



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de educación afectivo-sexual
durante el embarazo y el puerperio:
desmontando mitos

Affective-sexual education program
during pregnancy and puerperium:
dispelling myths

Autora

Cristina Vicente Martínez

Directora

Piedad Gómez Torres

Facultad de Ciencias de la Salud
2023/2024

A mi directora, Piedad Gómez, por su empeño y acompañamiento.

A mis padres, por apoyarme y hacerlo posible.

Y a mi hermana Beatriz, por ser mi ejemplo cada día.

Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Justificación	4
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	7
DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN	9
Análisis de la situación	9
Población diana.....	10
Recursos empleados para el desarrollo del PES.....	11
Presupuesto del PES.....	11
Estrategia de captación	12
Desarrollo de las sesiones	13
Sesión 1: Bienvenida e introducción.....	13
Sesión 2: ¡Que caigan los mitos del primer trimestre!	15
Sesión 3: ¡Mejor en compañía!	16
Sesión 4: La ruleta del saber	18
Sesión 5: ¡Jugando a desmontar creencias!	19
Cronograma	20
Evaluación	21
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	30
Anexo 1: Cartel informativo Programa de Educación afectivo-sexual	30
Anexo 2: Tríptico informativo Programa de Educación afectivo-sexual	31
Anexo 3: Cuestionario inicial (sesión N°1) del PES	32
Anexo 4: Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)	36
Anexo 5: “Mood Tracker”	37
Anexo 6: Juego “¡Caída Libre!”.....	38
Anexo 7: Instrucciones actividad “Nuestras emociones hechas palabras”	39
Anexo 8: Newsletter	39
Anexo 9: Cuestionario Sesión Número 3	41
Anexo 10: Clase Mindfulness sesión Número 3	43
Anexo 11: Presentación “Comunicación Asertiva” Sesión N°3	44
Anexo 12: Actividad “La ruleta nos pregunta...¿mito o realidad?”	45

Anexo 13: Carteles “Mito” o “Realidad”	45
Anexo 14: Explicación mitos del juego “La ruleta”	46
Anexo 15: Presentación “Autoestima sexual”	47
Anexo 16: Kahoot sesión N°5	48
Anexo 17: Cuestionario de satisfacción final.....	49

RESUMEN

Introducción: La sexualidad es un proceso complejo que el ser humano desarrolla a lo largo de las distintas etapas vitales, viéndose influenciado por diversos aspectos fisiológicos, sociales, relaciones y/o psicológicos. Así pues, uno de los momentos de mayor impacto en la vida de las mujeres es la gestación y el postparto, en los que se producen cambios en todas las esferas mencionadas. Además, la salud sexual durante los mismos continúa rodeada de creencias y mitos populares que otorgan una visión negativa de la sexualidad. A este último aspecto se suma el hecho de que la educación afectivo-sexual impartida por los profesionales de la salud sobre cómo desarrollar la vida sexual durante la etapa gestacional y tras ésta no es suficiente. Por ello, las enfermeras tienen un papel fundamental para dotar a las mujeres de las herramientas y los conocimientos necesarios para vivir una sexualidad positiva, abordando las distintas emociones que aparecen a lo largo de este proceso de readaptación durante el embarazo y postparto.

Objetivo: Diseñar un programa de educación afectivo-sexual dirigido a mujeres gestantes e impartido por un equipo multidisciplinar que trate, de manera integral, los diferentes aspectos que giran en torno a la sexualidad de las mujeres durante el embarazo y el puerperio.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud. Una vez obtenida la información y revisada la última evidencia sobre la perspectiva actual de la vivencia de la sexualidad durante la gestación y después de la misma, se ha diseñado un programa de educación afectivo-sexual enfocado en el desarrollo de una sexualidad positiva durante esta etapa vital de las mujeres.

Conclusiones: Las creencias que siguen vigentes en la sociedad sobre las relaciones sexuales en la etapa gestacional y post-gestacional continúan ejerciendo un impacto negativo en el desarrollo de la sexualidad de las mujeres, lo que tiene consecuencias emocionales y/o relaciones, entre otros ámbitos. Por ello, la formación y educación es clave para lograr desmitificar dichas creencias, logrando que los miedos se minimicen y se viva la sexualidad de una manera satisfactoria.

Palabras clave: enfermería, educación sexual, gestación, período postparto, sexualidad positiva, mitos y creencias.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is a complex process that human beings develop throughout the different stages of life, being influenced by different aspects, such as physiological, social, relational and/or psychological. Thus, one of the moments of greatest impact in women's lives is pregnancy and postpartum, when changes occur in all the aforementioned spheres. In addition, sexual health during this stages continues to be surrounded by popular beliefs and myths that give a negative view of sexuality. This last aspect added to the fact that the affective-sexual education provided by health professionals on how to develop a sex life during and after the gestational stage is not sufficient. For this reason, nurses have an essential role to play in providing women with the necessary tools and knowledge to live a positive sexuality, addressing the different emotions that appear along this process of readaptation during pregnancy and postpartum.

Objective: To design an affective-sexual education program aimed at pregnant women and taught by a multidisciplinary team that addresses, in a comprehensive method, the different aspects that revolve around women's sexuality during pregnancy and puerperium.

Methodology: A bibliographic search has been carried out in different databases of Health Sciences. Once the information was obtained and the latest evidence on the current perspective on the experience of sexuality during and after pregnancy was reviewed, an affective-sexual education program focused on the development of a positive sexuality during this vital stage of women was designed.

Conclusions: The beliefs that still live on in society about sexual relations in the gestational and post-gestational stage carry on having a negative impact on the development of women's sexuality, which has emotional and/or relational consequences, among others. Therefore, training and education are the key to demystify these beliefs, minimize fears and allow women to experience sexuality in a satisfactory way.

Keywords: nursing, sex education, pregnancy, postpartum period, positive sexuality, myths and beliefs

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una condición inherente al ser humano. El concepto social de la misma ha ido ampliándose a lo largo de la historia; desde la prehistoria, cuyo único fin era perpetuar la especie, hasta la actualidad, en la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *“el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos y religiosos o espirituales”*, haciendo especial hincapié en el concepto de salud sexual como *“un estado físico, emocional, mental y social de bienestar relacionado con la sexualidad; no siendo simplemente la ausencia de trastorno, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). Así pues, la sexualidad es un proceso de naturaleza compleja influido por factores bio-psico-sociales que requieren un abordaje integral de la misma (Rodríguez & Sueiro, 2017). Dichos aspectos son variados, como uno de los más desafiantes, el período gestacional, por ser una de las etapas de mayor impacto a nivel tanto físico como emocional en la vida de una mujer (García, 2014).

La llegada de la maternidad causa una readaptación en todas las esferas vitales (Rodríguez, 2013). Los cambios que sufre la mujer a lo largo del embarazo tienen un efecto sustancial en el desarrollo de la vida sexual durante el transcurso de los meses gestacionales y los posteriores, pues se estima que pueden persistir, como mínimo, hasta entre tres y seis meses postparto (Jaramillo et al., 2021). Dichas alteraciones no están limitadas únicamente a la esfera física y/o fisiológica, ya que también comprenden el ámbito psicológico, relacional, cultural y social (Maiellano, 2020), afectando, directamente, a la manera de experimentar la sexualidad durante este período. Se estima que entre el 83 y el 100% de las mujeres primigestas presenta un descenso de la frecuencia de la actividad sexual durante el embarazo, porcentaje que desciende a más del 60% durante el primer año postparto (Wallwiener et al., 2017). A dichos datos debemos añadir, además, que la gestación aumenta el riesgo de experimentar cambios que pueden incidir negativamente en la salud sexual de la mujer, para lo que es requerido una readaptación de la misma a lo largo de esta etapa (Maiellano, 2020).

En lo concerniente a las modificaciones producidas, y su influencia en la sexualidad de las

mujeres, cabe mencionar varios tipos. En primer lugar, en lo que respecta a la fisiología, destaca la presencia de cambios hormonales, tales como el aumento de la progesterona, los estrógenos, la gonadotropina coriónica humana y la prolactina, que son responsables tanto de modificaciones físicas; como del aumento de la excitabilidad y sensibilidad de las mamas, y de la congestión del tejido vaginal y vulvar, causando que estímulos que antes se percibían como placenteros, ahora puedan resultar dolorosos (Soria, 2012). Como de cambios emocionales; destacando la labilidad emocional con tendencia a la oscilación desde la tristeza, ansiedad e incluso la incertidumbre hasta la emoción y la alegría (Silveira et al., 2013). Este hecho conlleva que, en algunos casos, el deseo sexual se encuentre disminuido, fundamentalmente, en el primer trimestre, pues es cuando la mujer comienza a experimentar una mayor adaptación tanto física como psicológica a su estado (Maiellano, 2020). Estos cambios hormonales tienen repercusión, además, a otros niveles, siendo los causantes de alteraciones en distintos aparatos; gastrointestinalmente, aparecen síntomas que afectan a un gran porcentaje de las mujeres embarazadas (Carrillo et al., 2021); en el sistema cardiovascular, se producen cambios que pueden derivar en un aumento considerable del nivel de fatiga de la mujer (Vázquez et al., 2017); en el aparato genitourinario, destaca la prevalencia de la afección del suelo pélvico que tiene un papel clave tanto en el posible desarrollo de incontinencia urinaria, fundamentalmente tras el parto, como en el mantenimiento de las relaciones sexuales (García et al., 2012).

