis Doctoral, algunos autores no han encontrado asociación con la actividad sexual^{82,89,90,115,116}; sin embargo, en otros casos se ha descrito un incremento de riesgo de parto pretérmino^{117,118}, como en el caso de Read y Klebanoff¹¹⁹, que refieren un aumento de riesgo de parto prematuro en un grupo de mujeres con relaciones coitales frecuentes (más de un coito semanal), en relación con la colonización por *Trichomona vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. De la misma forma, el orgasmo también parece tener un papel potencialmente protector de parto pretérmino^{82,88}, aunque se ha descrito que el orgasmo frecuente e intenso podría incrementar el riesgo en un reducido grupo de mujeres⁸³, mientras que otros no encuentran relación^{89,92,118}, como es nuestro caso.

3.2. Modo de inicio del parto y analgesia intraparto

La relación entre el modo de inicio del parto y la sexualidad posterior también ha sido estudiada en este trabajo. De forma que aquellas gestantes a las que se les realizó una cesárea electiva, y no llegaron a iniciar el trabajo de parto, manifestaron una tendencia a peor satisfacción sexual y mayor dolor a los 3 y 6 meses postparto, frente a aquellas con

inicio de parto espontáneo o inducido; lo que pone de manifiesto que la realización de una cirugía mayor como es la cesárea puede afectar a la sexualidad postparto, fundamentalmente el dolor coital.

Asimismo, las mujeres que no requirieron analgesia o que precisaron únicamente de analgesia local en el parto presentaron mayor frecuencia coital a los 3 y 6 meses postparto en comparación con el uso de anestesia general o locoregional, fundamentalmente, a diferencia de Fehniger⁶⁶ y Serati⁵⁹, para los que el uso de analgesia espinal no estuvo relacionada con la sexualidad. Existe escasa información acerca de la influencia de esta variable sobre el comportamiento sexual en el postparto, aunque el uso de analgesia locoregional o general intraparto o la realización de una cesárea electiva pueden considerarse factores estresantes para la madre en el parto y el postparto inmediato, que podría sentirse “menos madre” por el hecho de no haber llegado a iniciar el trabajo de parto o de utilizar alguna técnica analgésica durante el mismo, influyendo en su sexualidad futura, como vemos en nuestros resultados.

3.3. Terminación del parto y lesiones perineales

Si tenemos en cuenta el modo de terminación del embarazo en nuestro grupo de estudio, aquellos casos que tuvieron un parto vaginal eutócico estuvieron asociados a mayor frecuencia coital y menos dolor con las relaciones a los 3 meses postparto, respecto a la finalización mediante cesárea o parto instrumental, fundamentalmente fórceps; sin embargo, esta asociación no se demostró a los 6 meses postparto.

La relación del modo de terminación del parto con la función sexual postparto es controvertida. A diferencia de nuestros resultados, se ha sugerido que el parto mediante cesárea puede tener un efecto protector sobre el suelo pélvico, contribuyendo a una recuperación de la actividad sexual en el postparto. El impacto sobre la actividad sexual en el caso de cesárea estaría reducido debido a un menor trauma sobre el suelo pélvico durante el trabajo de parto, evitando así las lesiones del nervio pudendo producidas por la compresión de la cabeza fetal, la necesidad de parto instrumental o de episiotomía y la aparición de desgarros perineales y, como consecuencia, se obtendría una

disminución del dolor en el postparto^{51,120,121}. Ésta es una razón por la que muchas mujeres eligen un parto mediante cesárea electiva en algunos países como modo de prevención del daño perineal.

Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro estudio son contrarios al planteamiento anterior, ya que las mujeres a las que se realizó una cesárea mostraron menor frecuencia de relaciones a los 3 meses postparto que en caso de parto vaginal, posiblemente relacionado con la cercanía a la intervención quirúrgica y con el miedo de la mujer a que la herida quirúrgica no esté cicatrizada, puesto que a los 6 meses no se estableció esta diferencia.

Así, a diferencia de nuestros resultados, se ha descrito que las mujeres con parto vaginal suelen referir más dispareunia en los 3 meses posteriores al parto si las comparamos con las que tuvieron una cesárea electiva^{49,50,122,123}. Safarinejad⁴⁹ evaluó el efecto del tipo de parto en la calidad de vida, la función sexual y la satisfacción sexual en una cohorte prospectiva de 912 mujeres primíparas y sus maridos, mediante el cuestionario FSFI, concluyendo que las mujeres con partos vaginales y cesáreas urgentes, y por tanto sometidas a trabajo de parto, tuvieron peores puntuaciones en los cuestionarios de sexualidad en comparación con aquellas con cesáreas programadas; a su vez, las mujeres con parto instrumental manifestaron mayor dispareunia que en los casos con cesárea electiva. En este caso, el autor diferencia entre cesáreas electivas y urgentes, incidiendo en la dispareunia asociada al parto vaginal.

