



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ACTIVIDAD
SEXUAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL DEL RÍMAC, 2017**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

AUTOR:

CÓRDOVA PIZARRO DENIS LEVI

**LIMA – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A mi madre, por su apoyo incondicional,
por confiar siempre en mí
y por el amor único e inigualable de toda madre
hacia mi... su hijo.

A mi padre, por esforzarse siempre en apoyarme.

A cada uno de mis hermanos, por empujarme,
por alentarme a nunca rendirme, y celebrar conmigo
cada logro importante en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por encaminarme y acompañarme siempre.

A mi familia, por demostrarme que pese a toda adversidad, nunca debemos desistir, que de todo lo malo, siempre al final hay algo bueno.

A mi asesora Dagui Tolentino, por brindarme, parte de sus conocimientos, para poder concluir, con éxito, mi tesis.

A mis amigos, personas importantes en mi vida por su apoyo único y constante.

Sin su apoyo esto no sería posible...

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo:** Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017. **Metodología:** El estudio es Descriptivo comparativo, de corte transversal y prospectivo, de nivel aplicativo y método cuantitativo, cuya población sujeto de estudio fueron las 60 gestantes que acudieron al Centro Materno Infantil Rímac durante los meses agosto y setiembre. **Resultados:** Se observó que la mayoría de gestantes encuestadas, con el 40%, tenían la edad de 18-25 años. El 76.67% de gestantes, tenían la ocupación de amas de casa. El 61.67% de gestantes eran convivientes. La edad de inicio de relaciones sexuales que predominó fue 16 años con un 20%. Durante el segundo trimestre, el 31.58% de las gestantes, siempre, tenían deseo sexual. El 25% de las gestantes, durante el primer trimestre, casi nunca, tuvieron excitación. En el segundo trimestre, hay 31.58% de gestantes, siempre sienten satisfechas. El 73.68% de las gestantes del segundo trimestre, casi siempre tuvieron lubricación durante la actividad sexual. El trimestre que, casi siempre alcanza el orgasmo, es el segundo con un 47.37%. El 58.62% de las gestantes, durante el tercer trimestre se sienten satisfechas, con la cercanía emocional, durante la actividad sexual con la pareja. El trimestre que casi siempre, presentó dispareunia, fue el tercer trimestre, con un 37.93%. En el segundo trimestre, el 68.42% de gestantes, siempre tenían actividad sexual. **Conclusiones:** Las gestantes durante el segundo trimestre, desempeñan mejor su sexualidad, obteniendo cifras favorables según los indicadores del comportamiento sexual.

PALABRAS CLAVE: gestantes, actividad sexual, dispareunia.

ABSTRACT

The present study aimed to: Determine the changes in the behavior of the sexual activity of the pregnant women attended at the Rimac Maternal and Child Center, 2017. Methodology: The study is a comparative descriptive, cross-sectional and prospective, application level and method quantitative, whose population subject of study were the 60 pregnant women who attended the Rimac Maternal and Child Center during the months of August and September. Results: It was observed that the majority of pregnant women surveyed, with 40%, were 18-25 years old. 76.67% of pregnant women had the occupation of housewives. 61.67% of pregnant women were cohabitants. The age of beginning of sexual relations that predominated was 16 years with 20%. During the second trimester, 31.58% of the pregnant women, always, had sexual desire. 25% of pregnant women, during the first trimester, almost never had excitement. In the second quarter, there are 31.58% of pregnant women, they always feel satisfied. 73.68% of pregnant women in the second trimester, almost always had lubrication during sexual activity. The quarter that almost always reaches orgasm, is the second with 47.37%. The 58.62% of pregnant women during the third trimester feel satisfied, with emotional closeness, during sexual activity with the couple. The quarter that almost always presented dyspareunia was the third quarter, with 37.93%. In the second trimester, 68.42% of pregnant women, always had sexual activity. Conclusions: Pregnant women during the second trimester perform better their sexuality, obtaining favorable figures according to the indicators of sexual behavior.

KEY WORDS: pregnant women, sexual activity, dyspareunia.

ÍNDICE

CARÁTULA

PÁGINAS PRELIMINARES

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Pág.

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	9-12
1.2	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3.1	PROBLEMA PRINCIPAL.....	12
1.3.2	PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	12-13
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.5	HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.5.1	HIPÓTESIS.....	14
1.5.2	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES.....	14
1.6	JUSTIFICACIÓN.....	15-16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.1.1	ANTECEDENTES.....	17-25
2.1.2	BASES TEÓRICAS.....	25-41
2.1.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	41-42

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.1	TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.2	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
3.1.3	MÉTODO.....	44
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
3.2.1	POBLACIÓN.....	44
3.2.2	MUESTRA.....	44
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS..	45
3.3.1	TÉCNICAS.....	45
3.3.2	INSTRUMENTOS.....	45-46
3.4.	PROCEDIMIENTOS.....	46

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	47-76
4.2	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	77-80
	CONCLUSIONES.....	81-82
	RECOMENDACIONES.....	83-84
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85-91
	ANEXOS.....	92-106

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión fundamental de todo ser humano, ya que es necesaria para poder identificarnos como tal, y está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás.

Durante el embarazo, este es un aspecto fundamental pero, aunque parezca sorprendente, aún es un tema que no se toca mucho por ser considerado un tabú. Actualmente la sexualidad en nuestro país como también en Latinoamérica, está llena de prejuicios, generados por la inadecuada y escasa educación sexual.

Toda gestación; en la vida de la mujer, trae una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Incluso la transición a la maternidad-paternidad puede ser vista como una crisis psicosocial. Se conoce que la actividad sexual durante el embarazo y sus posibles consecuencias han estado sujetas a una considerable especulación, en muchas ocasiones, la falta de conocimientos conlleva a actitudes negativas. Hoy en día es muy común observar a gestantes que prefieren obviar el sexo por evitar perjudicar al bebe, por consiguiente, disminuyen su actividad sexual, ya que se sienten menos atractivas o piensan que el sexo durante la gestación no provoca la misma satisfacción sexual, que una mujer no gestando. Creencias populares y tabúes hacen que, en algunos casos las gestantes y sus parejas tomen determinaciones sobre su comportamiento sexual de manera equivocada. Por lo tanto, estas conductas o actitudes que las gestantes adoptan influyen directamente en la relación con su pareja ya que les produce una variedad de cambios, de una manera física, emocional y también sexual.

La investigación de esta problemática se realizó por el interés de conocer los cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Materno Infantil del Rímac.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La sexualidad humana es un proceso continuo y pluridimensional, se desarrolla desde el nacimiento hasta la muerte, varía de una cultura a otra y en el contexto social e histórico en que se desarrolla. La historia de la sexualidad se remonta desde la prehistoria y se ha demostrado la existencia de promiscuidad sexual primitiva donde el ser humano, de manera similar a los animales, llevaba una vida sexual regulada por los períodos de acoplamiento. En la actualidad consideramos la sexualidad como consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socioemocionales altamente influenciados por la familia, religión y patrones culturales.¹

El comportamiento sexual es el que desarrolla el ser humano para buscar compañeros sexuales, obtener la aprobación de posibles parejas, formar relaciones, mostrar deseo sexual, y el coito. También

es una expresión muy amplia y se refiere tanto a comportamientos usuales como a los menos frecuentes, e incluye toda una serie de actividades sexuales, aunque en muchos casos el comportamiento sexual se ejerce dentro de una relación con otro individuo.²

La salud sexual se define en un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (Organización Mundial de Salud).³ En la sexualidad de la pareja entra en juego una tercera variable al confirmarse el embarazo. A partir de este momento, las relaciones sexuales de la pareja girarán en torno al desarrollo del feto y generalmente, el déficit de información suele inhibir las prácticas sexuales debido al miedo que se genera ante la posibilidad de provocar complicaciones, abortos o partos prematuros, logrando que existan modificaciones en su patrón habitual de comportamiento sexual de la pareja.⁴ La mujer, entre otras modificaciones sufridas a lo largo de su vida, tiene que afrontar cambios biológicos y psicológicos desde el embarazo hasta el posparto, afectando directa e indirectamente su concepción de la sexualidad. Para la pareja, la experiencia del embarazo produce una variedad de cambios, de una manera física, emocional, existencial y también sexual.

Es indudable que el embarazo supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo. Incluso, la transición a la maternidad-paternidad puede ser vista como una crisis psicosocial. Algunos estudios especulan sobre la conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo y sus consecuencias. Creencias populares y tabúes hacen que, en algunos casos, las gestantes y sus parejas tomen determinaciones sobre su comportamiento sexual de

manera equivocada.⁴ En EE. UU el 11% de mujeres no tienen relaciones sexuales después de enterarse que están embarazadas y en Francia una tercera parte de las mujeres, informaron que habían tenido relaciones sexuales durante todo el embarazo, mientras que el otro 31% durante los primeros 8 meses. El 38% de las gestantes indican haber cesado de tener relaciones sexuales antes de los 7 meses.⁴

En China, las gestantes tienen menos actividades sexuales y deseo en el embarazo ya que la cultura, conocimiento inadecuado, y ansiedad excesiva son probablemente los factores más importantes para la reducción marcada en la sexualidad en parejas chinas.⁵ En Ecuador el 49% de gestantes cree que son muy importantes las relaciones en la vida de pareja y el 59% cree que puede que practicándola podría afectar al bebé.⁶

En Perú en el año 2016, el 57% de las gestantes no reciben información adecuada sobre la sexualidad en el embarazo por parte del personal de salud, también el deseo sexual y satisfacción sexual durante el embarazo, son divididas ya que aumentó en el segundo trimestre un 61% y disminuyó en el tercer trimestre un 38%. También un 68 % de las gestantes refirieron que ambas parejas compartían la iniciativa para tener relaciones sexuales y en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, se obtuvo que la mayoría lo realizó dos veces por semana.⁷ En el año 2016 un último estudio realizado en el Hospital de Ventanilla arrojó que el 84% de púerperas manifestaron que el deseo sexual disminuyó durante todo el embarazo, mientras que 63% no lograba con facilidad despertar su interés sexual. La facilidad de lubricación en la actividad sexual no tenía el 59% y la frecuencia de las relaciones sexuales la no practicaba un 34%.⁸

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. DELIMITACIÓN TEMPORAL:

El presente estudio se realizó durante los meses julio – noviembre en el año 2017.

1.2.2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:

La investigación se realizó en el Centro Materno Infantil Rímac, que brinda atención en el Primer Nivel, categoría I-4, ubicado en el Departamento de Lima, Distrito Rímac. Tiene una infraestructura propia, construido de material noble.

1.2.3. DELIMITACIÓN SOCIAL:

La población sujeto de estudio son las gestantes mayores de edad, atendidas en el Centro Materno Infantil Rímac.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el primer trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017?

- ¿Cuáles son los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el segundo trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017?
- ¿Cuáles son los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el tercer trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Materno Infantil del Rímac, 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el primer trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017
- Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el segundo trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017
- Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el tercer trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS

El trabajo de investigación no cuenta con hipótesis.