En este caso, es imprescindible hablar, además, sobre los factores que influyen en la sexualidad de la gestante. Masters y Johnson (1996), propusieron un modelo en el que determinaron que la respuesta sexual consta de cuatro fases; una primera de excitación, seguida de la fase de meseta, continuada por la fase de orgasmo y finalizada con la llamada fase de resolución. En 1979, el concepto fue ampliado por Kaplan, quien añadió la fase de deseo (Cámara, 2023). En 2009, Perelman expuso un nuevo modelo en el que proponía que la respuesta sexual no es un proceso lineal, sino que es un equilibrio entre dos componentes, la excitación y la inhibición. Dentro de estos dos elementos, existen a su vez los factores mentales (M) y los factores físicos (P), que harán que la excitación y la inhibición se vean potenciadas o disminuidas, obteniendo constantemente una inclinación hacia un lado u otro de la “balanza” en dependencia de los elementos condicionantes (Perelman, 2018). En lo concerniente a la mujer embarazada, es frecuente que la respuesta sexual se vea influenciada por los diversos aspectos mencionados, de manera que, pese a que es común que se produzcan oscilaciones, fluctuando entre una

primera tendencia a verse inhibida en los primeros meses de embarazo, seguida de un aumento de la misma, generalmente asociada al descenso del malestar físico, la aclimatación a la nueva situación o la reducción del temor a dañar al feto, y terminando, de nuevo, con una inhibición derivada de la incomodidad corporal o el miedo a desencadenar un parto prematuro, dichas variaciones pueden ser trabajadas de una manera integral, atendiendo a los diversos factores que interfieren en ellas (Maiellano, 2020). En relación con la fase de excitación y meseta de Masters y Johnson (1996), éstas podrían alterarse por factores físicos como la aparición de dispareunia asociada a la vasocongestión, entre otros. Finalmente, la fase orgásmica en la mujer gestante parece que suele presentar cierta dualidad. Por un lado, algunos autores indican que está caracterizada por cursar con una serie de contracciones musculares que, en esta etapa, pueden causar temor por las creencias populares de que pueden provocar daños o hemorragias que interfieran en el desarrollo normal del embarazo (Rodríguez & Sueiro, 2017). Y, por otro lado, el cóctel hormonal que se produce en la mujer gestante ocasiona un incremento de la lubricación vaginal, y con ello, de la excitación y la frecuencia orgásmica (Delbono, 2018), sin perder de vista que las maneras de alcanzar el orgasmo son diversas y abarcan más allá del coito. Sin embargo, comúnmente, dicha propensión al orgasmo se ve disminuida en las semanas previas al parto (Rivas et al., 2017).

Por último, en lo concerniente a la sexualidad tras el parto, destaca que, durante el puerperio, se produce un estado hormonal caracterizado, por un lado, por una disminución de algunas de las hormonas sexuales tales como los estrógenos, y, por otro lado, por un aumento de la prolactina, lo que conlleva a que, unido a otras variables como pueden ser la lactancia materna, el miedo (al dolor, a un nuevo embarazo, etc.), o la adopción del rol materno, pueden hacer que la excitación sexual se vea relegada a un segundo plano (Wallwiener et al., 2017). Sin embargo, el abordaje integral con un enfoque holístico de cada situación individual, basado en la educación y la comunicación pueden lograr que la relación se vea favorecida e incluso potenciada (Delbono, 2018).

Justificación

A lo largo de la historia, ha sido escaso el número de estudios centrados en la sexualidad femenina más allá del ámbito reproductivo, siendo ignorados los múltiples aspectos que intervienen en ella. Por ello, la vivencia de la sexualidad durante la gestación ha pasado inadvertida hasta hace apenas unos años, siendo un tema tabú rodeado de mitos y creencias erróneas que han llevado a que la embarazada sea vista incluso como un ser carente de placer sexual (Rodríguez & Sueiro, 2017), pasando a prevalecer el rol materno y sus necesidades derivadas sobre el de mujer y sus propias necesidades (Panea et al., 2019).

Durante la gestación, la mayoría de las mujeres refieren que la información recibida por parte de los profesionales sanitarios sobre sexología es insuficiente (Piñero et al., 2011), pues es prácticamente unánime la cantidad de estudios que demuestran la escasez de ésta, concluyendo que una educación adecuada disminuye el riesgo de desarrollar una disfunción sexual durante el embarazo, y que puede incluso persistir después del mismo (Maiellano, 2020). El elevado número de mujeres que refieren que toda la educación sexual adquirida ha sido por fuentes ajenas a profesionales, hace reflexionar acerca de la necesidad de que exista una figura sanitaria referente en salud sexual. Un estudio realizado en 2012 en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza, estableció que un porcentaje notablemente alto de mujeres habían recurrido, a falta de un profesional al que acudir, a resolver sus dudas a través de amigos (47%), webs de Internet (30%) o incluso no llegar a solventar dichas cuestiones (12%) (Rodríguez & Ramón, 2013).

A la deficiencia en la educación proporcionada, se une que, aún hoy en día, siguen vigentes en nuestra sociedad algunos mitos sobre las prácticas sexuales durante la gestación. Entre los más comunes podemos encontrar algunos como que el sexo puede provocar daños tales como una infección que repercute en el desarrollo del feto, causar un parto pretérmino tanto por las contracciones que provoca el orgasmo, como por las hormonas liberadas durante el mismo (Álvarez et al., 2016) o que mantener relaciones durante la lactancia materna puede deteriorar la cantidad de producción de ésta (Vargas et al., 2020). Todo ello hace que el riesgo de que se presente una disfuncionalidad ocasionada por la desinformación sea más elevado (Guillemat, 2015). Para evitarlo, el papel de los profesionales sanitarios, incluyendo las enfermeras, es crucial, ya que dispone de la formación y las estrategias necesarias para la realización de una educación completa con un abordaje integral tanto de la gestante como de su pareja, en caso

de que la haya (Paredes & Chipantiza, 2023).

Atendiendo a todas las razones mencionadas, se considera necesaria la elaboración de un programa de educación afectivo-sexual llevado a cabo por un equipo multidisciplinar en el que se incluyen profesionales enfermeras en Atención Primaria (AP) y especialistas en sexología y fisioterapia, dirigido a mujeres embarazadas y en el postparto.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un programa de educación afectivo-sexual con el objetivo de adquirir una percepción positiva respecto a la vivencia de la sexualidad en mujeres en período gestacional y puerperal.

Objetivos específicos

- Formar sobre los cambios que se producen durante el embarazo y el posparto y cómo afectan a la esfera sexual de las mujeres.
- Instruir sobre métodos para la vivencia de una sexualidad positiva, basada en un abordaje integral para la búsqueda del placer y la satisfacción.
- Conocer las creencias que ejercen un impacto negativo en el desarrollo de la sexualidad de las gestantes y tratarlas con un enfoque holístico.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del Programa de Educación para la Salud (PES), se ha realizado, en primer lugar, una búsqueda bibliográfica, pues para abordar la cuestión correspondiente, debemos basarnos en la última evidencia científica al respecto. Una vez realizada dicha búsqueda, se ha elaborado el PES dirigido a mujeres en período de gestación.

En lo que concierne a dicha búsqueda, se realizó en diversas bases de datos de ciencias de la salud, tales como PubMed, Google Académico, Scielo, ScienceDirect y ENFISPO. Además de dichas bases, se ha recurrido, también a páginas web institucionales y recursos online tales como Canva y NNNConsult, entre otros (Tabla 1).

Tabla 1: Recursos online utilizados.

RECURSO ONLINE UTILIZADO	ENLACE AL RECURSO
<i>NNNConsult</i>	https://www.nnnconsult.com/
<i>Canva</i>	https://www.canva.com/
<i>Genially</i>	https://genial.ly/es/?logout=true
<i>Substack</i>	https://substack.com/home
<i>Kahoot</i>	https://kahoot.com/
<i>Spin The Wheel</i>	https://spinthewheel.io/es

Fuente: elaboración propia.

Para realizar la mencionada revisión, se determinaron unas palabras clave basadas en los términos Medical Subject Headings (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), que fueron las siguientes: “período posparto”, “sexualidad”, “embarazo”, “salud sexual” y “educación sexual”. Y terminología libre, destacando las palabras “mujer embarazada” “vida sexual”, “mitos”, “creencias”, “gestación”, “gestante”, “puerperio” y “posparto”. Dichas palabras clave fueron buscadas tanto en inglés como en español y se combinaron con el operador booleano “AND” (Tabla 2).

Tabla 2: Estrategia de búsqueda en las bases de datos utilizadas.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE UTILIZADAS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PubMed	“Sexuality”, “Pregnancy”, “Postpartum Period” “Sex Education”, “Pregnant Women”	13	3
Google Académico	“Salud sexual”; “Posparto”; “Embarazo” “Vida sexual”; “Puerperio”, “Sexualidad”; “Posparto” “Embarazo”	26	10
Scielo	“Sexualidad”, “Gestante”, “Salud sexual”, “Educación sexual”, “Puerperio”	16	4
ScienceDirect	“Mitos”, “Sexualidad”, “Gestación”	3	1
ENFISPO	“Educación sexual”, “Sexualidad”, “Gestación”, “Embarazo”, “Mito”, “Mujer embarazada”, “Creencia”	5	3

Fuente: elaboración propia.

Como criterios de inclusión para la selección de los artículos se ha tomado en consideración, primeramente, la antigüedad de éstos, escogiendo aquellos publicados desde 2010. Otros criterios han sido el idioma, descartando aquellos cuyo idioma fuera diferente al castellano o inglés, y aquellos que fueran artículos incompletos y/o de acceso restringido. Además, la población diana se ha limitado a mujeres gestantes (Tabla 3).

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
Artículos publicados en los últimos 14 años (2010-2024)	Artículos publicados con anterioridad al año 2010
Artículos en español e inglés	Artículos cuyo idioma de publicación sea diferente al español e inglés
Artículos <i>free full text</i>	Artículos incompletos, de acceso restringido y/o con acceso únicamente al <i>Abstract</i>
Artículos cuya población diana sean mujeres gestantes y/o puérperas	Artículos cuya población diana sea diferente a la mencionada

Fuente: elaboración propia.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN

Análisis de la situación

Para elaborar el PES y realizar un análisis de la situación desde un abordaje con perspectiva enfermera, se ha recurrido a la taxonomía NANDA, NIC y NOC, siglas que corresponden a la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), respectivamente, que quedan recogidos en las tablas 4 y 5.

Tabla 4: Diagnóstico de Enfermería I, NIC y NOC relacionados.

DxE [00126]			
Conocimientos deficientes R/C desinformación M/P declaraciones incorrectas sobre un tema.			
NOC	[1839] Conocimiento: función sexual durante el embarazo y el posparto	I N D I C A D O R E S	[183910] Cambios potenciales en el deseo y en la respuesta sexual. [183917] Prácticas sexuales seguras.
	[1818] Conocimiento: salud maternal en el puerperio		[181814] Reanudación de la actividad sexual. [181828] Cuándo obtener ayuda de un profesional sanitario.
NIC	[5248] Asesoramiento sexual	A C T I V I D A D E S	Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual. Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.
			Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal, según corresponda.
			Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.
	[6930] Cuidados posparto		Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5: Diagnóstico de Enfermería II, NIC y NOC relacionados.