Del mismo modo, Barrett¹²⁴ mostró que el efecto protector de la cesárea sobre la función sexual y la dispareunia estaba limitada a los 3 meses postparto, en relación con la ausencia del daño perineal, pero posteriormente estas diferencias parecían reducirse a partir de los 6 meses, resultados similares a los que obtuvo De Souza¹²⁵. En este sentido, la función sexual de nuestra población también se igualó a los 6 meses postparto si evaluamos el modo de terminación del parto.

Como se ha comentado previamente, existe controversia en la relación entre la sexualidad y el tipo de parto, de modo que también se ha descrito una ausencia de

asociación entre ambas variables a los 3 y 6 meses^{38,54,57,58,63,126,127,106}, incluso a partir del primer año tras el parto^{36,55,56,66,122,123,125,128,129,130,131}. Así, Lurie¹²⁷ realizó un estudio prospectivo sobre 5 grupos de mujeres en función del tipo de parto (vaginal sin y con episiotomía, vaginal instrumental, cesárea urgente y electiva) para evaluar la función sexual a las 6, 12 y 24 semanas postparto, encontrando diferencias significativas entre ellos en cuanto al tiempo de reinicio de las relaciones tras el parto, que fue menor en caso de parto sin episiotomía (4.5 ± 1.8 semanas), seguido de cesárea electiva (6.1 ± 2.4 semanas), cesárea urgente (6.1 ± 2.6 semanas), parto tocúrgico (7.3 ± 3.4 semanas), y finalmente parto vaginal con episiotomía (7.9 ± 3.0 semanas), pero no halló relación con la función sexual. De modo similar, Hosseini⁵⁶ comparó la función sexual de dos grupos de mujeres sanas, que tuvieron un parto vaginal eutócico o una cesárea programada, a las que administró el cuestionario FSFI a los 6 y 24 meses postparto, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los dominios estudiados, aunque el 80.7% de mujeres con parto vaginal manifestaron no estar satisfechas con el tono de la musculatura vaginal postparto.

En este trabajo de Tesis Doctoral también se ha analizado la asociación de las lesiones perineales con la sexualidad postparto y se ha podido observar que la realización de episiotomía y/o la presencia de desgarro perineal no parecen estar relacionados con una modificación en la sexualidad postparto. De manera que la mayoría de mujeres refirieron una buena sexualidad respecto a la frecuencia coital y orgásmica, a la satisfacción y al dolor a los 3 y a los 6 meses.

Sin embargo, algunos estudios muestran resultados contrarios, relacionando las lesiones perineales con la dispareunia, la disfunción sexual y el retraso en el reinicio de las relaciones en el postparto^{32,44,50,51,62,122,128,129,132}. Así, Klein¹²² describió que las mujeres a las que se realizó episiotomía mostraron mayores niveles de dispareunia y menor tono de la musculatura del suelo pélvico a los 3 meses del parto que aquellas con periné intacto o con lesiones perineales espontáneas; además, relacionó la realización de episiotomía con la aparición de desgarros de III y IV grado después de controlar múltiples variables. Del mismo modo, Radestad¹²⁸ observó que la presencia de laceraciones vaginales, perineales, del esfínter anal y del recto estaban asociadas con un

retraso en el reinicio de las relaciones sexuales a los 6 meses tras el parto comparado con mujeres con periné íntegro, al igual que Ejegard¹³² que, al investigar la calidad de la vida sexual a los 12-18 meses postparto en dos grupos de mujeres dependiendo de si se les había realizado episiotomía o no, encontró que las primeras referían dispareunia y escasa lubricación vaginal con mayor frecuencia que aquellas sin episiotomía.

A pesar de que se ha descrito que el parto vaginal instrumental está asociado con dispareunia y disfunción sexual, no queda claro si esta relación se produce por el aumento de desgarros, episiotomías y laceraciones, o por el parto instrumental en sí en ausencia de traumatismo perineal, ya que es difícil separar la influencia de cada uno de estos factores sobre el resto¹⁵. Con el objeto de estudiar esta relación del trauma perineal y el tipo de parto con la función sexual postparto, Signorello⁵¹ evaluó los resultados obstétricos y de sexualidad de 615 mujeres primíparas, obteniendo que la dispareunia apareció en un 41% y un 22% de casos a los 3 y 6 meses postparto respectivamente. Así, las mujeres que tuvieron desgarros perineales de segundo grado y de tercer/cuarto grado tras el parto presentaron dispareunia en un 80% y un 270% más que en caso de periné intacto en los tres primeros meses postparto. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en nuestra investigación, ya que a pesar de que no tuvimos desgarros de III/IV grado, las mujeres con desgarros de II grado y/o episiotomía no tuvieron un aumento de dolor postparto significativo. Para este autor la existencia de parto vaginal instrumental (fórceps o vacuo-extracción) estuvo relacionada significativamente con la presencia de dispareunia a los seis meses (OR 2.5, IC 95% 1.3-4.8), independientemente de la presencia de episiotomía, después de controlar factores como la profundidad de la laceración perineal, la prolongación de la segunda fase del parto, el peso del neonato y la historia de dispareunia previa. La presencia de episiotomía durante el parto confirmó básicamente el mismo patrón de comportamiento sexual que en el caso de laceraciones espontáneas, al igual que lo observado por Radestad¹²⁸. Por tanto, en el estudio de Signorello⁵¹, las mujeres con periné intacto postparto obtuvieron los mejores resultados en cuanto a molestias posteriores, mientras que la presencia de desgarros perineales y los partos instrumentales fueron factores relacionados con la frecuencia o la severidad de la dispareunia postparto.