1.5.2 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

El trabajo de investigación es univariable.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Comportamiento de la actividad sexual de las gestantes	En el Primer Trimestre	<ol style="list-style-type: none">1. Deseo2. Excitación3. Lubricación4. Orgasmo5. Satisfacción6. Dolor7. Frecuencia
	En el Segundo Trimestre	<ol style="list-style-type: none">1. Deseo2. Excitación3. Lubricación4. Orgasmo5. Satisfacción6. Dolor7. Frecuencia
	En el Tercer Trimestre	<ol style="list-style-type: none">1. Deseo2. Excitación3. Lubricación4. Orgasmo5. Satisfacción6. Dolor7. Frecuencia

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La relación del valor predictivo del perfil biofísico en gestantes a término y el test de Apgar al minuto y los cinco minutos es fundamental por qué se va a identificar a tiempo factores de riesgo que puedan afectar la salud del binomio madre e hijo. Toda gestación, tiene un impacto sumamente importante en la vida de una mujer; experimentando una revolución hormonal, profundos cambios en su estructura corporal, acompañados de serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Teniendo que enfrentar conflictos que afectan negativa o positivamente el comportamiento de la actividad sexual de la pareja.

La actividad sexual puede verse afectada por diferentes condiciones, y el embarazo puede ser una de ellas, ya que la gestación es una situación muy compleja y en muchas ocasiones producen una serie de crisis en la mujer o por enfrentarse a un momento delicado, existe duda e incertidumbre.

Incluso en la pareja, la necesidad de adaptación junto con la experiencia del embarazo produce una variedad de cambios de una manera física, emocional y también sexual.

Años atrás se decía que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso indecente, pero con el paso de los años las prácticas sexuales ya han dejado de ser simplemente una función en pro de la reproducción para convertirse en un aspecto complementario en el mantenimiento de la pareja.

Pese a que también tiene un comportamiento diferente para cada país y a los intentos por contrarrestar este problema, el interés sexual en las gestantes se ve disminuido, por el temor, dudas y cambios influenciados por las percepciones y pensamientos que guían los diferentes

entendimientos que surgen de contextos culturales, económicos, políticos y religiosos.

En la actualidad aún es muy difícil poder disminuir las consecuencias del problema, por la existencia de tabúes alrededor de él y también por la falta de confianza de la mujer para comunicarse con su pareja o con el personal de salud. Adicionalmente el personal de salud a veces no cumple con las expectativas de los pacientes, dado que tienen poco conocimiento científico acerca de esta materia.

Es importante tener en cuenta que son muchos los factores en juego y que a largo plazo influyen en la actividad sexual de muchas mujeres, ya que se sienten desdichadas como consecuencia de una disfunción o dificultad sexual. La gente no suele revelar ni siquiera a sus amigos más íntimos que tienen un problema sexual y hasta ahora, el tener acceso a un profesional calificado les resulta difícil y a veces caro. Sin embargo, la situación está cambiando, ya que ahora existen muchos profesionales de la salud en el campo de la sexualidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

Muñoz D. Andrea, Camacho L. Paul, realizaron un trabajo de investigación en Colombia, en el año 2016. Titulado: “Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina” que tenía como **Objetivo:** Analizar datos epidemiológicos sobre prevalencia y factores de riesgo de DSF que permita disponer de un conocimiento unificado sobre estos. **Métodos:** Se revisaron bases de datos: PubMed y LILACS, entre el 01/01/2004 al 12/10/2014. Se incluyeron estudios de corte transversal que garantizaran los datos de prevalencia y de frecuencia de factores de riesgo. Se evaluó la calidad metodológica utilizando los criterios del STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology); se publicaron los resultados en tablas, reportando prevalencia y factores de riesgo con sus respectivos OR.

Resultados: Se incluyeron quince artículos, todos cumplieron con más del 70% de los ítems evaluados por el STROBE. La prevalencia de DSF se encontró entre 5,5 - 73,2%. El dominio más afectado fue el deseo, con prevalencias entre 10,4% - 52%. Al combinar los datos las variables asociadas a la presencia de DSF fueron: baja frecuencia de relaciones, edad >40 años, bajo nivel educativo, posmenopausia, pareja con disfunción eréctil, entre otros. **Conclusión:** La DSF posee una alta prevalencia a nivel mundial; la presencia de los múltiples factores de riesgo que presentan las mujeres son motivo de estudio exhaustivo. Un mejor entendimiento de la epidemiología es vital para planear estrategias de prevención y esquemas de tratamientos efectivos. ⁴

Da Silva Dourado Vanessa, Albernaz Pinheiro de Carvalho Mariana, Haissa Barros Henriques Amanda y Tavares de Oliveira Figueirêdo Danielle, realizaron un trabajo de investigación en Brasil, en el año 2016. Titulado “Sexualidad de las mujeres embarazadas en la atención primaria: Ambiente de interpretación y significados” que tenía como **Objetivo:** entender cómo las mujeres embarazadas experimentan la sexualidad durante el embarazo. **Método:** estudio descriptivo de enfoque cualitativo, desarrollado en la Atención Primaria con 13 mujeres embarazadas registradas en el SISPRENATAL de su unidad de Salud Familiar, y que estaban llevando a cabo las consultas ofrecidas por el servicio. La colección del material empírico se produjo entre septiembre de 2014 y enero de 2015, a través de una guía de entrevista semiestructurada. Los datos fueron transcritos y analizados por la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Después de las entrevistas y sistematización del material, se describen dos categorías: "El embarazo y la sexualidad: un sentido que se expresa en una multiplicidad de dimensiones" y "Salud sexual y su interrelación con los derechos reproductivos: revelando el conocimiento de las mujeres embarazadas". **Conclusión:** es esencial que haya cambios en todos los sectores sociales, ya que tanto el embarazo como la sexualidad están

impregnados de la subjetividad a veces descuidado en el enfoque de profesionales de la salud y de la familia.⁵

Stephen A. Anzaku, Emmanuel A. Ogbe, George I. Ogbu Bassey E. Edem y Stephen D. Ngwa, realizaron un trabajo de investigación en Nigeria, en el año 2016. Titulado: “Evaluación de los cambios en la respuesta sexual y los factores que influyen en la sexualidad durante el embarazo entre las mujeres Nigerianas” que tenía como **Objetivo**: determinar los cambios en los dominios sexuales de las mujeres, así como los factores que afectan sus respuestas sexuales. **Métodos**: Se incluyeron en el estudio 177 mujeres nigerianas embarazadas sanas y heterosexuales a término y en relaciones matrimoniales estables. Los autores diseñaron un cuestionario estructurado con información sociodemográfica y obstétrica. Las características, así como la evaluación de su deseo sexual, la excitación, el orgasmo, la satisfacción sexual y el dolor en comparación con el período pre-embarazo se utilizó para recoger la información. Los datos se analizaron utilizando SPSS versión 16 para Windows. **Resultados**: La edad media de las mujeres fue de $30,9 \pm 4,7$ años. La mayoría de ellas informó de la disminución del deseo sexual, la excitación, la frecuencia del orgasmo y la satisfacción sexual en comparación con el período pre-embarazo. Reducir el deseo sexual se marcó en el primer trimestre, pero el deseo sexual alcanzó su punto máximo en el segundo trimestre. Las mujeres de edades ≥ 31 años tenían cuatro veces más probabilidades de experimentar una frecuencia de aumento del orgasmo (OR 4,0, IC del 95%: 1,9 - 8,7, P = 0,02), mientras que aquellas con educación terciaria (OR 2,2, IC del 95%: 1,1 - 4,2, P = 0,02) y el embarazo no planificado (OR 2,4, IC del 95%: 1,8 - 5,0, P = 0,04) fueron más propensos a experimentar una menor satisfacción sexual en comparación con el período anterior al embarazo. **Conclusiones**: El embarazo está asociado con la disminución en todos los dominios del ciclo de la respuesta sexual femenina entre las mujeres. La edad materna más avanzada afecta positivamente a la frecuencia del

logro del orgasmo, mientras que el nivel de educación terciaria y el embarazo no planificado afectan negativamente su satisfacción sexual durante el embarazo.¹³

García Mazón Maria, realizó un trabajo de investigación en España, en el año 2016. Titulado: “El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación” que tenía como **Objetivo:** Describir los cambios que se producen en el deseo sexual de la mujer durante el embarazo. **Método:** Estudio cuantitativo descriptivo, longitudinal y prospectivo, a lo largo de la gestación. Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario con 23 ítems procedentes de cuestionarios validados. Para el análisis estadístico, se aplicó el test de la t de Student para medidas repetidas, con el programa JMP7. **Resultados:** Se estudió una muestra de 50 mujeres. La convivencia en pareja fue muy buena durante toda la gestación, observándose que la satisfacción fue menor en el tercer trimestre que en el segundo. El deseo fue mayor en el segundo trimestre que en el primero, con una erótica, una capacidad orgásmica y una satisfacción sexual menores en el tercer trimestre. **Conclusiones:** A pesar de que el deseo y la erótica disminuyeron a medida que se fue desarrollando la gestación, la satisfacción en la vida sexual se mantuvo en buenas valoraciones. El embarazo tampoco afectó a la comunicación, el respeto, la ilusión, los afectos y a compartir actividades juntos; al contrario, las gestantes refirieron estar satisfechas con su vida en pareja, y reajustaron sus expectativas sexuales y de convivencia para hacer frente a su nuevo rol de madre, manteniendo buenos niveles de satisfacción. Las matronas debemos ser receptivas a las necesidades de las gestantes en materia sexual, aportando la información necesaria para ayudarlas a vivir una sexualidad sin miedos ni preocupaciones, como fuente de satisfacción y bienestar.¹⁴

NACIONALES

Timaná Sánchez Estefanie, realizó un trabajo de investigación en Perú, en el año 2015. Titulado: "Sexualidad de las gestantes" que tenía como **Objetivo:** Determinar las características de la sexualidad en las gestantes atendidas en el Consultorio Externo de la Clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho, en el período de Febrero-Marzo, 2015. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. La muestra final fue de 72 gestantes. El instrumento fue una ficha de recolección de datos, previamente diseñada. **Resultados:** Las gestantes presentaron como antecedentes personales edades entre 15 a 19 años (63.8%), estudios secundarios (72.2%) y eran convivientes (66.6%). Entre los antecedentes obstétricos: tres a más parejas (52.7%), iniciaron relaciones sexuales entre 12 y 14 años (58%), eran multigestas (38.8%); y tenían un aborto previo (47.2%). En antecedentes sexuales no disminuyó el interés sexual (66.6%) y la frecuencia de relaciones disminuyó en el I trimestre (55.5%) y en el III trimestre (41.6%), aumentando en el II Trimestre (44.4%). El deseo sexual disminuyó en el I trimestre (52.7%) y en el III trimestre (52.7%), aumentando en el II Trimestre (48.6%). Asimismo, fueron monorgásmicas (50%). En la posición del acto sexual optaron por la de lado (34.7%). Difícilmente alcanzaron el orgasmo en el I trimestre (52.7%) y en el III trimestre (58.3%), aumentando en el II Trimestre (31.9%). No percibieron dolor y molestias durante el acto sexual (86.1%) así como no tuvieron miedo (59.7%). La mitad de mujeres cree que tener relaciones sexuales durante la gestación podría haber provocado aborto (54.2%). **Conclusiones:** Las gestantes realizan actividad sexual, sin embargo, presentan temores que no les permiten llevar una sexualidad plena, creencias que pueden ser eliminadas con consejería e información necesaria.¹