DxE [00065]		
Patrón de sexualidad ineficaz R/C alternativas sexuales estratégicas inadecuadas M/P alteración del rol sexual.		
NOC	[1200] Imagen corporal	I N D I C A D O R E S
		[120007] Satisfacción con el aspecto corporal. [120005] Prácticas sexuales seguras.
NIC	[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida	C A D O R E S
		[130517] Controla el impacto psicosocial del cambio. [130522] Expresa aceptación del nuevo rol.
NIC	[5248] Asesoramiento	A C T I V I D A D E S
		Favorecer la expresión de sentimientos.
		Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
		Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la autoconciencia del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, según corresponda.
		Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
NIC	[5230] Mejorar el afrontamiento	
		Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
		Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

Fuente: elaboración propia.

Población diana

La población diana elegida para participar son mujeres que se encuentren en el primer trimestre de gestación, de manera que puedan aprovechar cada una de las sesiones, ya que se abordarán todas las etapas de embarazo, pertenecientes al Sector II de Salud de Zaragoza, concretamente al Centro de Salud (CS) San José Norte y que tengan inquietud en formarse

sobre la sexualidad en esta etapa de su vida. El programa tendrá capacidad para quince participantes.

Recursos empleados para el desarrollo del PES

El programa se realizará, como se ha mencionado anteriormente, en el CS San José Norte, que cuenta con una sala multiusos con capacidad para entre veinte y treinta personas y que está dotada con el mobiliario básico necesario como sillas, proyector y mesas.

En cuanto a los recursos materiales, necesitaremos fundamentalmente, la impresión de los documentos para las sesiones (carteles, folletos, cuestionarios...etc.) y material de oficina. Todo ello queda recogido en la tabla 6.

En lo relativo a los recursos humanos, el PES será dirigido por la enfermera de Atención Primaria que constará como docente principal del programa, y contará con la colaboración de otras profesionales de la salud tales como una sexóloga experta en salud y terapia sexual y una fisioterapeuta especializada en suelo pélvico, así como con la enfermera especialista en salud mental y la matrona del propio centro.

Presupuesto del PES

Atendiendo a todos los recursos expuestos anteriormente, en la tabla 6 se detalla el presupuesto concreto del PES con el coste de cada uno de ellos.

Tabla 6: Presupuesto del Programa de Educación para la Salud.

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTE/UNIDAD	TOTAL
<i>Carteles informativos</i> (A3)	4	0.20€/unidad	0.8€
<i>Tríptico informativos</i>	25	0.16€/unidad	4€
<i>Sala del Centro de Salud</i>	1	Proporcionada por el centro	-
<i>Ordenador</i>	1	Proporcionado por el centro	-
<i>Proyector</i>	1	Proporcionado por el centro	-
<i>Ovillo de lana</i>	1	0.85€/unidad	0.85€

Tabla 6: Presupuesto del Programa de Educación para la Salud (continuación).

Cuestionario inicial	15	0.12€/unidad	1.8€
Escala Índice de Función Sexual Femenino	15	0.16€/unidad	2.4€
Mood Tracker	15	0.16€/unidad	2.4€
Folios	15	Proporcionados por el centro	-
Bolígrafos	15	Proporcionados por el centro	-
Newsletter	Recursos proporcionados por el centro. Tiempo de las profesionales ya incluido en remuneración del PES.		
Cuestionario sesión 3	30	0.08€/unidad	2.4€
Palillos de colores	1 set de 250 unidades	2.85€/unidad	2.85€
Cintas de colores	5	1.38€/unidad	6.9€
Celo	1 set de 3 unidades	1.26€/unidad	1.26€
Esterillas	15	Proporcionadas por el centro	-
Carteles “Verdad” y “Mito” (A5)	30	0.05€/unidad	1.5€
Enfermera	6 horas	35€/hora	210€
Enfermera especialista en SM	2 horas 15 minutos	35€/hora	78.75€
Matrona	2 horas	35€/hora	70€
Sexóloga	1 hora	50€/hora	50€
Fisioterapeuta	1 hora	50€/hora	50€
TOTAL	485.91€		

Fuente: elaboración propia.

Estrategia de captación

Para lograr captar a la población diana ya citada previamente, se colgarán en los diferentes tablones del centro carteles informativos (Anexo 1), que contarán con todos los datos necesarios y la manera de inscribirse al programa unas semanas antes de comenzar con las

actividades. Además, se realizará una reunión informativa con todos los profesionales del centro de salud con el objetivo de explicarles el programa y hacerles entrega de los trípticos (Anexo 2) que podrán proporcionar a aquellas pacientes que consideren aptas para participar en el programa. Cada tríptico incluirá un código QR para poder inscribirse directamente.

Desarrollo de las sesiones

El PES contará con cinco sesiones que se realizarán a lo largo del mes de junio, siguiendo el cronograma expuesto en la tabla 12.

Sesión 1: Bienvenida e introducción

La sesión comenzará con la presentación de la enfermera responsable y dando la bienvenida a nuestras participantes, haciendo una breve exposición de cómo se va a desarrollar el programa. Posteriormente, se realizará una dinámica grupal llamada “*La telaraña*” para crear un clima de confianza y conocerse entre ellas.

Una vez roto el hielo, se realizará un cuestionario inicial (Anexo 3) para valorar distintos aspectos (temores, expectativas, creencias) sobre el tema que nos concierne y que será utilizado como base para las sesiones posteriores.

Seguidamente, las actividades que se llevarán a cabo son una *Brainstorming* sobre los cambios durante la gestación, la cumplimentación de una escala de valoración llamada *Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)* (Anexo 4), y, para terminar, se realizará entrega de una herramienta llamada *Mood Tracker* (Anexo 5) y se explicará su funcionamiento.

Todas las actividades de esta sesión quedan explicadas en la carta descriptiva de la Sesión 1 (Tabla 7).

Tabla 7: Carta descriptiva sesión número I.

Sesión I-Bienvenida	
Profesional/es responsable/s	Enfermera responsable del Centro de Salud.
Fecha y duración	Miércoles 5 de junio de 2024, de 10h a 12h.

Tabla 7: Carta descriptiva sesión número I (continuación).

Actividades	Bienvenida y presentación (5 minutos)	La enfermera dará la bienvenida a las participantes y se realizará una presentación del programa y el cronograma que seguiremos.
	Juego “La telaraña” (10 minutos)	Con un ovillo de lana, se deben poner en círculo, de manera que la enfermera le entregará a una de ellas el ovillo. La usuaria tomará la punta, y nos hará una breve presentación de ella. A continuación, le lanzará el ovillo a otra participante, que deberá hacer lo mismo, hasta que todas ellas queden enredadas formando una red. Una vez construida la telaraña, se debe hacer lo mismo, pero en sentido inverso, y esta vez cada una de ellas comentará su principal miedo, preocupación y/o cómo se sienten respecto a la vida sexual durante la gestación, logrando, al final, que se liberen de dicha red.
	Cuestionario inicial (20 minutos)	Las participantes cumplimentarán el cuestionario de evaluación inicial (Anexo 3).
	Brainstorming (50 minutos)	Las usuarias harán una enumeración de los cambios que se producen durante el embarazo y el puerperio a todos los niveles (fisiológicos, emocionales, sociales, relaciones, sexuales...etc.), de manera que la enfermera irá explicando cada uno de ellos conforme se vayan nombrando, relacionando cómo pueden afectar a la vida sexual de la mujer. Se explicará, también, la fisiología del ciclo sexual femenino en mujeres no gestantes, y cómo la llegada del embarazo puede influir en él.
	Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) (20 minutos)	Cumplimentación del <i>FSFI</i> que deberán llenar dos veces; una, respondiendo conforme a la puntuación que hubieran dado antes de estar embarazadas, y otra en el momento actual, con el objetivo de comparar cómo han sido estos cambios y en qué se han visto mayormente afectadas (Anexo 4).
	Mood Tracker (15 minutos)	Consiste en un registro del estado de ánimo, que se deberá hacer diariamente a lo largo de la semana para ser comentado y valorado en las sesiones posteriores (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

Sesión 2: ¡Que caigan los mitos del primer trimestre!

En la segunda sesión se abordarán los principales mitos y creencias que existen en torno a la sexualidad en el primer trimestre de embarazo. Para ello, se realizará el juego “*¡Caída libre!*” (Anexo 6).

Posteriormente, contaremos con la presencia de la enfermera especialista en salud mental del centro, con la que realizaremos una actividad llamada “*Nuestras emociones hechas palabras*” (Anexo 7). Seguidamente, se realizará una puesta en común, y la enfermera ofrecerá instrumentos y herramientas para poder trabajar los sentimientos que hayan aparecido con mayor frecuencia en las participantes.

Por último, se les ofrecerá una suscripción a una *Newsletter*, herramienta creada en conjunto por el equipo del centro de salud en la que, en los próximos meses, cada dos o tres semanas, recibirán un correo con una serie de recomendaciones, consejos y recursos para abordar la nueva situación de nuestras usuarias (Anexo 8). Todas las actividades de esta sesión quedan explicadas en la carta descriptiva de la Sesión 2 (Tabla 8).

Tabla 8: Carta descriptiva sesión número II.

Sesión II - <i>¡Que caigan los mitos!</i>	
<i>Profesional/es responsable/s</i>	Matrona. Enfermera especialista en Salud Mental.
<i>Fecha y duración</i>	Martes 11 de junio de 2024, de 10h a 12h.
<i>Actividades</i>	Juego “Caída Libre” (45 minutos) Realización de un juego interactivo basado en el programa de televisión “ <i>Ahora Caigo</i> ” en el que las participantes responden una serie de preguntas sobre el sexo en el primer trimestre de embarazo. Si responden correctamente, sus jugadores seguirán en pie, pero, si se equivocan ¡caerán por la trampilla! (Anexo 6).
	Actividad “Nuestras emociones hechas palabras” Se realizará una valoración del <i>Mood Tracker</i> entregado en la sesión anterior, y, a partir de las emociones que han sentido durante estos días, las usuarias deberán crear una historia y, posteriormente, plasmarla mediante un dibujo, figura o elemento

Tabla 8: Carta descriptiva sesión número II (continuación).

	(45 minutos)	que consideren representativo (Anexo 7).
	Suscripción a la Newsletter (20 minutos)	Se explicará a las participantes cómo realizar la suscripción a la <i>Newsletter</i> creada por las profesionales sanitarias del CS, a través de la cual recibirán un email con información, recomendaciones y recursos que puedan servirles de ayuda (ejercicios, libros, podcast, programas...etc.). Se recibirán diez correos en total (Anexo 8).
	Ronda de preguntas (10 minutos)	Los últimos 5-10 minutos se dedicarán a responder preguntas o inquietudes, en caso de que las haya.