Por el contrario, y en el mismo sentido que los resultados obtenidos en nuestro estudio, otros autores no han encontrado relación entre la función sexual postparto y la presencia de episiotomía o desgarro perineal a los 3-6 meses^{38,52-54,106}, ni a largo plazo a partir de un año del parto^{55,122,125,128,131,133}. Incluso se ha sugerido que la dispareunia en el postparto podría estar más influenciada por aspectos psicológicos y emocionales maternos, de relación de pareja o de dispareunia previa al embarazo, que con el trauma obstétrico y tipo del parto; por lo que recomiendan que deberían estudiarse otros factores implicados¹³³.

Para evaluar el impacto de la presencia y la severidad de los desgarros perineales espontáneos sobre la función sexual a los 3 meses postparto, Rogers⁵² realizó un estudio prospectivo en una población formada por 565 matronas embarazadas que tenían, por tanto, bajo riesgo de lesiones perineales, con una prevalencia de episiotomía menor al 1% y de parto instrumental menor del 2%, utilizando para ello el cuestionario Intimate Relationship Scale. Aquellas mujeres con episiotomía o parto instrumental fueron excluidas, y el resto fueron clasificadas en dos grupos según la presencia de lesión perineal mayor (desgarro de II grado o mayor, o de I grado que requiriese sutura) y menor (desgarro de I grado o ausencia de desgarro), obteniendo un 30% y 70% de casos respectivamente. Aunque aquellas mujeres que requirieron sutura de la lesión presentaron puntuaciones más bajas en los cuestionarios, la mayoría recuperó la actividad sexual a los 3 meses y la mitad a las 6 semanas postparto, y no se obtuvo relación entre el grado de desgarro perineal, el tiempo de reinicio de las relaciones y la función sexual. Todos estos resultados son similares a los obtenidos en nuestro trabajo, al igual que la clasificación en dos grupos de lesión perineal, aunque a diferencia de él, incluimos en el estudio a las mujeres con episiotomía y con parto instrumental, lo que supone mayor frecuencia de lesiones perineales mayores, que en el estudio de Rogers fueron un 30% y en nuestro estudio un 58.5% (referidas estas lesiones mayores a episiotomía y/o desgarro II grado).

En la misma población que el estudio anterior, Leeman⁵³ observó que las mujeres con lesiones perineales espontáneas tuvieron unas tasas muy bajas de dolor perineal (3% a los 3 meses), y aquellas con lesiones mayores refirieron un aumento de dolor respecto a

aquellas con lesiones menores, aunque estas diferencias no se observaron a los 3 meses postparto; lo que confirma nuestros resultados nuevamente, ya que el dolor asociado a las lesiones perineales parece persistir las primeras semanas tras el parto, pero desaparecen posteriormente, antes incluso de los 3 meses.

Por tanto, en nuestra investigación obtuvimos una relación entre el tipo de parto y la sexualidad a los 3 meses, pero no encontramos relación con las lesiones perineales, lo que no concuerda totalmente con los estudios descritos anteriormente. Esto quizá podría ser debido al bajo número de casos obtenidos en el postparto, a diferencias en las características sociodemográficas y culturales de nuestra población respecto a otras no españolas, a diferencias en los protocolos de asistencia al parto, lo que puede variar las tasas de cesárea, de parto instrumental o de episiotomía, o a diferencias en el diseño, puesto que en nuestro análisis no hemos distinguido entre partos vaginales con episiotomía y sin ella, o cesáreas electivas y urgentes en cuanto al modo de terminación del parto, únicamente entre partos vaginales, instrumentales (vacuo o fórceps) y cesáreas.

Como vemos, los estudios publicados muestran grandes diferencias en el diseño, en el tiempo de seguimiento postparto y en las variables estudiadas, clasificando a las participantes en grupos muy distintos según el tipo de parto o la lesión perineal (cesárea electiva y/o programada, parto vaginal eutócico vs instrumental, con/sin episiotomía, con/sin desgarro perineal, con/sin sutura de lesiones) y obviando diversos factores de confusión en la mayoría de casos, como son la lactancia o la historia obstétrica previa, lo que dificulta la comparación entre grupos.