Tarco Pariapaza Nancy, realizó un trabajo de investigación en Perú, en el año 2016. Titulado: “Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital de Ventanilla que tenía como **Objetivo:** Determinar las características de la actividad sexual según el trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital de Ventanilla. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 205 puérperas del Hospital de Ventanilla seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se recogieron a través de una encuesta estructurada, aplicada mientras la puérpera se encontraba hospitalizada en el área de puerperio. Los resultados se procesaron con el programa SPSS versión 23, obteniéndose la frecuencia y el porcentaje. Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel 2013. **Resultados:** Los indicadores de la actividad sexual midieron en el primer trimestre, la intensidad del deseo sexual que resulto medianamente fuerte para el 30.7%, la facilidad de despertar el interés sexual y lubricación fue fácil para el 29.8% y 33.7% respectivamente, la frecuencia de relaciones sexuales fue de dos veces por semana en el 26%, el orgasmo no fue logrado por el 35.6%, el 81% no practico el sexo oral y el 34.4% opto por la posición sexual de la “mujer abajo”; en el segundo trimestre la intensidad del deseo sexual fue débil para el 28.8%, la facilidad de despertar el interés sexual y lubricación fue difícil para el 38.5% y 30.7% respectivamente, la frecuencia de relaciones sexuales fue de muy esporádico en el 32.6%, el orgasmo no fue logrado por el 53.7%, el 83.9% no practicó la variante de sexo oral y el 52.8% opto por la posición sexual “de costado”; en el tercer trimestre el 63.4% no tuvo deseo sexual, el 63.4% y 59.5% no presento interés sexual y lubricación respectivamente, el 34.6% no practicó relaciones sexuales, el 79% no alcanzo el orgasmo, el 88.3% no practicó la variante de sexo oral y la

posición sexual fue la “de costado” para el 66.24%. **Conclusiones:** En el primer trimestre de embarazo la actividad sexual no presentó cambios significativos respecto a antes del embarazo; en el segundo trimestre la actividad sexual ha disminuido a débil o difícil y en el tercer trimestre ha disminuido aún más al no tener deseo, interés lubricación, orgasmo y la frecuencia fue menor; es decir la actividad sexual disminuye conforme avanza cada trimestre de embarazo. El orgasmo no fue alcanzado a lo largo del embarazo para la mayoría de encuestadas y la posición sexual más optada en el segundo y tercer trimestre de embarazo fue la “De costado”.⁸

Guibovich Mesinas Alex, Angulo Delgado Tomás y Lujan Carpio Elmer, realizaron una investigación en Perú, en el año 2014. Titulado: “Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana” que tenía como **Objetivo:** conocer las características de la actividad sexual en gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a hospitales públicos de Lima Metropolitana. **Materiales y Métodos:** Estudio exploratorio, multicéntrico, descriptivo y transversal, realizado durante el primer semestre del 2014 en 9 hospitales públicos de Lima Metropolitana. La muestra fue conformada por las gestantes sin riesgo obstétrico que asistieron a los Consultorios Externos de los Servicios de Obstetricia. Se usó un modelo no probabilístico por conveniencia. En quienes aceptaron voluntariamente participar y firmaron el consentimiento informado, se realizó una encuesta validada por expertos. La información fue analizada usando el software STATA 21. **Resultados:** Se encuestaron 1991 gestantes, 924 (46,4%) tenían entre 15 y 25 años, la mayoría eran casadas, y católicas (81,8%) y 1380 (69,3%) habían nacido en Lima. La mayoría, era multigesta (46,3%), con embarazo a término y 86,3%, afirmó no haber tenido RN pretérmino. 1347 (67,6%) tenían parto vaginal. La frecuencia de actos sexuales, el deseo sexual, el patrón de respuesta y el miedo a ejercer relaciones sexuales disminuyó de

periodicidad a mayor edad gestacional. El miedo a tener actos sexuales aumentó de 12,6% a 76,2% en el tercer trimestre. La mayoría, refirió ausencia de orgasmo durante el coito (42, 8%). La posición para el acto sexual pasó de “Él sobre ella” durante el primer trimestre a “De lado”, durante el tercer trimestre, con significancia estadística. **Conclusión:** A mayor edad gestacional, la actividad sexual en las gestantes de Lima Metropolitana tiende a disminuir en frecuencia, deseo, y ciclo de respuesta. Siendo la posición “De lado” la más utilizada en el tercer trimestre.⁹

Moreno Martínez Gabriela, Quilca Pinedo Noemi, realizaron un trabajo de investigación en Perú, el año 2016. Titulado: “Factores asociados en la Disfunción Sexual durante el embarazo” que tuvo como **Objetivo:** Determinar los factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, periodo enero - octubre 2016. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal de 201 gestantes aplicando el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y para el análisis estadístico se empleó la prueba de Chi cuadrado. **Resultados:** La edad promedio de las gestantes fue $26,2 \pm 4,3$ años, donde el 94,5% corresponden a gestantes entre 19 a 34 años de edad. Las características sociodemográficas predominantes fueron las convivientes con 64,2% y grado de instrucción secundaria con 46,8%. Presentaron disfunción sexual en el 42,8% de gestantes estudiadas. Los factores asociados que influyeron en la disfunción sexual fueron: edad gestacional ($p < 0,001$); embarazo no planificado ($p < 0,001$) y la presencia de infección del tracto urinario ($p < 0,001$). La infección de tracto urinario es 5,7 veces mayor en las gestantes con disfunción sexual respecto a aquellas que no tienen disfunción sexual. En el tercer trimestre de gestación la disfunción sexual es 13,5 veces mayor respecto a aquellas que no tienen disfunción sexual. La prevalencia de la disfunción sexual es mayor en el primer y tercer trimestre de gestación; en cambio, mejora

la sexualidad en el segundo trimestre de gestación. Las gestantes que planificaron su embarazo presentan una mayor valoración en el dominio de satisfacción; mientras, las que no planificaron presentan una mayor valoración en la fase lubricación y satisfacción. La presencia de infección del tracto urinario deteriora significativamente la función sexual alterando todos los dominios. **Conclusiones:** Los hallazgos sugieren que los factores asociados como infección del tracto urinario, embarazo no planificado influyen en la disfunción sexual durante el embarazo con mayor prevalencia durante el primer y tercer trimestre de gestación.¹⁰

2.2 BASES TEÓRICAS

SEXUALIDAD HUMANA

Es una dimensión fundamental del ser humano ya que es necesaria para identificar al ser humano como tal, y está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás.¹⁵

En la antigüedad, se consideraba que la sexualidad de los seres humanos y la de los animales eran instintiva. Los comportamientos sexuales, estaban determinados biológicamente y todas aquellas prácticas que no estaban dirigidas a la procreación eran consideradas como antinaturales.¹⁶

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como; un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos,

fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.¹⁵

FUNCIÓN SEXUAL

Toda estructura orgánica cumple una función que le es propia, es decir, un conjunto de actividades que le caracterizan. Las actividades pertinentes al sexo se denominan sexuales; por lo que la función sexual, expresa las actividades propias o características del sexo (Bianco y Aragón, 1996). En la función sexual existen tres elementos:

Situación/estímulo

Es la acción mediante la cual ocurre un cambio en el ambiente externo o interno del organismo que induce o provoca una respuesta sexual. En ella se reconocen tres aspectos fundamentales.

Administrador del estímulo.

Que tiene que ver con la fuente de estimulación sexual (persona, animal u objeto). En cuanto a este aspecto se puede ser: heterosexual, homosexual o bisexual. Por lo general, la embarazada posee un patrón heterosexual, pero se han descrito mujeres que durante la gestación han tenido experiencias homosexuales, sin que ello modifique en forma permanente su patrón posterior. Estas relaciones homosexuales son productos de carencias afectivas. Cuando ocurre un embarazo en mujeres homosexuales, generalmente es por deseo de la maternidad o por cubrir una apariencia de tipo social.¹⁷

Método de aplicación del estímulo.

Que se relaciona con el tipo de estructura activada y con el procedimiento utilizado. Durante el embarazo aumenta la capacidad de

desarrollar fantasías eróticas y es frecuente la búsqueda de diversas maniobras excitadoras y posiciones poco usadas durante el coito.

Frecuencia de administración

Que se refiere a la cantidad de veces que durante un período determinado el sujeto desea activar la función sexual (Bianco y Aragón, 1996). Lo usual es que la frecuencia disminuya en el primer trimestre del embarazo, principalmente por miedo al aborto; aumenta en el segundo trimestre, posiblemente por la congestión pélvica; y disminuye en el tercer trimestre por miedo a lastimar el feto o a precipitar el parto (Masters and Johnson, 1966).

Un estudio encontró no solo una disminución de la frecuencia sexual, sino también una disminución del interés sexual y de la capacidad de lograr el orgasmo (Solberg et al, 1973).¹⁷

Respuesta

Se caracteriza por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan prácticamente todo el organismo y que son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos. Esta respuesta ocurre en la forma de dos fenómenos fisiológicos fundamentales: la vasocongestión, superficial y profunda, y la miotonía, generalizada y específica. Estos fenómenos provocan una serie de reacciones que por su ubicación pueden ser divididas en genitales y extragenitales. En los trabajos de Masters y Johnson (1966), se describieron con precisión científica las reacciones funcionales que experimentan los hombres y las mujeres durante las diversas etapas del ciclo de respuesta sexual y la dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgásmica y resolutive.¹⁷

Tiempo de funcionamiento

Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la función sexual hasta que termina la respuesta (Bianco y Aragón, 1996). En cuanto a la identidad del sexo, éste generalmente no se altera. La mujer mantiene su condición y sentir de hembra y, cuando se altera, es porque está presente algún síndrome orgánico o psicótico. Se puede afirmar que cuando el embarazo es deseado y no ocurren complicaciones médicas la función sexual está bien preservada.¹⁷

RESPUESTA SEXUAL DURANTE LA GESTACIÓN

Durante la fase de respuesta sexual ocurren una serie de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales, que abarcan prácticamente todo el organismo y son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos.

Todos estos cambios se producen siempre en cualquier tipo de relación sexual, y en cualquier conducta sexual: masturbación, relación con o sin penetración y pueden o no terminar en orgasmo.¹⁹

Los trabajos de Masters y Johnson, publicados en 1966, se describieron con precisión científica las reacciones funcionales que experimentan los hombres y las mujeres durante las diversas etapas del ciclo de respuesta sexual.

Estos autores dividieron las fases de la respuesta sexual en cuatro: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente Helen Singer Kaplan, en 1978, añadió una fase inicial de deseo y Sandra Leiblum, en 1990, agregó una fase final llamada satisfacción.²²

FASE DE DESEO

Podemos decir que estas cuatro fases definidas por Masters y Johnson tienen un inicio: el deseo. Aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. En estas mujeres, el interés sexual, puede verse afectado de diversas maneras según el tipo relación sexual que mantenga, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta de información, estado hormonal, etc. ²³

FASE DE LA 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 doloroso al inicio. ²¹

FASE DE LA MESETA

Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que estos autores denominan “plataforma orgásmica” (Masters y Johnson, 1972).