Fuente: elaboración propia.

Sesión 3: ¡Mejor en compañía!

En esta sesión pediremos a las participantes que traigan un acompañante, preferiblemente, su pareja. En caso de que la mujer no tenga pareja y/o no pueda acudir, puede ser cualquier persona cercana a ella (amigos/as, familiares...etc.).

Algunas de las emociones más frecuentes en las gestantes son el miedo o ansiedad frente a esta nueva situación (Silveira et al., 2013), siendo relevante comprender que también se producen cambios psicológicos en las personas que conforman el entorno de la mujer, fundamentalmente, en sus parejas (Piñero et al., 2011). Por ello, esta sesión tiene el objetivo de abordar dichas sensaciones, mejorar la comprensión y favorecer la comunicación.

Comenzaremos con un cuestionario que se proporcionará tanto a las participantes como a sus acompañantes (Anexo 9). Posteriormente, realizaremos una primera actividad, llamada “*¡Constrúyeme!*” cuyo objetivo es trabajar la confianza entre ellos.

Seguidamente, se realizará una clase de *Mindfulness* impartida por nuestra enfermera de salud mental en la que se procederá, por parejas, a hacer una serie de ejercicios de relajación y respiración (Anexo 10).

Por último, se efectuará una presentación sobre la comunicación asertiva y técnicas para mejorarla (Anexo 11). Todas las actividades de esta sesión quedan explicadas en la carta descriptiva de la Sesión 3 (Tabla 9).

Tabla 9: Carta descriptiva sesión número III.

Sesión III- ¡Mejor en compañía!	
Profesional/es responsable/s	Enfermera responsable del Centro de Salud. Enfermera especialista en Salud Mental del CS.
Fecha y duración	Jueves 13 de junio de 2024, de 10h a 12h.
Actividades	<p>Realización del cuestionario (10 minutos)</p> <p>Cumplimentación del cuestionario (Anexo 9).</p> <p>Juego “Constrúyeme” (10 minutos)</p> <p>Cada participante y su pareja deberán construir algún elemento a partir de materiales básicos que serán proporcionados por la enfermera (palillos, cintas, cartulina...etc.). El objetivo de esta actividad es que las parejas trabajen la comunicación, la coordinación y la negociación, poniéndose de acuerdo para realizar su proyecto. Se les dará aproximadamente diez minutos para realizar la construcción, y, posteriormente, se pondrá en común qué han elaborado, por qué han tomado esa decisión y a qué retos/desafíos se han enfrentado durante la misma (falta de comunicación, desacuerdos...etc.) así como la manera en la que lo han resuelto. Mientras tanto, la enfermera dará unas herramientas para poder gestionar los desafíos e inconvenientes que surjan en el día a día.</p> <p>Clase Mindfulness (45 minutos)</p> <p>Se realizará una clase con ejercicios de respiración, relajación y yoga en pareja (Anexo 10).</p> <p>Actividades de comunicación abierta (45 minutos)</p> <p>Mientras se lleva a cabo la sesión de <i>Mindfulness</i>, la enfermera leerá los cuestionarios cumplimentados al principio, y hará una valoración de los sentimientos, miedos y tabúes más importantes que han sido detectados, de manera que puedan ser abordados en la sesión, realizando, además, una presentación sobre la comunicación asertiva y técnicas</p>

Tabla 9: Carta descriptiva sesión número III (continuación).

		para mejorarla (Anexo 11).
Ronda de preguntas (10 minutos)		Los últimos 5-10 minutos se dedicarán a responder preguntas o inquietudes, en caso de que las haya.

Fuente: elaboración propia.

Sesión 4: La ruleta del saber

En esta sesión se abordarán los principales mitos que existen sobre cómo se vive la sexualidad durante los últimos trimestres de embarazo. Para ello, primero se realizará el juego “*La ruleta nos pregunta ¿mito o realidad?*” en la que se proyectan una serie de afirmaciones sobre las cuales las usuarias deben votar si creen que son verdaderas o falsas, para posteriormente explicar cada una de ellas (Anexo 12, 13 y 14).

En la segunda parte de esta sesión contaremos con la visita de una sexóloga que nos realizará una presentación sobre la autoestima sexual (Anexo 15).

Todas las actividades de esta sesión quedan explicadas en la carta descriptiva de la Sesión 4 (Tabla 10).

Tabla 10: Carta descriptiva sesión número IV.

Sesión IV-La ruleta del saber	
Profesional/es responsable/s	Enfermera responsable del Centro de Salud. Sexóloga experta en terapia sexual.
Fecha y duración	Martes 18 de junio de 2024, de 10h a 12h.
Actividades	Juego “La ruleta nos pregunta... ¿mito o realidad?” (50 minutos) Consiste en la proyección de una ruleta de la suerte (Anexo 12) que contiene una serie de creencias populares sobre la vida sexual durante la gestación, concretamente durante los dos últimos trimestres de la misma. La ruleta girará, sacando, de manera aleatoria, dichas afirmaciones, de forma que las participantes tendrán que votar, a través de unos carteles que se les entregará (Anexo 13) si creen que la afirmación es un mito o verídica. Conforme vayan saliendo, se irán explicando uno a uno

Tabla 10: Carta descriptiva sesión número IV (continuación).

		(Anexo 14).
	Visita sexóloga <i>(1 hora)</i>	Una sexóloga experta en terapia sexual nos hablará sobre la autoestima sexual: qué es, conceptos importantes y dinámicas para trabajar en ella (juegos de exploración táctil, comunicación abierta, tener citas con su pareja...etc.)(Anexo 15).
	Ronda de preguntas <i>(10 minutos)</i>	Los últimos 5-10 minutos se dedicarán a responder preguntas o inquietudes, en caso de que las haya.

Fuente: elaboración propia.

Sesión 5: ¡Jugando a desmontar creencias!

En la última sesión, comenzaremos con la explicación de la primera actividad, que consiste en la realización de un *Kahoot* (Anexo 16). La matrona irá explicando cada una de las preguntas, basándose en la última evidencia científica.

Posteriormente, se contará con la visita de una fisioterapeuta que explicará a nuestras participantes las principales modificaciones que aparecen a nivel muscular después del parto. A continuación, se hará una sesión práctica sobre la realización de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel).

Finalmente, se realizará una encuesta de satisfacción para saber cuáles han sido los puntos fuertes y aquellos para mejorar el programa (Anexo 17). Todas las actividades de esta sesión quedan explicadas en la carta descriptiva de la Sesión 5 (Tabla 11).

Tabla 11: Carta descriptiva sesión número V.

Sesión V- ¡Jugando a desmontar creencias!	
Profesional/es responsable/s	Matrona del Centro de Salud. Fisioterapeuta especializada en suelo pélvico (SP).
Fecha y duración	Jueves 20 de junio de 2024, de 10h a 12h.
Juego “Kahoot”	Las participantes votarán, anónimamente, si se

Tabla 11: Carta descriptiva sesión número V (continuación).

Actividades	(45 minutos)	sienten identificadas o si creen que las afirmaciones proyectadas son ciertas o no. Posteriormente, se explicará cada una de ellas (Anexo 15).
	Visita fisioterapeuta (60 minutos)	Se realizarán ejercicios para fortalecer el SP, los ejercicios de Kegel y se explicarán los beneficios de ellos y cómo llevarlos a cabo diariamente en casa.
	Cuestionario de satisfacción (15 minutos)	Se realizará un cuestionario final de satisfacción sobre el PES (Anexo 16).

Fuente: elaboración propia.

Cronograma

El proceso de planificación y realización de la totalidad del PES queda recogido en el Diagrama de Gantt (Tabla 12).

Tabla 12: Cronograma del PES según Diagrama de Gantt.

	Enero 2024	Febrero 2024	Marzo 2024	Abril 2024	Mayo 2024	Junio 2024			
						1	2	3	4
Búsqueda bibliográfica									
Diseño del programa									
Planificación de las sesiones									
Estrategia de captación									
Primera sesión									
Segunda sesión									
Tercera sesión									
Cuarta sesión									
Quinta sesión									
Evaluación de las sesiones									
Evaluación del programa									

Fuente: elaboración propia.

Evaluación

Para la evaluación del programa de salud realizaremos, en la última sesión, un cuestionario de satisfacción en el que se valorarán varios ítems (profesionales, contenido, juegos...etc.) (Anexo 17).

Además, se enviará a las participantes, una semana después de finalizar, una serie de cuestiones a través de un Google Forms. Todas las preguntas formarán parte del temario impartido durante el programa, con el objetivo de valorar si se han obtenido los conocimientos tratados. En dicho formulario, se añadirán también preguntas sobre la efectividad del programa en su vida diaria, para evaluar la utilidad de las técnicas enseñadas.

CONCLUSIONES

1. La influencia de las modificaciones que se suceden a lo largo del embarazo y el puerperio, junto con la educación sexual insuficiente en la mayoría de las mujeres gestantes pueden conllevar a tener una percepción negativa sobre la sexualidad. Por ello, la educación juega un papel clave para la plenitud sexual de las mujeres embarazadas.
2. El abordaje integral de un aspecto tan complejo como la sexualidad requiere la colaboración de un equipo multidisciplinar para la normalización, instrucción y prevención de problemas derivados de ella, en el que la figura de la enfermera cobra gran importancia.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Leaño, R.K., Gutiérrez Fajardo, Y., & Velásquez Ríos, D. L. (2016). *Vivencias de la sexualidad durante el embarazo* [Trabajo de Fin de Grado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional Javeriano. http://sergioguillen.com/wp-content/uploads/2015/05/Guillen_Cavero_TFG_vFinal.pdf

Bendezú Donayre, E.M., OyolaGarcía, A. E., Quispe Ilanzo, M.P., Laos Olaechea, R. A., & Bendezú Martínez, A. G. (2018). *Características maternas de riesgo para ruptura prematura de membranas fetales Maternal risk characteristics for premature rupture of fetal membranes*. 11(4), 208–213. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052000/461-otro-816-1-10-20190711.pdf>

Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. & Sarrá, S. (2004). *Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 69(2), 118-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>

Cámara, L. (2023). Respuesta Sexual: Un poco de historia. En L. Jubert (Ed.), *Desearte. Claves para el deseo sexual femenino* (pp. 37-48). Vergara.