A pesar de esto, la mayoría de los autores se muestran de acuerdo en que la cesárea electiva no previene la disfunción sexual a largo plazo, así como tampoco la disfunción del suelo pélvico, la incontinencia urinaria o fecal, considerando la naturaleza multifactorial de la sexualidad, y teniendo en cuenta además que la realización de una cesárea lleva a la práctica de cesáreas iterativas que aumentan la morbilidad materno-fetal^{57,122,127,134,135}.

De modo general, la mayoría de autores opinan que la episiotomía, independientemente de su relación con la disfunción sexual postparto, no está indicada de rutina sino en casos seleccionados^{50,110,135,136}. Actualmente, la evidencia no apoya los beneficios tradicionalmente atribuidos a la episiotomía de rutina, como la prevención de la incontinencia fecal y urinaria o la relajación del suelo pélvico. De hecho, los resultados tras realizar una episiotomía pueden ser considerados peores, ya que algunas mujeres que hubieran tenido menos lesiones, en su lugar tienen una incisión quirúrgica¹³⁶, aunque como hemos comentado en nuestros resultados, la realización de episiotomía no está relacionada con los cambios en la sexualidad estudiados.

3.4. Lactancia materna

Otro factor que puede asociarse a la modificación del comportamiento sexual en el postparto es la lactancia materna, que conlleva una serie de cambios hormonales como son el descenso del nivel de estrógenos, progesterona y andrógenos, y el aumento de prolactina, que pueden afectar negativamente la lubricación vaginal^{25,61}, el deseo, la satisfacción sexual y el reinicio de la actividad sexual postparto^{32,41,51,59,106,112,137}. Para Avery⁶¹ la falta de lubricación afectó al 59% de madres lactantes. Y para Barrett³², la dispareunia a los 6 meses postparto estuvo relacionada con la lactancia materna, además de una historia de dispareunia pregestacional, probablemente debido al hipoestronismo, a la falta de libido y a la sequedad vaginal. De aquí la importancia de proporcionar información a las madres en el postparto sobre el uso de lubricantes vaginales con las relaciones e incidir sobre los beneficios de la lactancia, como modo de paliar este efecto negativo sobre la sexualidad. Connolly¹⁰⁶ estableció la relación de la dispareunia con la lactancia a los 3 meses postparto, independientemente del tipo de parto y de la existencia de episiotomía, aunque esta asociación desapareció a los 6 meses. A diferencia de Signorello⁵¹, para el que la dispareunia a los 6 meses fue cuatro veces más frecuente en madres lactantes.

Por el contrario, la lactancia podría incrementar el nivel de deseo o el eroticismo debido al aumento del tamaño y de la sensibilidad de las mamas, asociado a una mejora de la

imagen corporal, y el aumento de oxitocina puede producir sensaciones similares al orgasmo tras intensas contracciones uterinas y parece tener efectos positivos sobre el humor¹⁵. Sin embargo, en nuestro estudio esta variable no mostró relación con la sexualidad postparto a los 3 y 6 meses, como también han descrito otros autores al estudiar este periodo^{38,44,62,63,138}.

3.5. Otros factores relacionados

Al igual que la lactancia materna, la presencia de *anemia puerperal* no mostró relación con los cambios en el comportamiento sexual tras el parto, probablemente porque las gestantes que participaron en este estudio eran mujeres sanas sin anemia previa al embarazo en la mayoría de casos, que tuvieron partos de baja intervención, por lo que existió una baja tasa de anemia postparto, generalmente leve. Esto puede explicar que estas mujeres no tuvieran una fatiga adicional en el puerperio, que estaría relacionada con una mayor dificultad para mantener su actividad sexual, como refieren Hipp⁴⁴ y Glazener⁴¹.

Al analizar los *métodos anticonceptivos* en el postparto, encontramos una mayor frecuencia de orgasmo en aquellas mujeres que utilizan algún método anticonceptivo, fundamentalmente el preservativo, y menor frecuencia cuando no se utiliza ningún método a los 3 y 6 meses, lo que puede estar relacionado con el miedo a un nuevo embarazo en los meses posteriores al parto en aquellas mujeres sin anticoncepción, mientras que el hecho de usar un método confiere seguridad y mayor disfrute de las relaciones. De forma que, a los 6 meses postparto el 19% de las mujeres no usó ningún método anticonceptivo y el 57% utilizó el preservativo, de modo similar a lo encontrado por Barrett³², aunque en su trabajo el 43% de mujeres utilizaron contracepción hormonal, mucho mayor que el 16.7% de nuestra población. A diferencia de nuestros resultados, este autor no encuentra asociación con el método utilizado a los 3 y 6 meses, al igual que Pauls³⁸ y Lagana⁶³.

En relación a los resultados perinatales, el *peso de los recién nacidos* no influyó en la sexualidad postparto de las madres, coincidiendo con otros autores^{38,59,62,66}, al contrario

de lo que cabría esperar en el caso de niños macrosomas, por su relación con el traumatismo obstétrico y del canal del parto. Esto podría explicarse porque en nuestro estudio el 85.4% de los recién nacidos tuvieron un peso adecuado y tan solo un 9.8% fue mayor de 4.000 gramos.