El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito (Castelo-Branco et al., 2005).¹⁸

FASE DEL ORGASMO

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individual. El útero también se contrae a intervalos regulares.

Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas (Masters y Johnson, 1972).²²

En lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continua sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30

minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento.

La contractilidad uterina postcoital o post-orgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital (Castelo-Branco et al., 2005).¹⁸

FASE DE LA RESOLUCIÓN

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. Esta etapa en la mujer embarazada es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y el sentido de frustración. En su estudio observaron que tres de las seis mujeres estudiadas habían manifestado durante la gestación múltiples orgasmos (Masters y Johnson, 1972).²²

La gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables tal vez faciliten la sexualidad de la pareja. La congestión pelviana, sin embargo, podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, hecho manifestado por gran cantidad de mujeres en las consultas sanitarias y que se constituye la causa más importante de disminución de la frecuencia coital (Castelo-Branco et al., 2005).¹⁸

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL QUE SE PRODUCEN DURANTE EL EMBARAZO

PRIMER TRIMESTRE

En los primeros tres meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante el embarazo y a asumir su nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, grandes y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias.¹⁹

El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores, pero sí parece coincidente que el primer trimestre de embarazo habitualmente se acompaña de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante.

Como hemos visto anteriormente, un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en esta etapa del embarazo.¹⁹

Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor. Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios.¹⁹

SEGUNDO TRIMESTRE

Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo sexual ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales.¹⁹

La vasocongestión genital durante la fase de la excitación puede llegar a ser tan intensa en esta etapa que el orificio vaginal se reduce en un 75 % según describieron Master y Johnson.¹⁹ La vagina está más lubricada en esta etapa y esto favorece la penetración por lo que existe una mayor satisfacción.²²

Es importante comentar que algunas mujeres tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.¹⁹

TERCER TRIMESTRE

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual en la mayoría de mujeres, generalmente debido a exigencias físicas, dado el volumen que adquiere el abdomen materno y la sensación de pesadez.¹⁷ Muchas veces por miedo a desencadenar el parto. En algunos casos por aspectos psicológicos, puede 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 hacen pensar que es poco o nada atractiva para su pareja y exista una marcada disminución en la actividad coital.²¹

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones

placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles.¹⁹

CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL EMBARAZO

La sexualidad femenina sufre modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. El embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático. Podríamos afirmar que es todo lo contrario. Durante el embarazo se expresan profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer; los hombres, en cambio, pueden presentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido. Estas manifestaciones pueden iniciarse y agravarse durante el embarazo y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual.¹⁸

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

espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes. La sexualidad durante el embarazo implica cambios en los factores físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales, que guardan una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de la pareja.¹⁹

CAMBIOS QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

CAMBIOS FÍSICOS

Podemos encontrar numerosas alteraciones en el sistema cardiovascular. Debido a la dificultad del retorno venoso y aumento de la presión venosa en piernas y pelvis menor por la compresión del útero gestante aparecen varices en vulva y miembros inferiores, edemas en los pies y hemorroides. Se produce un aumento de la volemia en un 35-40% causando hemodilución y anemia fisiológica del embarazo, lo que unido a la vasodilatación que se produce provocarán mareos y lipotimias.²⁴

Fisiológicamente, el corazón sufre un desplazamiento hacia la izquierda, hacia delante y se horizontaliza por aumento del tamaño del útero. En la recta final del embarazo precisamente por el crecimiento del útero se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho. Todo ello provocará un aumento del gasto cardíaco⁴ para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto, aumento del riego sanguíneo cutáneo provocando sensación de acaloramiento, piel húmeda y congestión nasal, aumento de la frecuencia cardíaca e incremento de los factores de coagulación.²⁴

Aparecen alteraciones cutáneas y es común la presencia de cloasma, melasma o máscara del embarazo, así como la línea de alba debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. Pueden aparecer estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso y dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer. Puede experimentar un aumento en la caída del cabello, que volverá a la normalidad una vez se normalice tras el parto.

Aparecen también alteraciones digestivas como las gingivitis, comunes en los embarazos debido a la inflamación de las encías, así como un aumento de la producción de saliva (ptialismo), del apetito y la sed y se alterará el metabolismo de los carbohidratos y lípidos.²⁴

Debido a los cambios metabólicos, al principio del embarazo existirá tendencia a la hipoglucemia, mientras que en la segunda mitad del embarazo hay tendencia a la hiperglucemia. La posible aparición de epulis es debida al aumento de estrógenos fundamentalmente, al déficit de folatos y presencia de HCG en la saliva. El aumento de la progesterona se relaciona con la relajación de la musculatura intestinal, que unido a la disminución del peristaltismo se produce un estreñimiento.²⁴

Puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior. Muy común es la aparición de náuseas y vómitos de etiología variada normalmente por la mañana y durante el primer trimestre.²²

Entre las alteraciones musculoesqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvico-ureteral con el consiguiente aumento del volumen renal.

En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. El aumento del flujo plasmático renal y el filtrado glomerular provocarán una eliminación urinaria con una mayor proporción de sustancias como la urea y la creatinina y, por lo tanto, disminuirá su concentración en plasma sanguíneo. Al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria.²⁴

Conforme aumenta el volumen del útero se produce una protusión de las costillas inferiores y elevación del diafragma unos 4cm que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea.²⁴

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido. Sin embargo, aún son escasos los estudios

que profundizan en el área psicológica y en los aspectos que repercuten directamente en su estado de ánimo y en su salud.²⁵

Parece razonable pensar que el bienestar psicológico y subjetivo, así como emocional de la mujer, sobre todo en esta época de su vida, puede estar relacionado con el funcionamiento y con la salud sexual.²⁶

Un factor que puede estar presente ya desde el primer trimestre, y por supuesto, destacado durante el proceso de parto, es el miedo al dolor y posteriormente el dolor durante el trabajo de parto. Diferentes investigaciones han resaltado la importancia de las estrategias de afrontamiento, siendo más eficaces en aquellos sujetos caracterizados como "no catastrofistas". El que los individuos tengan alternativa para elegir diferentes estrategias, puede influir en la atenuación de la respuesta de dolor.²⁷

Este miedo continuará presente en el momento de la reanudación de las relaciones coitales, y con él también el miedo a una nueva gestación. Esto crea ansiedad no solo en la mujer sino en la pareja.²⁷

Entre los factores que se relacionan con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el tipo de personalidad pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008).

CAMBIOS SOCIALES

La mujer debe adaptarse al nuevo rol materno, y todo lo que ello conlleva en su vida diaria. El nacimiento de un bebé es vivido como un acontecimiento social positivo en el que participan otras personas allegadas aportando información no siempre apropiada.²⁵

Esto provoca cambios en la situación familiar nuclear por la llegada de un nuevo miembro. Comienzan a surgir obligaciones y responsabilidades de las que no se tenían consciencia antes de la llegada del recién nacido. Se hace necesario establecer roles flexibles en cuanto a la asignación o repartición de tareas tanto domésticas, sociales, como de cuidados, etc.¹⁸

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexuado, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto.¹⁸

Frecuentemente la sexualidad ha sido ignorada en el diálogo entre la embarazada y el profesional sanitario o se le han impuesto a ésta arbitrarios períodos de abstinencia (presumiblemente para asegurar el éxito del embarazo) o el obstetra no ha sido adecuadamente claro y explícito sobre alguna indicación de cambio en la actividad sexual. La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas recomendaciones pueden llevar a limitar de forma extrema los contactos sexuales o directamente anularlos. En ambas situaciones se puede ver alterada su relación de pareja.¹⁸

El estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico.

Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a alteraciones físicas e incomodidad.¹⁸

La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censuradora que no aprueba la sexualidad general y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito a la vez de su consecuencia fisiológica.¹⁸

No es raro encontrar parejas que describen que su vida sexual durante los embarazos ha sido reducida a cero, ya sea por factores de ella o de él y aún más importante por la dinámica conyugal de ambos, que a menudo por cierto les pasa inadvertida.²⁸

Es preciso señalar que el cambio de una actividad sexual a otra priva a la mujer del coito pero no de otras formas de actividad erótica con su pareja. La historia íntima de cualquier pareja contiene, sin lugar a dudas, alguna forma de actividad placentera sustituta durante los lapsos de inactividad coital justificada por alteraciones o prescripción médica durante estos meses. En cualquier caso, la importancia de los factores emocionales y afectivos en esta etapa es sin duda relevante.²⁸

Habría que tener en cuenta que todas estas manifestaciones relativas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo a los valores vigentes de cada estrato socio-cultural. Los comportamientos sexuales

colocan en evidencia las varias y diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo como un todo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y la forma de experimentar la sexualidad.²⁸

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **ACTIVIDAD SEXUAL:** es una expresión conductual de la sexualidad. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo.³²
- **SEXUALIDAD:** es una manifestación de libertad y una actitud personal e intencionada de liberación de liberación y gozo. Es la expresión de un mundo interior complejo, variable, íntimo, y personal.²⁷
- **EMBARAZO:** es el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento. Periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento del niño; la duración normal es de menos de 280 días o nueve meses naturales; también denominado gestación.²⁸
- **COITO:** unión sexual de un hombre y una mujer, en el cual el pene se introduce a la vagina.³⁰
- **ORGASMO:** punto máximo o clímax de la excitación durante la actividad sexual.³⁰
- **DESEO:** Fase que consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el interés de llevarlas a cabo.³⁷

- **EXCITACIÓN:** Fase en la que predomina la sensación subjetiva de placer sexual, originada por la estimulación física o psicológica, que va acompañada de cambios fisiológicos como la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación, expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.³⁷
- **LUBRICACIÓN:** Fenómeno en el que hay un incremento de la producción del líquido vaginal.³⁵
- **DOLOR:** Se refiere a la contracción de los músculos que rodean la entrada de la vagina al momento de la penetración.³⁶
- **SATISFACCIÓN:** Grado de bienestar y plenitud, o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual.³⁵
- **FRECUENCIA SEXUAL:** cantidad de veces en que sucede la actividad sexual.³⁵

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo Comparativo: Porque comprende el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, sin manipular a la gestante, comprando diferencias o similitudes en cada trimestre de gestación.

Prospectivo: Porque busca determinar resultados a futuro sobre los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en las gestantes.

Transversal: Porque se recolectan los datos de las gestantes en un solo momento.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo: porque se caracteriza por su interés en buscar la causa del problema principal y actuar sobre ello.

3.1.3 MÉTODO

Cuantitativo: porque se utilizan estadísticas para conocer ciertos aspectos sobre la actividad sexual en las gestantes.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 POBLACIÓN

La presente investigación se realizó en el “Centro Materno Infantil Rímac”, está conformada por 60 gestantes que asistieron a consulta de Gineco-obstetricia durante los meses agosto y setiembre del año 2017.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Gestantes mayores de edad atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Centro Materno Infantil Rímac.

3.2.2 MUESTRA

Se trabajó con el total de la población que estuvo conformada por 60 gestantes que acudieron al Centro Materno Infantil Rímac y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de Inclusión**
 - Gestante que realice sus controles prenatales en el Centro Materno Infantil Rímac.
 - Gestante del primero, segundo y tercer trimestre.
 - Gestante mayor de 18 años.
 - Gestante sin patología materna.