Cañón Montañez, W., & Rodríguez Acelas, A. L. (2011). Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 81-87. <https://www.scielo.br/j/tce/a/5NLWb9hwnZ6cknfVRmHYDr/>

Carrillo Mora, P., García Franco, A., Soto Lara, M., Rodríguez Vázquez, G., Pérez Villalobos, J., & Martínez Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 64(1), 39–48. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n1/2448-4865-facmed-64-01-39.pdf>

Carvo, A. [@andrecarvo]. (2023, febrero 3). *Yoga prenatal - Ejercicios para embarazadas - 14 minutos - 1ro, 2do y 3er trimestre* [Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=kO_8s0FkLg4

Chandra, I., & Sun, L. (2017). Third trimester preterm and term premature rupture of membranes: Is there any difference in maternal characteristics and pregnancy outcomes? *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*, 80(10), 657–661. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.12.006>

Criado Enciso, F., Blasco Alonso, M & Andérica Herrero, J.R. (2015). Programa de actualización profesional para ginecólogos y obstetras. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*.

https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso00961/Temario/M_10/TEMA4_SEXUALIDAD/pdf/Sexualidad%20y%20embarazo.pdf

Delbono González, V. (2018). Abordaje de la sexualidad en el período grávido - puerperal. *Anales de La Facultad de Medicina*, 5(2), 141–145. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200141&lng=es&nrm=iso&tlang=es

Díaz Jiménez, D., Velázquez Barrios, M., & Izquierdo Vargas, E. (2018). La sexualidad en el tercer trimestre del embarazo. *Sanum Revista Científico-Sanitaria*, 2(3), 28–35. <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=43>

Dongil Collado, E., & Cano Vindel, A. (2014). *Habilidades sociales. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*, 21, 120-150. https://www.academia.edu/download/59942983/guia_habilidades_sociales20190705-19004-teu75d.pdf

FisioOnline [@FisioOnline.]. (2020, julio 31). *6 ejercicios con fitball en el embarazo para estirar tu espalda. Aprende a realizarlos en casa* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=NslYqZs2iPQ>

FisioOnline [@FisioOnline.]. (2020, septiembre 3). *5 automasajes para el embarazo. Aprende de masajearte tu sola en casa para aliviar los dolores* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=L7n75aLaDgQ>

García González, S., Duarte González, L. D., & Mejías Paneque, M. C. (2012). Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. *Enfermería Global*, 11(4), 453–464. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84873268055&partnerID=40&md5=d7aa689a4f991c95f0a0e2fdfd398e83>

García Romero, M. (2014). *Sexualidad en el período gestacional* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Cádiz]. Repositorio de la Universidad de Cádiz <https://rodin.uca.es/handle/10498/16645>

Gómez Echavígorín, R. (2022). Factores asociados a rotura prematura de membranas en gestantes: revisión narrativa. *Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Obstetricia*. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7937/T061_40278072_S.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Guillemat Font, Y. (2015). Modificaciones en la esfera sexual durante la gestación. *Sociedad Española de Contracepción*. https://hosting.sec.es/Memorias_Master/Sexualidad/Guillemat_Cataluna.pdf

Informales, D. [@DesayunosInformales]. (2016, septiembre 30). *Masajes para aliviar el dolor en la espalda y las piernas de embarazadas* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=kQ8UyQ-bQiY>

Jaramillo Saldarriaga, M. I., Colonia Toro, A., Posada, G. A., & Uribe, M. P. (2021). Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. *Revista de La Facultad de Ciencias de La Salud Universidad Del Cauca*, 23(1), 15–22. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2021.v23.1626>

Litschi, G. [@GabrielaLitschi]. (2021, octubre 8). *MEDITACIÓN guiada para EMBARAZADAS 15 minutos con Gabriela Litschi* [Vídeo]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=SsVEJjkYCnU>

Maiellano, B. (2020). Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1106–1117.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3673>

Matthies, L. M., Wallwiener, M., Sohn, C., Reck, C., Müller, M., & Wallwiener, S. (2019). The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Archives of gynecology and obstetrics*, 299(1), 69–77.
<https://doi.org/10.1007/s00404-018-4925-z>

NNNConsult. (s/f). Nnnconsult.com. Recuperado el 23 de abril de 2024, de <https://www.nnnconsult.com/>

Osteópata, I. C. [@ivancrespo_osteopata]. (2020, marzo 29). *Masaje lumbar para Embarazadas. Ivan Crespo Osteopata DO – Fisioterapeuta* [Vídeo]. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=r_FkleBboA4

Panea Pizarro, I., Domínguez Martín, A.T., Barragán Prieto, V., Martos Sánchez, A., & López Espuela, F. (2019). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. *Atención primaria*, 51 (3), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.003>

Paredes Freire, L.C., & Chipantiza Córdova, T.E. (2023). Percepción de la Paciente sobre el Acto Sexual durante el Embarazo. *Enfermería Investiga*, 8(1), 20–26.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1877/2283>

Perelman, M.A. (2018). Why the Sexual Tipping Point is a “variable switch

model». *Current Sexual Health Reports*, 10(2), 38-43.

Piñero Navero, S., Alarcos Merino, G., Arenas Orta, M. T., Jiménez Iglesias, V., Ortega Ballesteros, E. M., & Ramiro Figueroa, M. J. (2011). Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *Nure Investigación*, 8(50), 1–16. http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_original_modifisex.pdf

Podcast, D. +. D. [@despertandodurmiento]. (2022, septiembre 25). *5 Minutos de AFIRMACIONES Para Tener Un BUEN DÍA* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Y7tMbI2r0nM>

Positivo, P. [@PartoPositivo]. (2021, septiembre 14). *Meditación Relajación para Embarazadas / Audio Hipnoparto / Prepara tu Parto Positivo /Hypnobirthing* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=bryyBFqH56k>

Rivas, R. E., Navío, J. F., Martínez, M. C., Miranda León, M. T., Castillo, R. F., & Hernández, O. O. (2017). Modifications in sexual behaviour during pregnancy and postpartum related factors. *West Indian Medical Journal*, 66(6), 622–627. <https://doi.org/10.7727/wimj.2015.326>

Rodríguez Fernández, B., & Sueiro Domínguez, E. (2017). Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 14, 245–248. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.3034>

Rodríguez León, M., & Ramón Arbués, E. (2013). Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global*, 12(32), 362-370. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400022&lng=es&tlang=es

Sierra, J. C., López Herrera, F., Álvarez Muelas, A., Arcos Romero, A. I., & Calvillo, C. (2018). La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica*, 25(2), 146-152. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121->

[43812018000200146&script=sci_arttext](https://doi.org/10.4236/ijcm.2013.45045)

Silveira Santiago, L. R., da Silva Lara, L. A., Salata Romão, A. P. M., da Mata Tiezzi, M. F. B., & Rosa e Silva, A. C. J. de S. (2013). Impact of Pregnancy on the Sex Life of Women: State of the Art. *International Journal of Clinical Medicine*, 04(05), 257–264. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2013.45045>

Simple, L. V. [@LauraViveSimple]. (2021, febrero 26). *YOGA para EMBARAZADAS Y PRINCIPIANTES* @LauraViveSimple [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=AikNmk4ixgU>

Soria Becerril, B.C. (2012). *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Almería]. Repositorio Universidad de Almería. <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2543/6/Trabajo.pdf>

Soria Becerril, B. C., Martínez Cabeo, L., & Pascual Siles, M.M. (2017). Sexualidad como parte fundamental de la salud: adaptación durante el embarazo. ASUNIVEP (Eds.), *Salud y cuidados durante el desarrollo. Volumen I* (pp. 187-191).

Vargas Zarate, M., Becerra Bulla, F., Balsero Oyuela, S.Y., & Meneses Burbano, Y.S. (2020). Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Rev. Fac. Med.*, 68(4), 608-16. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74647>

Vázquez Lara, J. M., Rodríguez Díaz, L., Palomo Gómez, R., Romeu Martínez, M., Jiménez García, M. A., Pérez Marín, S., & Rivero Gutiérrez, C. (2017). *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://comatronas.es/contenidos/2017/11/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf

Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M., & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>

World Health Organization(WHO). (2015). Sexual health, human rights and the law.
World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO_TRS_572?sequence=1

ANEXOS

Anexo 1: Cartel informativo Programa de Educación afectivo-sexual

¿ESTÁS EMBARAZADA?
¡Este es tu programa!

ENTERRANDO MITOS:
HACIA UNA SEXUALIDAD
LIBRE DE TABÚS

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

JUNIO 2024

CS San José Norte

¡INSCRIBETE ANTES DEL 29 DE MAYO!

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ NORTE

C. del Santuario de Cabañas, 16
50013 Zaragoza
976 59 41 57

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2: Tríptico informativo Programa de Educación afectivo-sexual



Fuente: elaboración propia.

Anexo 3: Cuestionario inicial (sesión Nº1) del PES

CUESTIONARIO INICIAL

El cuestionario siguiente contiene preguntas sobre su situación personal, los conocimientos que posee actualmente sobre la relación entre sexualidad y gestación y las expectativas que tiene en cuanto al programa de educación en el que está participando.

Primera parte- Situación personal

Edad: _____

¿Está usted trabajando actualmente?

- Sí.
- No.

¿Es su primer embarazo?

- Sí.
- No.

En caso negativo, indique cuantos embarazos ha tenido:

¿Es su primer hijo?

- Sí.
- No.

En caso negativo, indique cuantos hijos tiene:

¿Ha sido un embarazo buscado?

- Sí.
- No.

¿Va a ser usted madre soltera?

- Sí, voy a ser madre soltera.
- No, tengo pareja y/o una persona con la que voy a compartir la maternidad.
- Voy a ser madre soltera, pero tengo una red de apoyo que me va a acompañar en el proceso.

Segunda parte- ;Qué impacto ha tenido el embarazo en su vida?

¿Ha notado cambios físicos en lo que lleva de embarazo? (Se incluye en esta pregunta malestar general, náuseas, vómitos, cansancio...etc.).

- Sí, he sufrido fuertes cambios que tienen un gran impacto en mi día a día.
- Sí, he notado cambios, pero, la mayoría de los días, no interfieren en mi rutina.
- Sí, pero estos apenas han interferido en mi vida.
- No, apenas he sufrido cambios físicos y/o síntomas que alteren mi bienestar.

A nivel emocional, ¿cómo se ha sentido a lo largo de estas semanas de gestación? (Por ejemplo, labilidad emocional, mayor nivel de estrés, falta de energía o miedo). Puede señalar más de una respuesta:

- Me he notado más triste y/o nerviosa que antes de quedarme embarazada.
- Estoy más alegre y entusiasmada que antes de estar embarazada.
- Siento mucho miedo y/o estrés respecto a esta nueva situación.
- Mis emociones cambian mucho a lo largo del día y de la semana.
- Apenas he notado cambios emocionales con respecto a antes de la gestación.