De igual modo, el *ingreso de los recién nacidos* en la Unidad de Neonatología tampoco influyó en la sexualidad postparto, posiblemente debido a que se trataba sólo de tres casos, todos en gestaciones de bajo riesgo, con parto pretérmino en semana 36, que fueron ingresados para observación con buena evolución posterior y alta precoz.

Por tanto, como hemos descrito, las madres eran mujeres sanas jóvenes con gestaciones de bajo riesgo, que en general partían de una buena sexualidad previa y que no sufrieron complicaciones graves durante el embarazo y el postparto. Adicionalmente, obtuvimos buenos resultados perinatales, la mayoría de niños nacieron a término, tuvieron un peso y Apgar adecuados y no precisaron ingreso pediátrico. Todo esto facilitó el alta hospitalaria precoz de la madre y del niño, la reincorporación a su actividad familiar y, en consecuencia, a su actividad sexual en esta nueva etapa de sus vidas.

En el periodo postparto apenas encontramos asociación de la sexualidad con las características sociodemográficas y la paridad; lo mismo que ocurre con algunos de los factores relacionadas con el parto y el postparto, como son la presencia de episiotomía o desgarros, la lactancia materna y la anemia. Esto puede deberse al bajo número de casos recogidos en este período; de haber registrado un número mayor, posiblemente hubiésemos obtenido mayor significación. Aun así, consideramos que sería necesario investigar otros factores psicosociales y emocionales relacionados con la sexualidad en esta fase de la vida de la mujer, como apuntan algunos autores^{44,46,55,59,63,66,71,108,133}, tales como la satisfacción de pareja, el apoyo familiar o la depresión postparto.

Por último, el embarazo y el parto es un cambio mayor en la vida y puede afectar directamente a la función sexual, debido a cambios psicológicos y biológicos. Tener un hijo además implica una serie de procesos emocionales, psicosociales e interpersonales, como conflictos de dependencia e independencia, el hecho de ser cuidado por una

persona y cuidar de otra, y la familia se amplía de dos personas a tres. Todo esto resulta potencialmente estresante con efectos indirectos sobre la función sexual⁷¹.

Por tanto, el comportamiento sexual de la mujer se modifica durante la gestación y el postparto y son múltiples las variables que pueden influir sobre él, ya sean factores fisiológicos, sociales o psicológicos, debiendo considerar a la mujer de forma integral.

Es importante profundizar en el conocimiento de estos cambios en la sexualidad de las parejas, entendidos como algo normal y transitorio⁴⁵, y proporcionar información y apoyo a estas parejas para disminuir el impacto negativo en la calidad de sus vidas³⁸. De esta manera, seremos capaces de reconocer aquellos casos en que el deterioro de la sexualidad llega a niveles considerados como disfunción sexual^{38,40}, pudiendo incluso perpetuarse tiempo después del parto.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones de este trabajo de Tesis Doctoral, en primer lugar se encuentra el tipo de cuestionario, ya que no se utilizó uno validado. Sin embargo, en todas las visitas se administró el mismo formato, fácil y rápido de contestar, y el análisis de fiabilidad del test mostró un resultado aceptable.

En segundo lugar, la información relativa a la sexualidad antes del embarazo fue recogida en la visita de la semana 20, lo que podría suponer una pérdida de información de la etapa pregestacional y de las primeras semanas de embarazo, aunque consideramos que en esta etapa de la vida las mujeres tienen un buen recuerdo acerca de estas cuestiones, fundamentalmente si desean y planifican el embarazo.

Otra limitación a considerar es el sesgo de selección, ya que las pacientes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, lo que representa una limitación dado el contenido de los cuestionarios, relacionado con temas de una esfera tan íntima como es la sexualidad.

Por último, otro factor limitante, ya referido anteriormente, es la importante pérdida de casos en el postparto debido a que la revisión puerperal no está incluida en el seguimiento protocolizado tras el parto, lo que dificultó la localización y asistencia de las mujeres encuestadas al inicio del estudio. Se añade la dificultad de participación por parte de la madre, ya que en este período la dedicación al cuidado del recién nacido es tan prioritario que puede influir en la baja respuesta. A pesar de ello, la comparación entre el grupo de mujeres que contestaron todos los cuestionarios y el grupo que respondió solo en el embarazo, mostró resultados muy similares. Las pequeñas diferencias encontradas pueden ser una limitación al generalizar los resultados de la sexualidad postparto al total de mujeres del estudio. De haber tenido un mayor tamaño muestral, posiblemente hubiésemos obtenido mayor significación en el postparto.

VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

1. La sexualidad en la mujer, en relación a la frecuencia de relaciones, la frecuencia orgásmica, la satisfacción y el dolor coital, se modifica durante la gestación y el periodo postparto respecto a la etapa previa al embarazo.
2. La frecuencia coital es el parámetro más sensible durante esta etapa de la vida de la mujer, experimentando un descenso progresivo durante el embarazo, respecto a la etapa pregestacional, y una recuperación postparto, que no llega a alcanzar los niveles previos a la gestación.
3. La frecuencia orgásmica, la satisfacción sexual y la dispareunia se deterioran fundamentalmente en las semanas previas al parto, recuperándose posteriormente de forma progresiva.
4. La edad materna es el factor que más influye sobre el comportamiento sexual durante el embarazo y el puerperio, tanto en la frecuencia sexual y orgásmica como en la satisfacción, aunque no en el dolor coital, siendo mejor en mujeres más jóvenes.
5. Otros factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con una mejor sexualidad durante el embarazo son un menor nivel de estudios maternos, la nuliparidad o ser soltera, aunque en menor grado que la edad.
6. El parto vaginal eutócico se asocia a mayor frecuencia coital y menor dolor a los 3 meses postparto; a diferencia de la cesárea y del parto tocúrgico.
7. La presencia de lesiones perineales no se relaciona con modificaciones en el comportamiento sexual postparto.

8. No se ha encontrado asociación entre las variaciones en la sexualidad y la lactancia materna, la anemia postparto y el peso del recién nacido.
9. El uso de método anticonceptivo en el postparto, específicamente el preservativo, se relaciona con mayor frecuencia coital y orgásmica a los 3 y 6 meses del parto.
10. Las participantes en nuestro estudio son mujeres jóvenes sanas que presentan una buena sexualidad previa al embarazo, lo que quizá facilite la recuperación de la sexualidad en el periodo postparto.
11. Por último, al ser un estudio prospectivo sobre el seguimiento de la sexualidad desde la etapa pregestacional hasta los 6 meses postparto, suministra una visión global de la misma en este período tan sensible, física y psíquicamente, que permitirá a los profesionales informar a la mujer sobre los cambios que puede experimentar en esta etapa tan receptiva de su vida, aportando una mayor tranquilidad ante las modificaciones percibidas en la esfera sexual.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (acceso 15 octubre 2015).
2. White SE, Reamy K. Sexuality and pregnancy: a review. *Arch Sex Behav.* 1982;11(5):429-4.
3. Sueiro E, Gayoso P, Perdiz C, Doval JL. Sexuality and pregnancy. *Aten Primaria.* 1998;22(6):340-6.
4. Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc.* 2000;50(1):38-44.
5. von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: Results from the Sexual Preferences Questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001;22(1):29-40.
6. Adinma JI. Sexual activity during and after pregnancy. *Adv Contracept.* 1996;12:53-61.
7. González Corrales R. Los médicos y la sexualidad: una breve revisión histórica. En: Gándara JJ, Puigvert A. *Sexualidad humana. Una aproximación integral.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.p.123-6.
8. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Fisiología sexual. En: Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *La sexualidad humana. Vol. 1.* Nueva York: Grijalbo;1995.p.76-104.
9. Mas García M. Bases fisiológicas de la sexualidad. Respuesta sexual. En: Gándara JJ, Puigvert A. *Sexualidad humana. Una aproximación integral.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.p.21-32.
10. Master WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana.* Buenos Aires: Intermédica;1972.
11. Mc Cary JL, Mc Cary SP. Orgasmo. En: Mc Cary JL, Mc Cary SP. *Sexualidad humana de Mc Cary.* U.S.A.: El manual moderno; 1983.p.151-166.

12. Kaplan HS. Naturaleza y causas de las disfunciones sexuales. En: Kaplan HS. Manual ilustrado de terapia sexual. Relaciones humanas y sexología. Nueva York: Grijalbo, 1978:21-30.
13. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51-65.
14. Sand M, Fisher WA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med.* 2007;4(3):708-19.
15. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012;119(3):647-55.
16. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010;7:136-42.
17. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: Perceptions and practice. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 1995;35(3):290-3.
18. Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant taiwanese women. *J Midwifery Womens Health* 2002;47:278-86.
19. Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N England J Med.* 1973;288:1098-103.
20. Pepe F, Pepe P, Baldacchino T, et al. Changes in the psychophysical experience of orgasm in pregnancy. *Minerva Ginecol.* 1989;41:295-7.
21. Perkins RP. Sexuality in pregnancy: what determines behavior? *Obstet Gynecol.* 1982;59:189-98.
22. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107(8):964-8.
23. Ryding EL. Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1984;63:679-82.
24. Pepe F, Panella M, Pepe P, Panella P, Amarù A, Cantarella M, et al. Sexual behaviour in relation to age: a study of 205 puerperal woman. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1988;15(1-2):24-30.

25. Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine ES. Sexuality and pregnancy. A prospective study. *J Reprod Med* 1982;27(6):321-7.
26. Oruc S, Esen A, Lacin S, Adigüzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behaviour during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1999;39(1):48-50.
27. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279:353-6.
28. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med*. 2007;4(5):1381-7.
29. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual function during pregnancy. *Int J Impot Res*. 2005;17(2):154-7.
30. Pepe F, Iachello R, Panella M, Pepe G, Panella P, Pennisi F, et al. Parity and sexual behavior in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1987;14(1):60-5.
31. Remohí Giménez J. Sexualidad en el embarazo y puerperio. *Rev Iberoam Fertil Reprod Hum*. 1987; 4(17):55-9.
32. Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000 Feb;107(1):186-95.
33. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:934-8.
34. Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. 2010;36:124-6.
35. Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther* 2015;41(1):49-59.
36. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG*. 2006;113(8):914-8.
37. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999;47(1):27-49.

38. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *J Sex Med.* 2008;5:1915-22.
39. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 1991;20:35-45.
40. Hanafy S, Srouf NE, Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sex Health.* 2014;11:240-3.
41. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:330-5.
42. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La reproducción humana. En: Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *La sexualidad humana. Vol 1.* Nueva York: Grijalbo,1995:105-55.
43. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ.* 2004;329:559-61.
44. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med.* 2012;9(9):2330-41.
45. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011;8:1267-84.
46. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002;39(2):94-103.
47. Alonso Álvarez A, Dueñas Manso C, Gándara Martín JJ, Orbara González-Aldeano I, Santamaría Izquierdo MJ. *Sexualidad y embarazo.* Madrid: Cauce Editorial; 1996.
48. Fischman SH, Rankin EA, Soeken KL, Lenz ER. Changes in sexual relationships in postpartum couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1986; 15(1): 58-63.
49. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med.* 2009;6:1645-67.

-
50. Song M, Ishii H, Toda M, Tomimatsu T, Katsuyama H, Nakamura T, et al. Association between sexual health and delivery mode. *Sex Med.* 2014;2:153-8.
 51. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(5):881-8; discussion 888-90.
 52. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(2):98-103.
 53. Leeman L, Fullilove AM, Borders N, Manocchio R, Albers LL, Rogers RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth.* 2009;36(4):283-8.
 54. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics and Gynecology.* 2011;2011:856586.
 55. Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nikolov A, et al. Effect of parity on sexual function: An identical twin study. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(4):765-70.
 56. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol J.* 2012;9(2):498-504.
 57. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J.* 2014;29(4):276-9.
 58. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med.* 2015;12:1212-20.
 59. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010;7:2782-90.
 60. Kayner CE, Zagar JA. Breast-feeding and sexual response. *J Fam Pract.* 1983;17(1):69-73.

61. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(3):227-37.
62. Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdecha A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *J Sex Med*. 2015;12(5):1275-82.
63. Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, et al. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol*. 2015;67(4):315-20.
64. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40:1023-29.
65. Fox NS, Gelber SE, Chasen ST. Physical and sexual activity during pregnancy and near delivery. *J Womens Health* 2008;17(9):1431-5.
66. Fehniger JE, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Thom DH, Subak LL, et al. Childbirth and female sexual function later in life. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):988-97.
67. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55:563-8.
68. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecol Obstet Invest*. 2004;57(2):103-8.
69. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health*. 2002;5(2):59-63.
70. Rao KV, Demaris A. Coital frequency among married and cohabiting couples in the United States. *J Biosoc Sci*. 1995;27(2):135-50.
71. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(2):89-106.

-
72. Steege JF, Jelovsek FR. Sexual behavior during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1982;60:163-8.
 73. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sex Med.* 2013;1:54-61.
 74. Tang C, Siu BN, Lai F, Chen T. Heterosexual Chinese women's sexual adjustment after gynaecologic cancer. *J Sex Res.* 1996;33:189-97.
 75. Haines CJ, Shan YO, Kuen CL, Leung DH, Chung TK, Chin R, et al. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. *J Psychosom Res.* 1996;40(3):299-304.
 76. al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Arch Sex Behav.* 1995;24:207-15.
 77. Zulu EM. Ethnic variations in observance and rationale for postpartum sexual abstinence in Malawi. *Demography.* 2001;38(4):467-79.
 78. Hassig SE, Bertrand JT, Djunghu B, Kinzoni M, Mangani N. Duration and correlates of post-partum abstinence in four sites in Zaire. *Soc Sci Med.* 1991;32(3):343-7.
 79. Oboro VO, Tabowei TO. Sexual function after childbirth in Nigerian women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78:249-50.
 80. Sobocki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of U.S. obstetrician/gynecologists. *J Sex Med.* 2012;9(5):1285-94.
 81. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39:1165-72.
 82. Perkins RP. Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;134(5):498-505.
 83. Wagner NN, Butler JC, Sanders JP. Prematurity and orgasmic coitus during pregnancy: data on a small sample. *Fertil Steril.* 1976;27(8):911-5.
 84. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *CMAJ.* 2011;183:815-8.