- **Criterios de Exclusión**
 - Gestante que no desee participar del estudio.
 - Gestante con amenaza de aborto.
 - Gestante con diagnóstico de placenta previa.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

La técnica de recolección de datos del presente estudio fue una encuesta dirigida a las gestantes sobre el comportamiento de la actividad sexual durante el embarazo.

Se solicitó la autorización del jefe del establecimiento a través de una carta de la dirección de la escuela.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Se utilizarán dos instrumentos. El primer instrumento fue una ficha de recolección de datos y tuvo las siguientes características:

En la primera parte se encuentran los datos generales de la paciente y cuenta con 4 ítems (edad, ocupación, estado civil, estudios). La segunda parte, los antecedentes personales con 2 ítems (inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales).

La tercera parte, el embarazo actual con 5 ítems (fórmula obstétrica, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, edad gestacional y trimestre de gestación).

El segundo instrumento fue una encuesta que se elaboró en base al Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), desarrollado y validado inicialmente por Rosen y Cols., y revalidado posteriormente por Blümel y Cols., en el año 2004.

Está conformado por 20 preguntas agrupadas en 7 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y frecuencia de relaciones sexuales, cada pregunta tiene 4 opciones, asignándoles un puntaje de 0 a 4. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor (anexo N°3) y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje, mejor función sexual.

Juicio de expertos: se buscó la opinión de 3 expertos, entre docentes investigadores y obstetras magister, que tenían experiencia en estudios de esta índole; cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para validar dicho instrumento.

3.4 PROCEDIMIENTOS

- Se enumeró cada ficha de recolección de datos.
- Se creó una hoja de cálculo en el programa SPSS versión 23.
- Seguidamente los datos fueron procesados a través del programa (SPSS) Software informático, versión 23.
- Finalmente, se procedió a presentar los resultados en gráficos para su correspondiente interpretación.

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS**

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

I. DATOS GENERALES

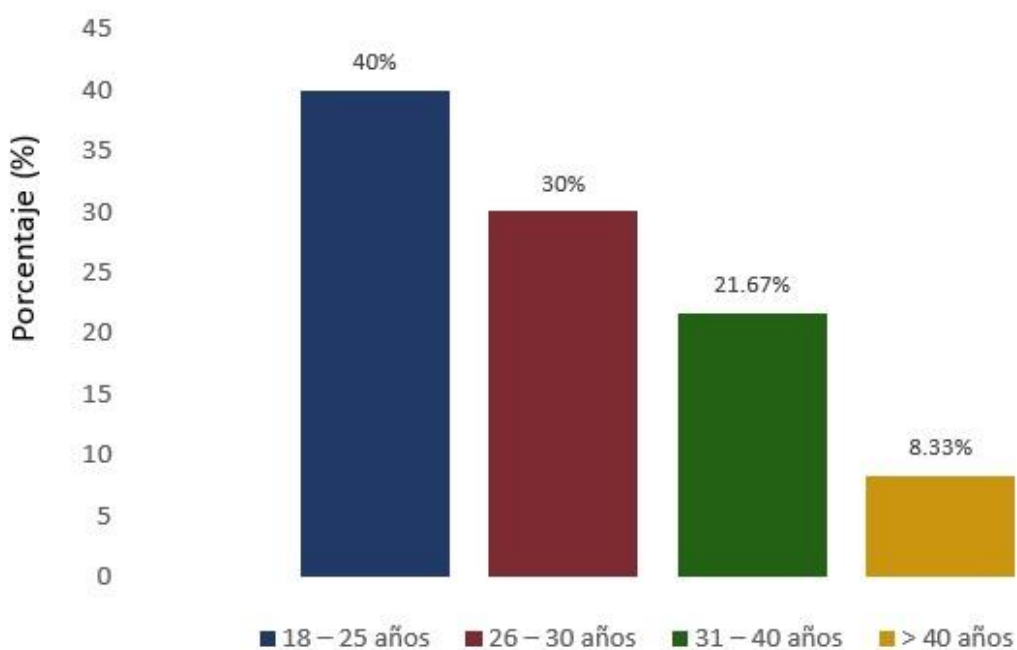
EDAD DE LAS GESTANTES

Tabla N°1

	n	%
18 – 25 años	24	40
26 – 30 años	18	30
31 a 40 años	13	21,67
> 40 años	5	8,33

EDAD DE LAS GESTANTES

Gráfico N° 1



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la edad, se observó como resultado, que la mayor edad es de 18-25 años con un (40%), y la menor edad fue en mayores de 40 años con un (8,33%).

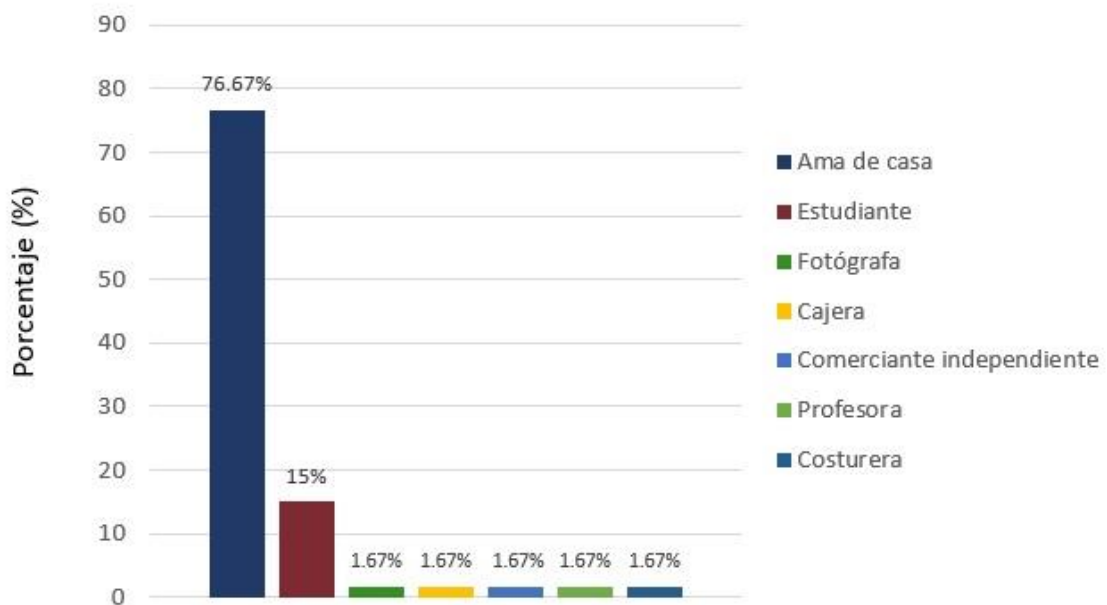
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES

Tabla N°2

Ocupación	Trimestres						Total	
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ama de casa	7	11.67	15	25	24	40	46	76.67
Estudiante	3	5	4	6.67	2	3.33	9	15
Fotógrafa	0	0	0	0	1	1.67	1	1.67
Cajera	1	1.67	0	0	0	0	1	1.67
Comerciante independiente	0	0	0	0	1	1.67	1	1.67
Profesora	0	0	0	0	1	1.67	1	1.67
Costurera	1	1.67	0	0	0	0	1	1.67
Total	12	20	19	31.67	29	48.33	60	100

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES

Gráfico N°2



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la ocupación, la mayoría de las gestantes, son amas de casa con un (76,67%), mientras que el (1,67%) poseen la ocupación de estudiantes, fotógrafas, cajeras, comerciantes independientes y profesora.

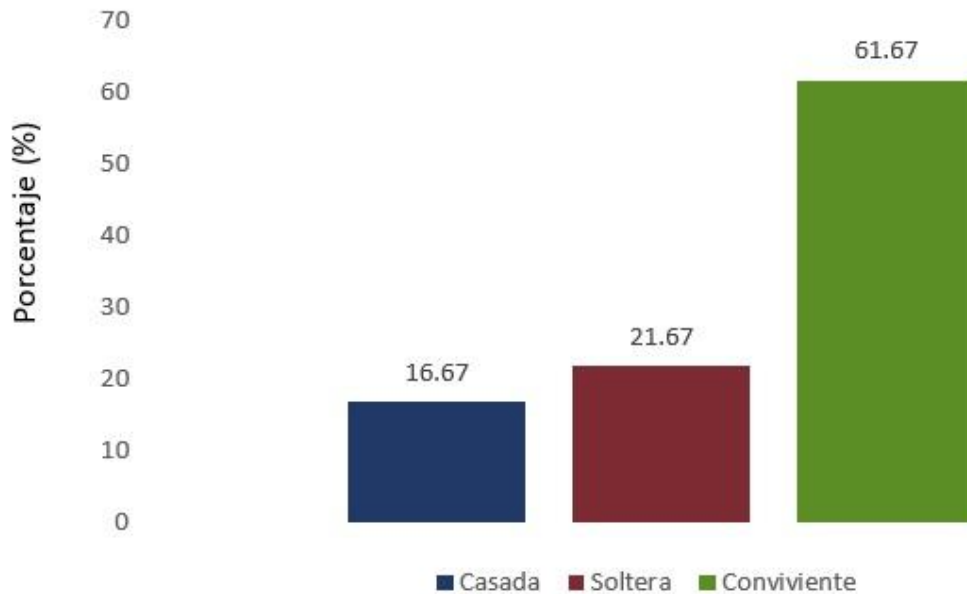
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES

Tabla N°3

Estado civil	Trimestres						Total	
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Soltera	2	3.33	3	5	5	8.33	10	16.67
Casada	1	1.67	6	10	6	10	13	21.67
Conviviente	9	15	10	16.67	18	30	37	61.67
Total	12	20	19	31.67	29	48.33	60	100

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES

Gráfico N°3



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto al estado civil, se encontró que la gran mayoría de gestantes son convenientes, con un (61,67%). Mientras que un (16,67%) de gestantes son casadas y un (21,67%) son solteras