En cuanto a las relaciones sociales, ¿ha notado un cambio en el entorno desde que está embarazada? (familia, amigos...etc.).

- Sí, he notado que la situación con mi entorno ha cambiado algo.
- No, mis relaciones permanecen igual que antes de estar embarazada.

En caso de responder afirmativamente, marque la posible/s causa/s de dichos cambios:

- Por mi situación personal no puedo acudir a tantas reuniones o eventos sociales como antes. (Por ejemplo, en casos de requerir reposo y/o cualquier otro motivo).
- Mis amigos creen que, al estar embarazada, ya no puedo realizar ciertas actividades.
- Mi familia y/o amigos han cambiado la manera de tratarme.
- Otra: _____

¿Quiere comentar algo sobre cómo se siente al respecto?

Tercera parte- Vida sexual durante el embarazo

Puntúe, del 1 al 5, las siguientes afirmaciones y/o preguntas en función de cómo crea usted que ha impactado el proceso de gestación en su sexualidad, siendo:

- **1 punto:** Nunca o casi nunca.
- **2 puntos:** Algunas veces, pocas veces.
- **3 puntos:** A menudo, frecuentemente.
- **4 puntos:** La mayoría de las veces, con bastante frecuencia.
- **5 puntos:** Siempre o casi siempre.

Puntos	
<i>¿En qué medida se ha visto afectada mi vida sexual desde que estoy embarazada?</i>	
<i>He tenido dificultades y/o algún problema a la hora de mantener relaciones.</i>	
<i>Tengo menos deseo sexual que antes de estar embarazada.</i>	

<i>La frecuencia de las relaciones sexuales de cualquier tipo ha disminuido.</i>	
<i>La dificultad para excitarme y/o llegar al orgasmo es mayor desde que estoy embarazada.</i>	
<i>Prefiero las relaciones sexuales que no incluyan la penetración.</i>	
<i>Me veo menos atractiva físicamente.</i>	
<i>Dedico menos tiempo a la intimidad con mi pareja que antes.</i>	
<i>Tengo miedo de tener relaciones sexuales mientras estoy embarazada.</i>	
<i>Me apetece dedicar más tiempo a la afectividad con mi pareja (abrazos, besos...etc.).</i>	
<i>Siento que mi pareja sexual comprende la situación.</i>	
<i>Me siento culpable si no me apetece satisfacer las necesidades sexuales de mi pareja en un momento determinado.</i>	
<i>Sé cómo comunicarme con mi pareja y expresar mis sentimientos y necesidades.</i>	

A continuación, responda a las siguientes preguntas en función de sus creencias y/o conocimientos al respecto:

¿Qué problemas pueden surgir derivados de la práctica sexual durante el embarazo?

- Las hemorragias postcoitales que puede provocar una relación sexual incrementan el riesgo de aborto.
- Algunos de los problemas que pueden aparecer son el desprendimiento de placenta y la rotura del saco amniótico.
- Ninguno, tener sexo es completamente seguro en todos los trimestres de embarazo.

¿Es necesario dejar de mantener relaciones sexuales durante la gestación?

- Sí, la abstinencia sexual es necesaria para evitar posibles complicaciones.
- Solo durante el primer trimestre, ya que es cuando más riesgo de aborto existe.
- Tan solo se debe evitar las relaciones con penetración.
- No, la abstinencia sexual no es necesaria salvo contraindicación médica.

¿Hay alguna postura especialmente recomendada?

- Cualquier postura es completamente segura, a menos que un profesional sanitario me indique lo contrario.
- Las más recomendadas son aquellas en las que la mujer embarazada esté de lado y/o encima para evitar presión excesiva.
- Las más recomendadas son aquellas en las que la mujer embarazada está tumbada boca arriba por su comodidad.
- No hay postura que no tenga riesgos.

Respecto a las relaciones sexuales durante el tercer trimestre de gestación:

- Se deben extremar las precauciones, ya que existe riesgo de rotura prematura de membranas.
- Las hormonas liberadas durante el orgasmo pueden desencadenar contracciones vaginales que causen un parto prematuro.
- Se pueden mantener de manera completamente segura salvo contraindicación médica.

Una vez que la mujer gestante ha dado a luz, ¿cuánto tiempo debe esperar para volver a tener sexo?

- Mínimo debe esperar hasta que pase la cuarentena.
- Entre 6 y 8 semanas, ya que es lo que se tarda en recuperarse.
- El tiempo es indeterminado y depende de muchos factores.

Si la mujer en cuestión decide amamantar a su hijo/a, ¿puede influir esto en las relaciones sexuales?

- Sí, de hecho, los profesionales sanitarios recomiendan no mantenerlas dado que el impacto hormonal puede influir en la cantidad de leche secretada.
- No, no influye, y además la lactancia materna previene volver a quedarte embarazada, por lo que sirve de método anticonceptivo también.
- La lactancia materna no tiene por qué influir en las prácticas sexuales.

Cuarta parte- ¿Qué espero obtener con este Programa de Educación?

En esta última parte queremos valorar las expectativas e ideas de los participantes con respecto al programa del que están formando parte. Responda a las siguientes cuestiones:

Creo que la educación sexual que he recibido a lo largo de mi vida ha sido adecuada:

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

He participado antes en Programas de Educación afectivo-sexual:

- Sí, he participado anteriormente.
- No, es la primera vez.

Creo que los profesionales sanitarios me han informado suficientemente sobre cómo abordar mi sexualidad durante esta etapa de mi vida:

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

Con mi participación en este programa, pretendo: (puede marcar más de una opción)

- Mejorar la calidad de mi vida sexual.
- Conocer herramientas para afrontar de la mejor manera posible el embarazo y la sexualidad.
- Adquirir conocimientos sobre los cambios que pueden tener lugar y cómo abordarlos.

Otro: _____

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4: Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

Las siguientes preguntas son sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Definiciones:

- o **Actividad sexual:** incluye caricias, juegos sexuales, masturbación y coito vaginal
- o **Coito vaginal:** se define como la introducción del pene en la vagina
- o **Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA A CADA PREGUNTA:

Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye el deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la iniciación sexual de la pareja y pensar o fantasear sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual: es la sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la exaltación sexual. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto

- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta satisfacción sintió con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta satisfacción sintió con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor durante coito vaginal?

- Sin coito vaginal
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta confianza tuvo para conseguir excitarse durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Confianza muy alta
- Confianza alta
- Confianza moderada
- Confianza baja
- Confianza muy baja o nada

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia consiguió la lubricación vaginal (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta dificultad encontró para lubricarse (humedad vaginal) durante la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Un poco difícil
- Sin dificultad

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantuvo la lubricación vaginal (humedad vaginal) hasta finalizar la actividad sexual o coito vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

18. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia sintió molestias o dolor después del coito vaginal?

- Sin coito vaginal
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo valoraría su nivel (grado) de dolor o molestias durante o después del coito vaginal?

- Sin coito vaginal
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN!

PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Se suman las puntuaciones del mismo dominio y se multiplica por el factor que corresponde a cada dominio. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los 6 dominios. Una puntuación de 0 en alguno de los dominios indica falta de actividad sexual en el último mes.

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO DE PUNTUACIÓN	FACTOR	PUNTUACIÓN MÍMINA	PUNTUACIÓN MÁXIMA
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14 15-16	0-5 1-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
RANGO TOTAL				2	36

Fuente: Blümel, 2004.

Anexo 5: "Mood Tracker"



¿Qué cosas me han hecho sentir bien hoy?



¿Qué cosas me han hecho sentir mal hoy?

- ¿Siento algo más?
- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amor | <input type="checkbox"/> Miedo |
| <input type="checkbox"/> Placer | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Satisfacción | <input type="checkbox"/> Frustración |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmo | <input type="checkbox"/> Culpabilidad |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> Cansancio |
| <input type="checkbox"/> Interés | <input type="checkbox"/> Enfado |
| <input type="checkbox"/> Atracción | <input type="checkbox"/> Soledad |
- Otras:

¿Puedo identificar qué me hace sentir así?

¿He podido resolver aquellas que no me hacen sentir bien?



Fuente: elaboración propia.

Anexo 6: Juego “¡Caída Libre!”



<https://view.genial.ly/660c4245bb16640015862809/interactive-content-copia-quiz-caida-genial>

¡CAÍDA GENIAL!
En el siguiente juego se realizarán preguntas sobre la sexualidad en el primer trimestre de embarazo. ¡Acierta y no te caerás!

EMPEZAR

ESCOGE A TU JUGADOR

PREGUNTA 01 DE 06
¿PUEDE EL SEXO PROVOCAR UN ABORTO ESPONTÁNEO?

Generalmente, no hay riesgo
No, no hay relación entre ello
Sí, hay que extremar las precauciones por riesgo

PREGUNTA 02 DE 06
SI HE TENIDO UN ABORTO PREVIO, DEBO TENER ABSTINENCIA SEXUAL, AL MENOS, EL PRIMER TRIMESTRE

Sí, es un embarazo de riesgo y se debe mantener reposo
Sí, ya que el primer trimestre es crucial y cuando más riesgo hay
Sí, si por indicación médica así se precisa

PREGUNTA 03 DE 06
EL SEXO INCREMENTA EL RIESGO DE PADECER UNA INFECCIÓN PELIGROSA PARA EL EMBARAZO

Verdadero, es más probable padecer una infección
Verdadero, es una fuente de contagio evitable
Sí se toman las precauciones debidas, no hay más riesgo

PREGUNTA 04 DE 06
LA FALTA DE DESEO SEXUAL ES NORMAL EN LOS PRIMEROS MESES DE GESTACIÓN

Es frecuente que aparezca, y existen herramientas para abordarla
No, generalmente se mantiene igual
Sí, es habitual y no hace falta que actuemos

PREGUNTA 05 DE 06
EN LA GESTACIÓN, CONSEGUIR EL ORGASMO ES MÁS DIFÍCIL Y PUEDE TENER EFECTOS NEGATIVOS

Verdadero, la situación hace que sea más difícil tener un orgasmo
No existe evidencia de ello, aunque se producen cambios
Sí, ya que desencadenan una serie de hormonas que pueden perjudicar

PREGUNTA 06 DE 06
LAS EMBARAZADAS RESULTAN MENOS ATRACTIVAS PARA LOS DEMÁS

Sí, debido a los cambios físicos que se producen
Cada persona lo vive de una manera particular
Sí, debido a los cambios hormonales que se producen

¡MUY BIEN!
VER RESULTADOS →

RESULTADOS
¡ENHORABUENA!