85. Grudzinkas JG, Watson C, Chard T. Does sexual intercourse cause fetal distress? *Lancet*. 1978;11:692-3.
86. Goodlin RC, Facog D, Keller D, Raffin M. Orgasm during late pregnancy: possible deleterious effects. *Obstet Gynecol*. 1971;38:916-20.
87. Naeye RL. Coitus and associated amniotic-fluid infections. *N England J Med*. 1979;301:1198-200.
88. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2001;97(2):283-9.
89. Georgakopoulos PA, Dodos D, Mechleris D. Sexuality in pregnancy and premature labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1984;91:891-3.
90. Mills JL, Harlap S, Harley EE. Should coitus late in pregnancy be discouraged? *Lancet*. 1981;1:136-8.
91. Kurki T, Ylikorkala O. Coitus during pregnancy is not related to bacterial vaginosis or preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:1130-4.
92. Tan PC, Yow CM, Omar SZ. Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labour and pregnancy outcome. *Singapore Med J*. 2009;50(11):1062-7.
93. Ekwo EE, Gosselink CA, Woolson R, Moaward A, Long CR. Coitus late in pregnancy: risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;168:22-31.
94. Truhlar A, Cerny V , Dostal P , Solar M, Parizkova R, Hrubá I, et al. Out-of-hospital cardiac arrest from air embolism during sexual intercourse: case report and review of the literature. *Resuscitation*. 2007;73(3):475-84.
95. Batman PA, Thomlinson J, Moore VC, Sykes R. Death due to air embolism during sexual intercourse in puerperium. *Postgrad Med J*. 1998;74(876):612-3.
96. Sánchez JM, Milam MR, Tomlinson TM, Beardslee MA. Cardiac troponin I elevation after orogenital sex during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 2):487-9.
97. Brown HL. Air embolism during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 2):481-2.

98. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208.
99. Oviedo HC, Campo-Arias A. An Approach to the Use of Cronbach's Alfa. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34(4):572-80.
100. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health.* 1989;79:340-9.
101. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html> (consultado 10 de enero de 2015).
102. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Oviedo, 4 de abril de 1997. <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf> (consultado 10 de enero de 2015).
103. Ley Orgánica 15/1999, 13 diciembre, Protección de Datos de Carácter Personal <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> (consultado 10 de enero de 2015)
104. Escudero R, Florido J, Cruz M, Consuegra A, Caño A, Carretero P. Sexual behaviour in pregnancy. Preliminary communication. En: 14th International Conference of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Edinburgh (Scotland): Medimond; 2004.p.213-7.
105. Escudero Rivas R, Garrigosa Romero L, Carretero Lucena P, Cruz Martínez M, Pardillo Pilar S. Influencia de variables sociodemográficas en las modificaciones de la sexualidad durante la gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48(2):1249-53.
106. Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J.* 2005;16:263-7.
107. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three

- trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med.* 2011;8:2859-67.
108. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015;12(2):445-54.
 109. Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 1981;88:882-9.
 110. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:591-8.
 111. Gruszecki L, Forchuk C, Fisher WA. Factors associated with common sexual concern in women: New findings from the Canadian contraception study. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2005;14:1-13.
 112. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998;47(4):305-8.
 113. Berghella V, Klebanoff M, McPherson C, Carey JC, Hauth JC, Ernest JM, et al. Sexual intercourse association with asymptomatic bacterial vaginosis and *Trichomonas vaginalis* treatment in relationship to preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1277-82.
 114. Neilson JP, Mutambira M. Coitus, twin pregnancy, and preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160:416-8.
 115. Yost NP, Owen J, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA 3rd; National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network. Effect of coitus on recurrent preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):793-7.
 116. Torkestani F, Hadavand SH, Khodashenase Z, Besharat S, Davati A, Karimi Z, et al. Frequency and Perception of Sexual Activity during Pregnancy in Iranian Couples. *Int J Fertil Steril.* 2012;6(2):107-10.
 117. Petridou E, Salvanos H, Skalkidou A, Dessypris N, Moustaki M, Trichopoulos D. Are there common triggers of preterm deliveries? *BJOG.* 2001;108:598-604.

-
118. Rayburn WF, Wilson EA. Coital activity and premature delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;137:972-4.
 119. Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:514-9.
 120. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994;101(1):22-8.
 121. Allen RE, Hosker GL, Smith AR, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97(9):770-9.
 122. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(8):1227-31.
 123. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(5):430-6.
 124. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth.* 2005;32(4):306-11.
 125. De Souza A, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira C, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG.* 2015;122(10):1410-8.
 126. Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res.* 2015;27(3):118-20.
 127. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;288(4):785-92.
 128. Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth.* 2008;35(2):98-106.

129. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;124(1):42-6.
130. Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *Int J Impot Res.* 2007;19(4):358-65.
131. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M; Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191(3):917-27.
132. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66(1):1-7.
133. Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role? *Prog Urol.* 2012;22(4):225-32.
134. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2003;348(10):946-50.
135. Bozkurt M, Yumru AE, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014;53(4):452-8.
136. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005; 293(17):2141-8.
137. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(6):654-61.
138. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F, et al. Prospective study to assess risk factor for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87:313-8.