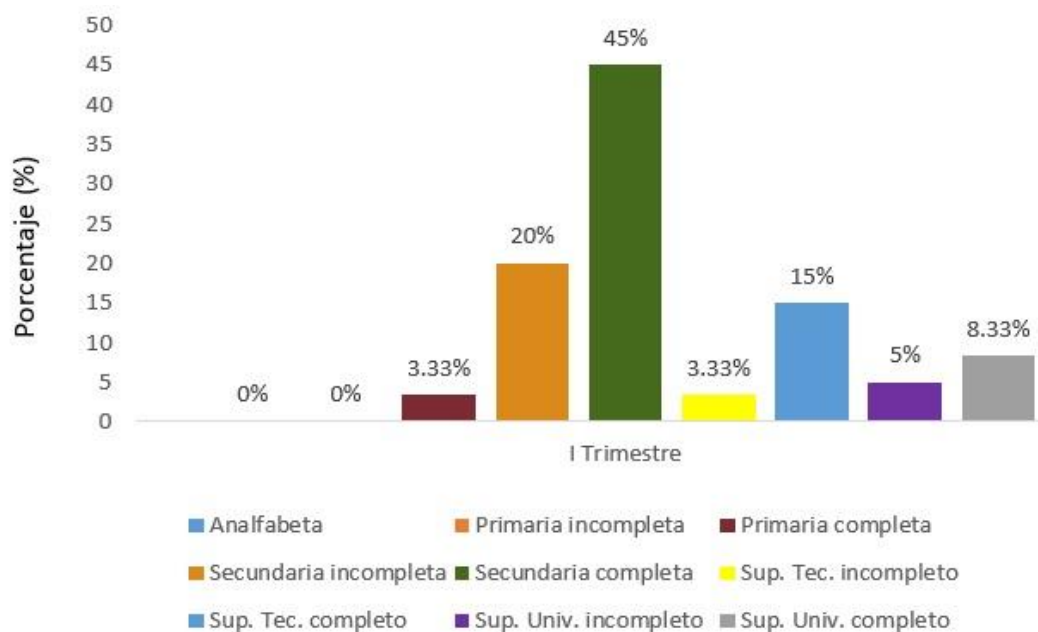
ESTUDIOS DE LAS GESTANTES

Tabla N°4

Grado de Instrucción	Trimestres						Total	
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Analfabeta	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria completa	0	0	0	0	2	3.33	2	3.33
Secundaria incompleta	3	5	4	6.66	5	8.33	12	20
Secundaria completa	4	6.66	10	16.66	13	21.66	27	45
Sup. Tec. incompleto	0	0	0	0	2	3.33	2	3.33
Sup. Tec. completo	3	5	2	3.33	4	6.66	9	15
Sup. Univ. incompleto	1	1.66	1	1.66	1	1.66	3	5
Sup. Univ. completo	1	1.66	2	3.33	2	3.33	5	8.33
Total	12	20	19	31.67	29	48.33	60	100

ESTUDIOS DE LAS GESTANTES

Gráfico N° 4



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto al nivel de educación, se encontró que la mayoría de gestantes, tenía secundaria completa, con un (45%), mientras que un (3,33%) tenía solo primaria completa.

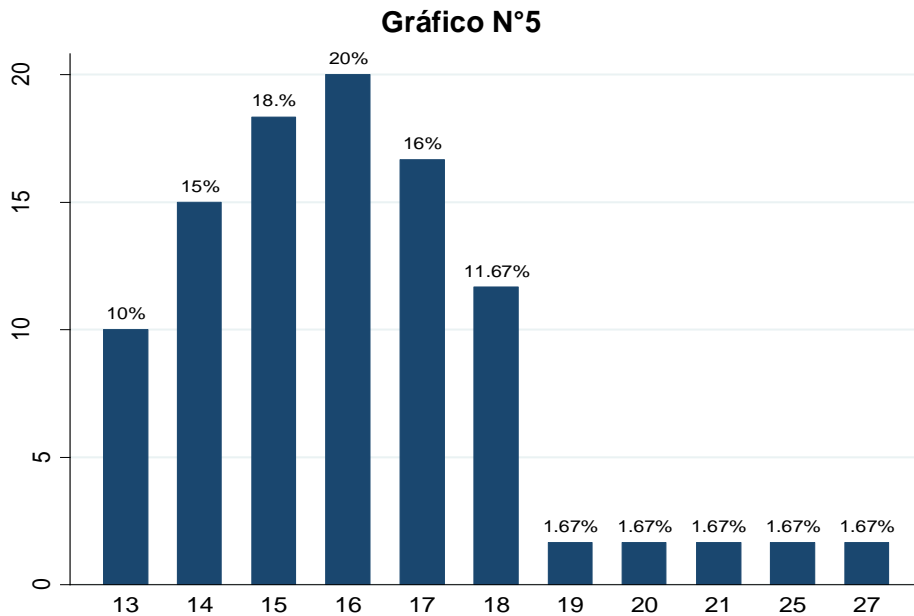
II. ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Tabla N°5

Edad	n	%
13 años	6	10
14 años	9	15
15 años	11	18.33
16 años	12	20
17 años	10	16.67
18 años	7	11.67
19 años	1	1.67
20 años	1	1.67
21 años	1	1.67
25 años	1	1.67
27 años	1	1.67

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto al inicio de relaciones sexuales, se encontró que la edad de 16 años predominó, con un (20%), mientras que un (1,67%) inició sus relaciones sexuales cuando eran mayores de edad.

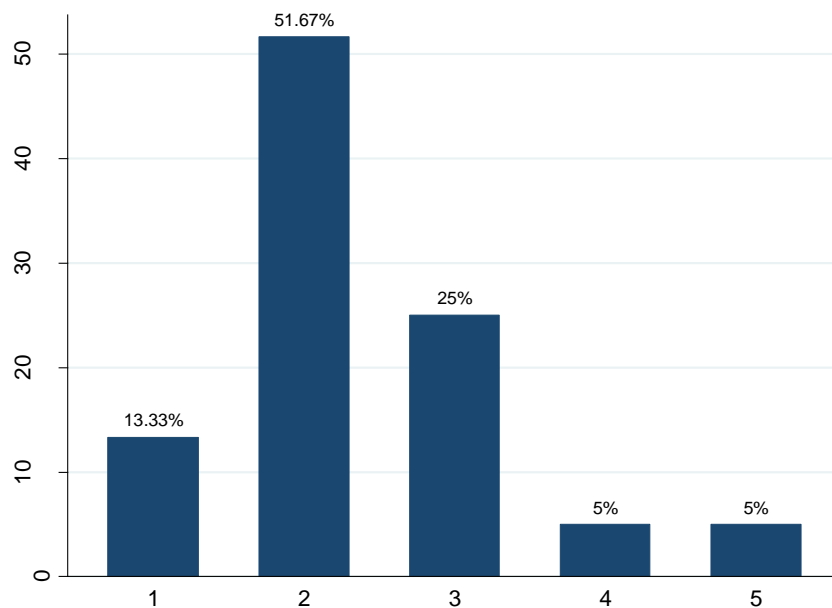
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Tabla N°6

Número de parejas sexuales	n	%
1	8	13.33
2	31	51.67
3	15	25
4	3	5
5	3	5

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Gráfico N°6



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la andría, se encontró que un (51,67%), tuvo dos parejas sexuales, mientras que un (5%), tuvo de más de cuatro parejas sexuales.

III. EMBARAZO ACTUAL

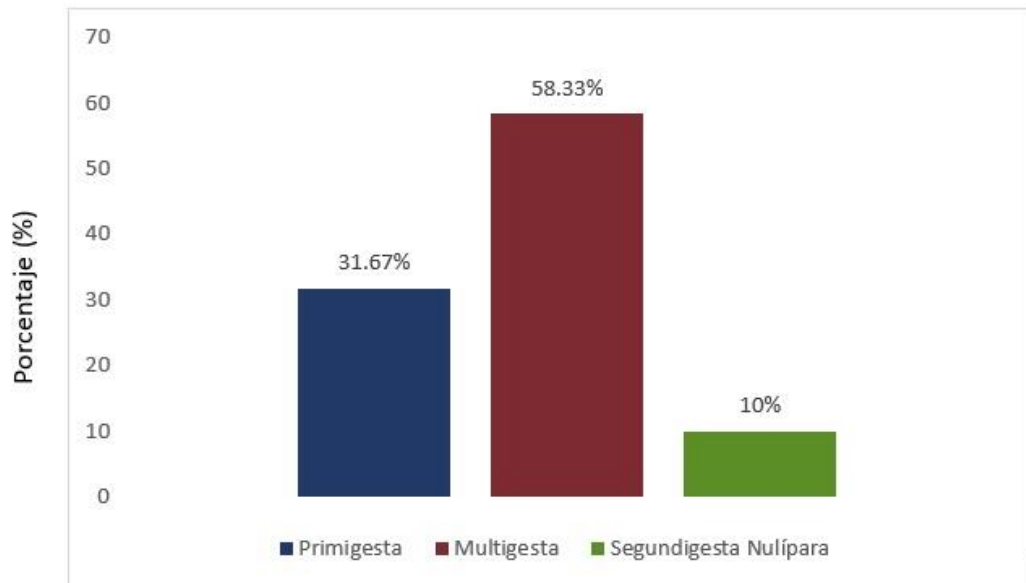
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tabla N°7

Antecedentes obstétricos	n	%
Primigesta	19	31.67
Multigesta	35	58.33
Segundigesta nulípara	6	10

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gráfico N°7



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a los antecedentes obstétricos, se encontró que la gran mayoría de gestantes fueron multigestas, con un (58.33%), mientras que un (31.67%) eran primigestas. Y solo un (10%) eran segundigestas nulíparas.

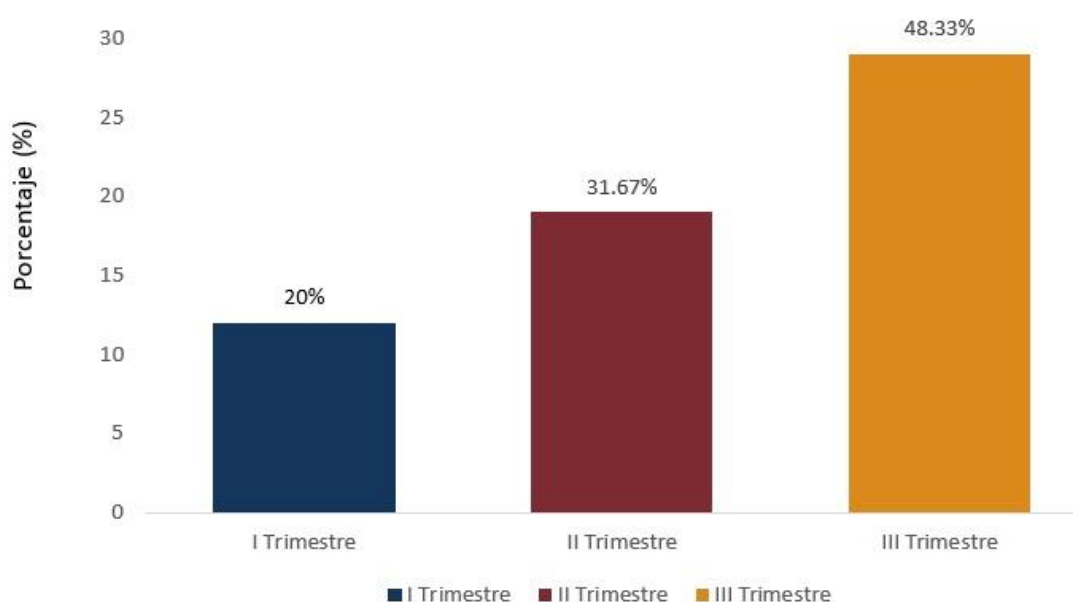
EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRES

Tabla N°8

	n	%
< 14 semanas (I Trimestre)	12	20
14 – 26 semanas (II Trimestre)	19	31.67
> 26 semanas (III Trimestre)	29	48.33

EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRES

Gráfico N°8



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

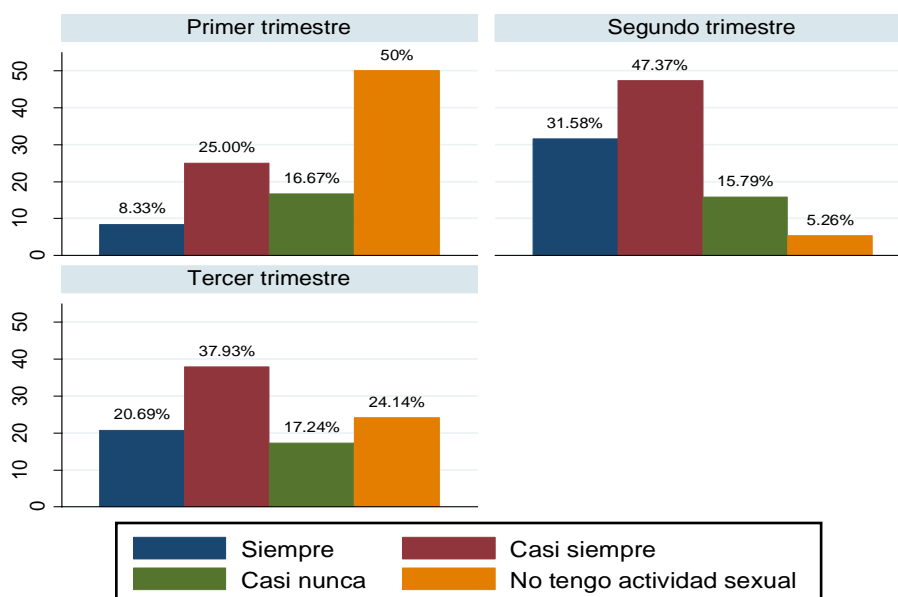
Respecto al trimestre de gestación, predominó el tercer trimestre con un (48.33%), mientras que un (31.67%), fueron gestantes del segundo trimestre y un (20%), fueron gestantes del primer trimestre.