0 CORRECTAS
1-2 CORRECTAS
3-4 CORRECTAS
5 CORRECTAS

¡QUÉ MAL!
↻ VOLVER A INTENTARLO

Fuente: elaboración propia.

Anexo 7: Instrucciones actividad “Nuestras emociones hechas palabras”



Fuente: elaboración propia.

Anexo 8: Newsletter

Se enviarán 10 *Newsletter* (son correos electrónicos que abordan un tema o asunto particular), una cada dos o tres semanas. Las temáticas de cada una serán las siguientes:

Entrega nº 1- ¡Bienvenida!: en ella se ofrecerán una serie de recursos multimedia sobre maternidad, embarazo y puerperio tales como podcast, recomendaciones de libros, películas o documentales.

Entrega nº2-Hablando de la psicología del embarazo: se explicará brevemente los temas sobre psicología dados en el programa, y se darán unas nuevas pinceladas, terminando con una serie de técnicas que recomendamos para un mejor afrontamiento.

Entrega nº3- ¿Cómo me cuido a mí misma?: en ella se abordará el tema del autocuidado y cómo dedicarse tiempo a una misma para potenciar tu propia autoestima en esta etapa vital.

Entrega nº4- ¡Hora de relajarse!: se incluirán una serie de consejos y materiales para poder relajarte en la tranquilidad del hogar.

Entrega nº5- Psicología de pareja: se darán una serie de técnicas sobre las distintas claves para afrontar, con tu pareja, esta nueva situación con la que ambos estáis conviviendo, tales como la comunicación y la comprensión.

Entrega nº6- ¿Me quiero a mí misma como quiero a los demás?: sobre el amor propio, la autoestima y la autoimagen, abordadas desde el punto de vista del embarazo, con todos los cambios que este implica.

Entrega nº7- Haciendo frente al miedo: la gestación trae consigo múltiples miedos e inseguridades. En esta carta, hablaremos sobre cómo llevarlo de la mejor manera posible.

Entrega nº8- Afrontando el parto: se incluirán una serie de pinceladas sobre técnicas de respiración, tutoriales a clases de preparación al parto y tipos de opciones que existen, como el hipnoparto, de las que deben ser conocedoras para decidir sobre ello.

Entrega nº9- Crianza, temor e incertidumbre: cuando vamos a tener un hijo nos surgen muchas dudas, ¿seré buena madre?, ¿seré capaz de compaginar otros aspectos de mi vida con la crianza? En este post, hablaremos sobre la crianza respetuosa, y pequeños consejos para comenzar a ello.

Entrega nº10- Se acerca el final, ¿cómo lo asumimos? - Cómo hacer frente a las últimas semanas de embarazo, el cansancio y el miedo que conlleva.

Ejemplo de la *Newsletter* número 4:

¡Hola de nuevo!

Ya estamos por aquí una vez más y esta vez...¡Ha llegado el momento de relajarnos!

Sabemos que las semanas de embarazo a veces transcurren muy lentamente, y que están cargadas de miedo, estrés e incertidumbre...¿saldrá todo bien?¿seré buena madre? ¿sabré hacerlo?

Para combatir todas esa ansiedad que nos generan las nuevas etapas de la vida, hoy te traemos una serie de ejercicios y propuestas para que te relajes y te tomes un tiempo para ti misma, así que, presta atención y, sobre todo ¡no tardes en ponerlo en práctica!

Masajes

Dolor de espalda, pies hinchados, piernas cansadas...todo ello hacen que la rutina cada día pese más y más, por eso, no hay mejor ocasión para realizarte unos masajes. Por supuesto, lo más recomendable es que acudas a una fisioterapeuta experta en ello, pero, en caso de que no sea posible, a continuación te dejamos una serie de links a video-tutoriales sobre cómo hacerlos en casa con ayuda de alguien o incluso tú sola:

- [5 tipos de automasajes para aliviar dolores del embarazo](#)
- [Masaje lumbar para embarazadas](#)
- [Masaje para aliviar el dolor de piernas y espalda](#)

Y recuerda...¡Aprovechate un poco y deja que te mimen!

Relajación y meditación

En una de las sesiones abordamos una serie de ejercicios de relajación y respiración, ya que han demostrado tener una serie de beneficios en todos los aspectos y etapas de la vida, para vivir más consciente y detenidamente, logrando reducir los niveles de cortisol.

Por eso, hoy te proponemos que dediques, cada día, 5 minutos a realizar ejercicios de relajación y meditación. Existen diferentes recursos, videos y podcast que te pueden guiar en ello. Te dejamos nuestros favoritos a continuación:

- [Meditaciones basadas en la técnica "Hipnoparto"](#)
- [Meditación guida para embarazadas](#)
- [Meditaciones guías matutinas](#)
- [Meditación guida para dormir](#)

Yoga prenatal

El yoga es uno de los deportes que más beneficios tienen, pues te permiten, no solo conectarle con tu cuerpo, si no que también trabajar todos los grupos musculares. Existen grupos de yoga para futuras mamás, y un montón de opciones en la red para poder hacerlo desde la comodidad de tu casa, como las siguientes:

- [Yoga para gestantes nivel principiante](#)
- [Ejercicios de yoga para el primer, segundo y tercer trimestre guiados](#)
- [Ejercicios de yoga con pelota](#)

Tiempo para el autocuidado

Nos gusta mucho dedicar el tiempo a cuidar de los demás, a preparar las cosas para la llegada del bebé, a estar listas para todo lo que venga, pero, ha llegado el momento de preguntarse...¿me estoy cuidando a mí misma?

Lee (y no solo cosas relacionadas con la maternidad), sal con tus amigas, pinta, tómate el baño con mucha espuma que llevas tiempo postergando, haz pintura, ponte una mascarilla, apúntate a bailes de salón o lo que te apetezca! Estos meses no son solo para el bebé, son también para ti; explora tu cuerpo, experimenta y ¡disfruta esta etapa al máximo!

Y, por último...; **¡No te quedes con las dudas!**

Si una cosa hemos aprendido a lo largo del programa de salud, es que las dudas y los miedos tienen un impacto muy negativo en nosotras, en cómo vivimos cada etapa vital que atravesamos y cómo esto puede influirnos y romper nuestro relax. Por eso, te invitamos a que acudas al Centro de Salud o nos escribas en cualquier momento que surja algún temor, pregunta o cuestión, que perturbe tu bienestar. Recuerda que estamos aquí para cuidar de ti.

Esperamos que estas ideas te hayan sido de utilidad y que te ayuden a hacer tu día más ameno,

Nos leemos pronto 

*Fuente: elaboración propia con la página web Substack.
Recursos utilizados mencionados en Bibliografía.*

Anexo 9: Cuestionario Sesión Número 3

CUESTIONARIO SESIÓN III

Este cuestionario es anónimo. Contiene preguntas sobre el impacto que ha tenido la gestación en el desarrollo de su vida personal y relacional.

¿Han experimentado cambios en su relación desde que se enteraron del embarazo?

- Sí.
- No.

Si han contestado afirmativamente, especifique brevemente en las siguientes líneas cuáles han sido los mayores cambios que han percibido:

¿Han notado un mayor nivel de estrés, ansiedad o miedo desde que usted/su acompañante está embarazada?

- Sí.
- No.

¿Creen que, desde que comenzó la gestación, se han sentido más cercanos a su acompañante, o, por el contrario, han presentado un nivel de distanciamiento mayor?

- Sí, he sentido una mayor cercanía con mi pareja/acompañante.
- No, el embarazo ha supuesto un distanciamiento.

¿Han sabido cómo afrontar los posibles desacuerdos o conflictos que han surgido durante esta nueva etapa que están viviendo?

- Sí.
- No.

Hilando con la pregunta anterior, ¿creen que tienen las herramientas necesarias para hacer frente a dichas desavenencias y solventarlas juntos?

- Sí.
- No.

Si han contestado “No” a la pregunta anterior, especifique brevemente en las siguientes líneas qué recursos creen que les serían útiles para ello:

¿Se siente comprendido por su pareja y/o la persona que le está acompañando a esta sesión?

- Sí.
- No.

¿Cuál es su principal miedo y/o preocupación respecto a esta nueva situación?

¿Cree que la educación e información que se les ha dado es suficiente para abordarla?

¿Existe algún tema en concreto, creencia que tenga o asunto que le gustaría abordar?

Las preguntas que se van a exponer a continuación las deben responder solo en caso de haber acudido a la sesión con su pareja y/o compañero sexual:

¿Cuáles son las principales diferencias y/o cambios que han percibido en su vida sexual actual con respecto a la que tenían antes del embarazo? Enumere las principales brevemente:

¿Existe alguna preocupación sobre el desarrollo de la vida sexual durante este período? (por ejemplo, miedo, culpabilidad, menor deseo...etc.). Enumere las principales brevemente:

¿Sabe cómo comunicarse con su pareja sexual sobre cómo se siente o qué le apetece en cada momento?

- Sí.
- No.

¿Cuáles son los principales elementos que le gustaría trabajar para mejorar la comunicación y conexión con su pareja? Enumere las principales brevemente:

Fuente: elaboración propia

Anexo 10: Clase Mindfulness sesión Número 3

¿Qué es el Método Mindfulness?

Objetivos

- ATENCIÓN PLENA
- CONEXIÓN
- RELAJACIÓN
- BIENESTAR

Actividades

Actividad I: 15 minutos

MEDITACIÓN GUIADA

Se realizará, durante 15 minutos ejercicios de meditación guiados por la enfermera de Salud Mental para lograr una conexión con uno mismo.

Actividades

Actividad II: 30 minutos

YOGA POR PAREJAS

Se realizarán, durante 30 minutos una serie de ejercicios de yoga para las embarazadas y sus acompañantes como los que se proponen en la siguiente imagen, combinados con ejercicios de respiración para alcanzar la relajación.

Posturas propuestas

Otro de los objetivos de esta actividad es que se obtengan conocimientos para ser realizadas también en el hogar.



Fuente: elaboración propia.

Anexo 11: Presentación “Comunicación Asertiva” Sesión Nº3

salud servicio aragonés de salud

COMUNICACIÓN ASERTIVA

EL PILAR DE TODA RELACIÓN SANA

PLAN DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL (CS SAN JOSÉ NORTE)

ASERTIVIDAD

Habilidad para expresar nuestros deseos, emociones, necesidades y sentimientos de manera clara, honesta, directa y respetuosa, tanto contigo mismo como con tu interlocutor.



01. TÉCNICA DEL SANDWICH

02. TÉCNICA DEL “TIEMPO FUERA” O “TIEMPO MUERTO”

03. EVITAR USAR LOS ABSOLUTOS

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN ASERTIVA?

EMPÁTICA
ABIERTA
RESPECTUOSA

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

ESCuchar y SER ESCUCHADO
HONESTA
CLARA y DIRECTA

TÉCNICA DEL “TIEMPO FUERA”

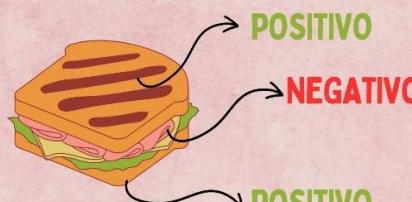
Es una técnica de comunicación que consiste en realizar una pausa cuando creemos que la discusión o la conversación está traspasando los límites o que las emociones nos desbordan. El objetivo es tomar tiempo para reflexionar sobre ello y volver a abordarla desde un punto más distante, para no herir al interlocutor.



Para ello, podemos establecer con nuestra pareja una palabra clave que signifique que necesitamos un receso en la conversación para poder reflexionar sobre ello y tomarnos nuestro tiempo.

TÉCNICA DEL SANDWICH

Es una técnica de comunicación en la que se incorpora el elemento negativo que se quiere expresar entre dos aspectos positivos.



POSITIVO
NEGATIVO
POSITIVO

EJEMPLO
“Sé que esta nueva situación te genera mucho miedo e incertidumbre, y que estás haciendo un trabajo muy importante para adaptarte a ella. Sin embargo, cómo me has hablado estos últimos días me pone muy triste. Sé que lo vas a tener en cuenta, y que estamos juntos en esto.”

EVITAR LOS ABSOLUTOS

Debemos evitar el “Siempre” y el “Nunca”, así como intentar no señalar ni culpabilizar al interlocutor.

EJEMPLO
Evitar frases como “Nunca eres capaz de hacer esto” o “Siempre estás igual” que señalan a la otra persona culpabilizándola.

También podemos cambiar frases como “Tú me hiciste sentir mal” por otras tales “Aquellos que ocurrió hizo que yo me sintiera mal”.



Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía: (Cañón & Rodríguez, 2011; Dongil & Cano, 2014)

Anexo 12: Actividad “La ruleta nos pregunta...¿mito o realidad?”



MITOS DE LA RULETA

MITO 1: “El sexo puede provocar ruptura prematura de membranas”

MITO 2: “En embarazo de riesgo, la abstinencia sexual es necesaria”

MITO 3: “El mejor sexo se produce en el segundo trimestre de embarazo”

MITO 4: “Algunas posturas están prohibidas”

MITO 5: “Se puede desencadenar un parto prematuro con las relaciones sexuales”

Fuente: elaboración propia

Anexo 13: Carteles “Mito” o “Realidad”



Fuente: elaboración propia.

Anexo 14: Explicación mitos del juego “La ruleta”

MITO 1: “El sexo puede provocar ruptura prematura de membranas”

Actualmente, no existe evidencia científica que avale la asociación entre la ruptura prematura de membranas (RPM) y el acto sexual. (Chandra, 2017)

Las causas de que se produzca una RPM son diversas, y entre los factores de riesgo podemos encontrar la edad (menor incidencia entre los 20 y los 34 años), la ausencia de revisiones ginecológicas periódicas durante el embarazo o antecedentes de embarazos de riesgo (abortos, rotura de membranas en gestaciones anteriores...etc.) (Bendezú, 2018; Gómez, 2022).

Así pues, cada caso ha de ser valorado integral e individualmente para poder adaptarse a la situación de cada mujer.

MITO 2: “En embarazos de riesgo, la abstinencia sexual es necesaria”

Cada caso es único, y ha de ser evaluado de manera individual para adaptarse a la situación de cada gestante. Existen una serie de contraindicaciones médicas tanto absolutas (sangrado vaginal no explicado, placenta previa, rotura prematura de membranas y dilatación cervical prematura) como relativas (antecedentes de parto prematuro y gestación múltiple) (Criado, 2015).

Tras la valoración de cada caso, se recomendará la realización y/o evitación de algunas prácticas sexuales concretas, siempre explicando que la sexualidad existe más allá de las prácticas con penetración, y que, en caso de que estas no se puedan realizar por indicación médica, existe un amplio espectro de alternativas como las caricias, los masajes o el *petting* que contribuyen a una sexualidad plena y satisfactoria (Soria et al., 2017).

MITO 3: “El mejor sexo se produce en el segundo trimestre de embarazo”

Aunque cada mujer es diferente, y el embarazo y vivencia de cada una completamente único, según la evidencia científica, el 80% de las gestantes refieren que, al llegar el segundo trimestre, su apetencia sexual se ve renovada (Díaz, 2018), asociada generalmente a una mejoría del malestar físico que suele caracterizar el primer trimestre de embarazo, y a los cambios que se producen en la libido y en los genitales, que aumentan la sensación de placer. Es en este trimestre cuando se alcanza, generalmente, el nivel de mayor equilibrio en el estado psicofísico de la mujer (Criado, 2015; Maiellano, 2020).

MITO 4: “Algunas posturas están prohibidas”

Todas las posturas están permitidas siempre que no haya contraindicación médica, aunque algunas están especialmente recomendadas a partir de la semana 24-26, aconsejando, generalmente, evitar aquellas en las que la gestante se encuentre debajo y boca arriba (García et al., 2012).

MITO 5: “Se puede desencadenar un parto prematuro con las relaciones sexuales”

Aún a día de hoy, la posible relación entre un parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación) y el mantenimiento de relaciones sexuales sigue siendo investigado y causando controversia.

Según autores, no existe una clara asociación entre si el acto sexual puede desencadenar contracciones de parto, pues, aunque durante este se liberan hormonas tales como la oxitocina, no se ha hallado evidencia que demuestre que esta tenga la suficiente fuerza como para desencadenar un trabajo de parto. Así pues, teniendo lo anterior en cuenta, no se ha encontrado relación entre dichas variables, de manera que, siempre que no se trate de un embarazo de riesgo o haya contraindicación sanitaria, no hay motivos para temer el sexo durante las últimas semanas de embarazo. (Criado, 2015; Álvarez, 2016)

Fuente: elaboración propia.

Anexo 15: Presentación “Autoestima sexual”



¿CÓMO ESTÁ MI AUTOESTIMA SEXUAL?

PUNTAR DEL 1 (NADA DE ACUERDO) AL 5 (TOTALMENTE DE ACUERDO)	PUNTOS
Considero que soy bueno/a en mis relaciones sexuales.	
Pienso que mis habilidades sexuales son buenas.	
Me expreso libremente en mis relaciones de pareja.	
Tengo confianza con mi pareja.	

Fuente: "The Canadian Journal of Human Sexuality"

CONCEPTO

Es la valoración que una persona tiene de si misma respecto a la intimidad sexual, incluyendo factores como:

- Cómo nos comportamos sexualmente.
- Autoplacer y autoconocimiento.
- Cómo de seguros nos encontramos con nuestro cuerpo.

PUNTAR DEL 1 (NADA DE ACUERDO) AL 5 (TOTALMENTE DE ACUERDO)	PUNTOS
Me siento cómodo/a sexualmente hablando.	
En estos momentos, me siento bien sexualmente.	
No me considero una persona muy buena en el sexo.	
Mi vida sexual se encuentra baja ahora mismo.	
Estoy decepcionado/a con mi vida sexual.	

PUNTAR DEL 1 (NADA DE ACUERDO) AL 5 (TOTALMENTE DE ACUERDO)

PUNTOS
Me preocupa el sexo la mayor parte del tiempo.
No dejo de pensar en el sexo.
Actualmente, pienso más en sexo que en otros temas.
Pienso mucho en practicar sexo.
En este momento, el tema sexual ocupa mucho tiempo en mi mente.

Fuente: "The Canadian Journal of Human Sexuality"

TÉCNICAS PARA TRABAJARLA

Algunas ideas para mejorar nuestra autoestima sexual son:

AUTOEXPLORACIÓN

El primer paso es conocerse a una misma. Para ello, puedes recurrir a juguetes sexuales, espejos e imaginación.



Y no olvidemos que...

LA SEXUALIDAD VA MUCHO MÁS ALLÁ DEL COITO

Recuerda que hay muchos tipos de relaciones sexuales, y que no todas incluyen la penetración. Podemos hablar, por ejemplo del:

PETTING

Tipo de práctica sexual basada en los mimos, las caricias, los besos o los roces, entre otros, sin incluir penetración vaginal ni anal.

Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía

(Sierra et al., 2018)

JUEGOS SENSORIALES

Algunos de estos juegos pueden ser:

- Incorporación de elementos como sabores u olores.
- Juegos de roles.
- Masajes sensuales.
- Bailes sensuales.

Todo ello puede contribuir a aumentar la comodidad con la pareja, el sentimiento de empoderamiento y de sentirse deseada a través de la exploración de nuevas sensaciones y estímulos.



Y, fundamentalmente...
¡MUCHA COMUNICACIÓN!

Recuerda que, si tienes dudas o experimentas algún problema...

¡Las profesionales estamos a tu disposición!

Anexo 16: Kahoot sesión N°5



Respecto a la lactancia materna (LM) y la artificial (LA)...



▲ Las mujeres que dan LM tienen mayor satisfacción sexual que las que no.

● La LM tiene un impacto muy negativo en la sexualidad, pero es lo mejor.

◆ Las mujeres que dan LA tienen mayor satisfacción que las que dan LM.

■ Debemos valorar cada caso de manera única, sin generalizar.

Las mujeres a las que se les hace cesárea tienen una recuperación sexual más temprana...



▲ Verdad, al no haber daño vaginal es más fácil que reanuden la vida sexual.

● Falso, la recuperación es la misma.

◆ Depende de cada mujer, caso concreto y situación.

■ Todas son falsas.

Fuente: elaboración propia

Anexo 17: Cuestionario de satisfacción final

Con el siguiente código QR se accede a la encuesta de satisfacción y evaluación final de Google Forms que se cumplimentará en la quinta y última sesión.



Fuente: elaboración propia