IV. FUNCIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

DESEO SEXUAL
Tabla N°9

Deseo sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	6	31.58	6	20.69
Casi siempre	3	25	9	47.37	11	37.93
Casi nunca	2	16.67	3	15.79	5	17.24
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

DESEO SEXUAL
Gráfico N°9



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

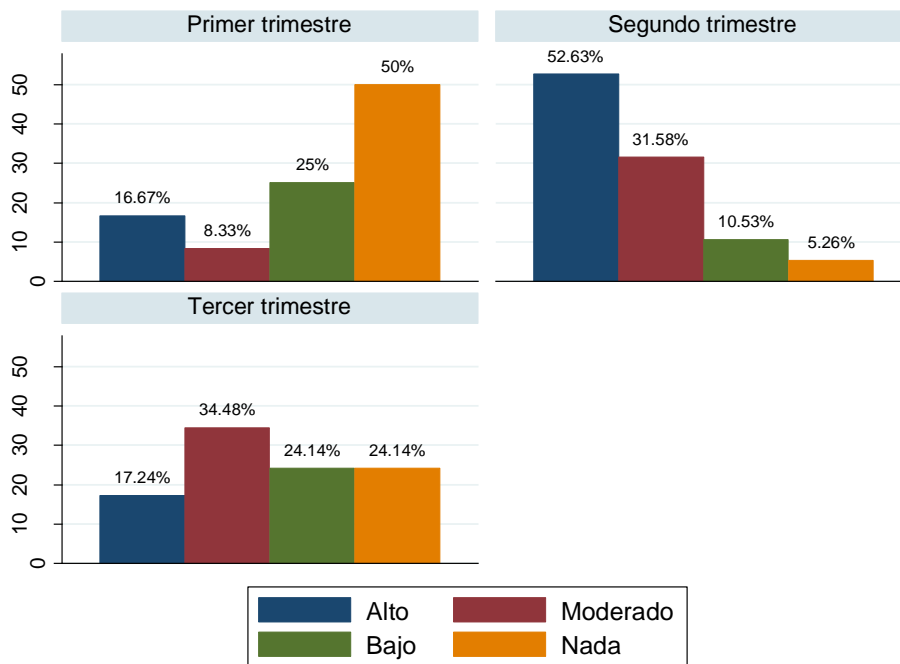
INTERPRETACIÓN:

Respecto al deseo sexual, en el **PRIMER TRIMESTRE**, este se encontró disminuido con un (8.33%), pero durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, hubo un notable incremento del (31.58%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, volvió a disminuir, alcanzando solo un (20.69%).

INTENSIDAD DE DESEO SEXUAL
Tabla N°10

Intensidad de deseo sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Alto	2	16.67	10	52.63	5	17.24
Moderado	1	8.33	6	31.58	10	34.48
Bajo	3	25	2	10.53	7	24.14
Nada	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

INTENSIDAD DE DESEO SEXUAL
Gráfico N°10



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la intensidad de deseo sexual se encontró que, durante el **PRIMER TRIMESTRE**, solo el (16.67%), tuvieron una alta intensidad de deseo sexual. De igual modo, un (52.63%), durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, tuvieron una alta intensidad. Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, solo el (17.24%), tuvieron una alta intensidad de deseo sexual.

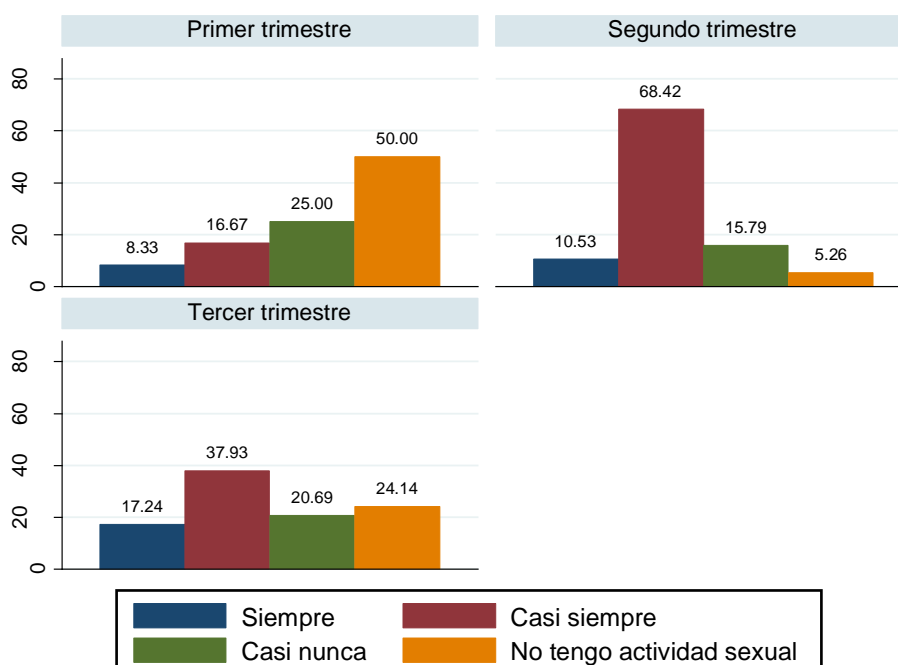
EXCITACIÓN

Tabla N°11

Excitación	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	2	10.53	5	17.24
Casi siempre	2	16.67	13	68.42	11	37.93
Casi nunca	3	25	3	15.79	6	20.69
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

EXCITACIÓN

Gráfico N°11



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la excitación, en el **PRIMER TRIMESTRE**, se encontró disminuido con un (16.67%), mientras que, durante el **SEGUNDO TRIMESTRE** aumentó, alcanzando un (68.42%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE** hubo una disminución del (37.93%).

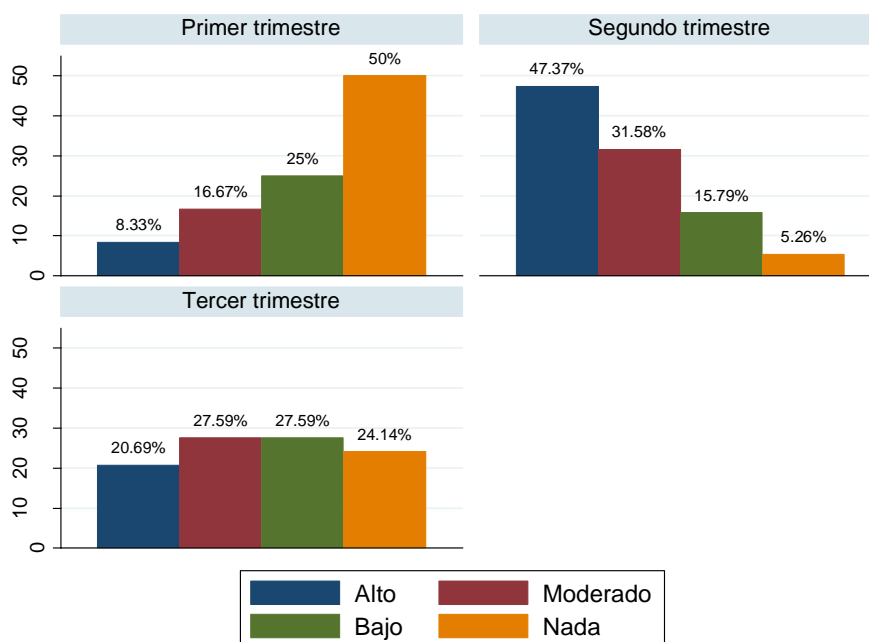
NIVEL DE EXCITACIÓN

Tabla N°12

Nivel de excitación	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Alto	1	8.33	9	47.37	6	20.69
Moderado	2	16.67	6	31.58	8	27.59
Bajo	3	25	3	15.79	8	27.59
Nada	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

NIVEL DE EXCITACIÓN

Gráfico N°12



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

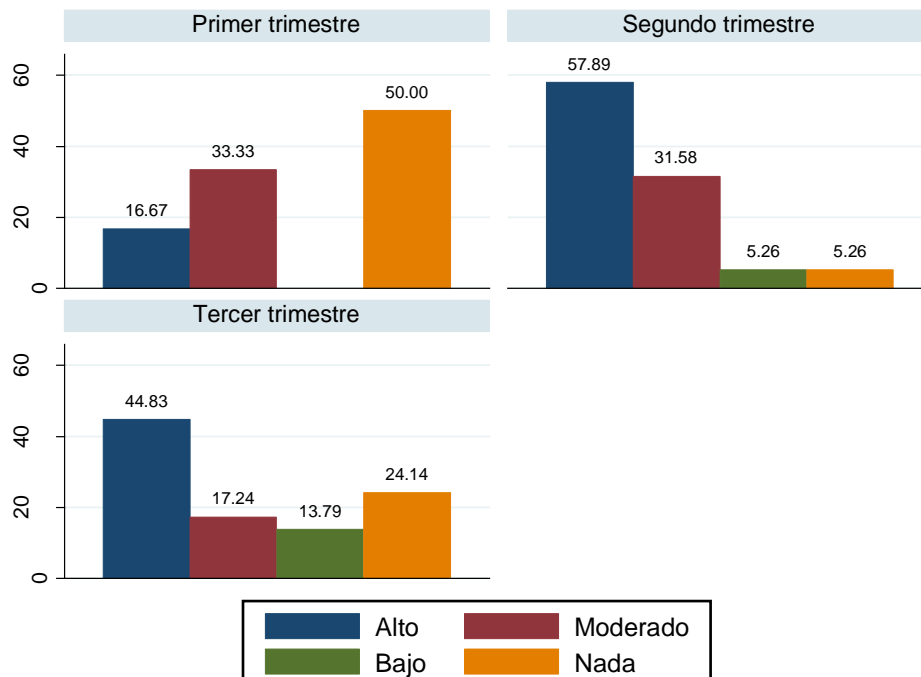
INTERPRETACIÓN:

Respecto al nivel de excitación se encontró que, durante el **PRIMER TRIMESTRE**, el (25%) de gestantes, presentaron un bajo nivel. Mientras que, en el **SEGUNDO TRIMESTRE** el (47.37%) de gestantes, presentaron un alto nivel y durante el **TERCER TRIMESTRE** un (27.59%) de gestantes, presentaron un bajo y moderado nivel de excitación.

CONFIANZA DE EXCITACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Tabla N°13

Confianza	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Alto	2	16.67	11	57.89	13	44.83
Moderado	4	33.33	6	31.58	5	17.24
Bajo	0	0	1	5.26	4	13.79
Nada	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

CONFIANZA DE LA EXCITACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Gráfico N°13



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la confianza de la excitación, durante la actividad sexual se encontró que, durante el **PRIMER TRIMESTRE**, solo un (16.67%) de gestantes, tenía alto nivel de confianza, pero durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, se incrementa a un (57.89%), manteniendo un alto nivel de confianza. Sin embargo, en el **TERCER TRIMESTRE** desciende a un (44.83%).

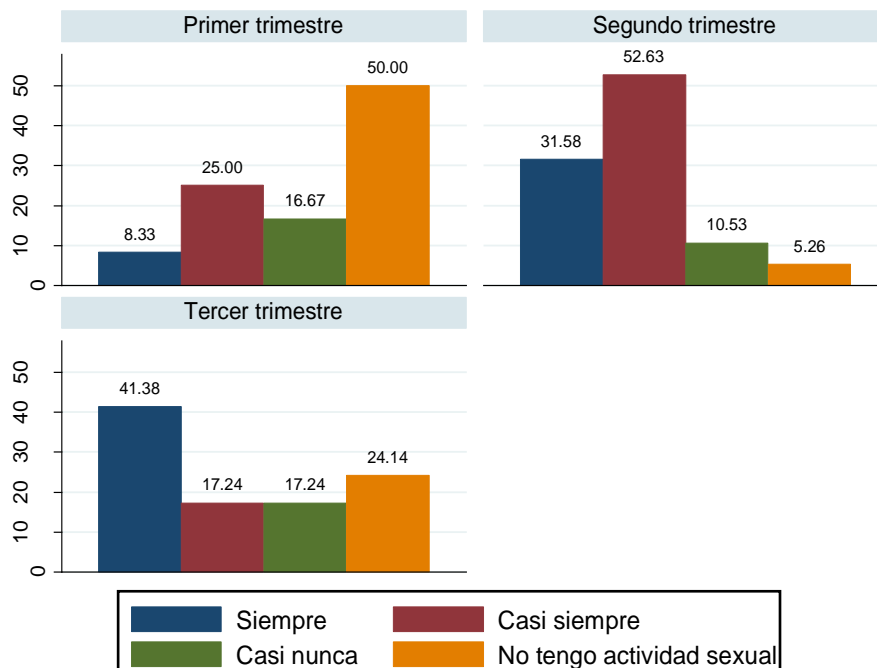
SATISFACCIÓN DE LA EXCITACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Tabla N°14

Satisfacción de la excitación	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	6	31.58	12	41.38
Casi siempre	3	25	10	52.63	5	17.24
Casi nunca	2	16.67	2	10.53	5	17.24
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

SATISFACCIÓN DE LA EXCITACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Gráfico N°14



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

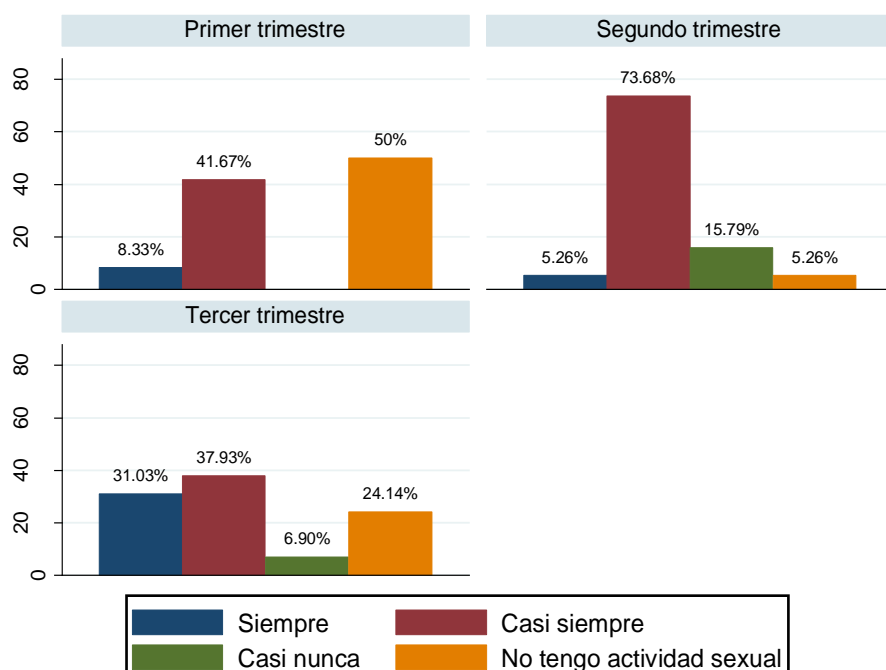
INTERPRETACIÓN:

Respecto a la satisfacción de la excitación durante la actividad sexual, en el **PRIMER TRIMESTRE** se encontró disminuido con un (25%), y durante el **SEGUNDO TRIMESTRE** aumentó, alcanzando un (52.63%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE** hubo una disminución del (17.24%).

FRECUENCIA DE LUBRICACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL Tabla N°15

Lubricación durante la actividad sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	1	5.26	9	31.03
Casi siempre	5	41.67	14	73.68	11	37.93
Casi nunca	0	0	3	15.79	2	6.90
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

FRECUENCIA DE LUBRICACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL Gráfico N°15



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

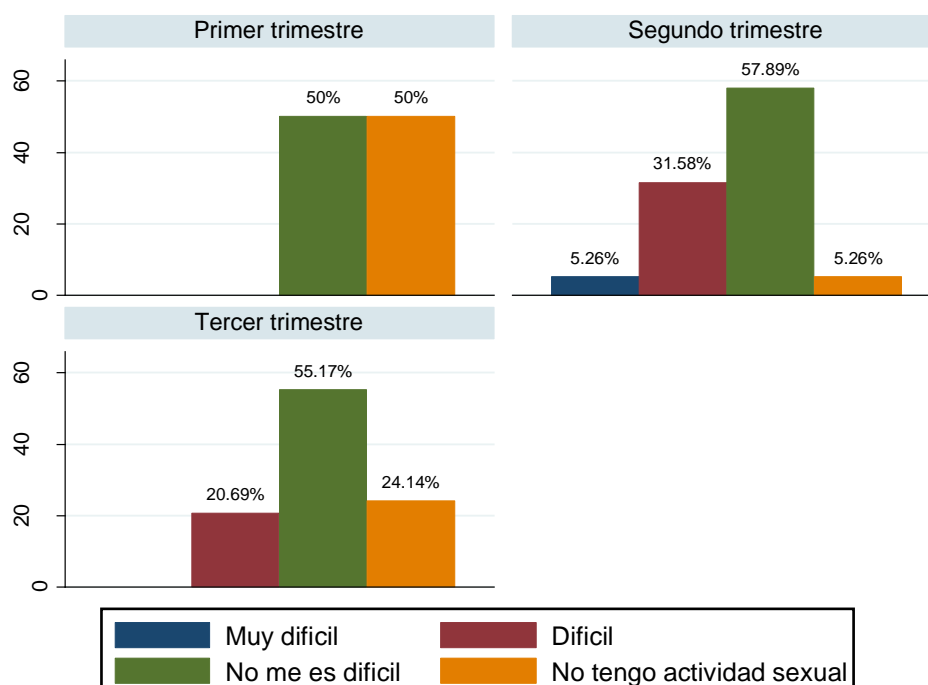
INTERPRETACIÓN

Respecto a la frecuencia de la lubricación durante la actividad sexual, en el **PRIMER TRIMESTRE**, se encontró disminuido con un (41.67%), pero durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, hubo un notable incremento del (73.68%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, volvió a disminuir, alcanzando solo un (37.93%).

DIFICULTAD DE LUBRICACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Tabla N°16

Dificultad de lubricación	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Muy difícil	0	0	1	5.26	0	0
Difícil	0	0	6	31.58	6	20.69
No me es difícil	6	50	11	57.89	16	55.17
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

DIFICULTAD DE LUBRICACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Gráfico N°16



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la dificultad de lubricación durante la actividad sexual, se encontró que, al (50%) de gestantes durante el **PRIMER TRIMESTRE**, no le fue difícil lubricar durante la actividad sexual. Pero en el **SEGUNDO TRIMESTRE**, aumentó un (57.89%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, hubo una leve disminución del (55.17%).

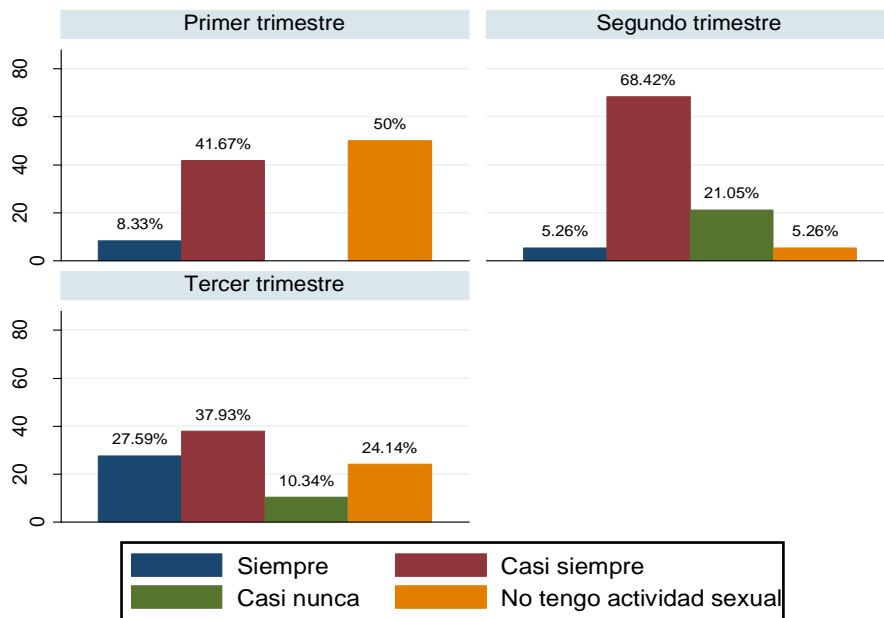
FRECUENCIA PARA MANTENER SU LUBRICACIÓN HASTA EL FINAL DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Tabla N°17

Lubricación durante la actividad sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	1	5.26	8	27.59
Casi siempre	5	41.67	13	68.42	11	37.93
Casi nunca	0	0	4	21.05	3	10.34
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

FRECUENCIA PARA MANTENER SU LUBRICACIÓN HASTA EL FINAL DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Gráfico N°17



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

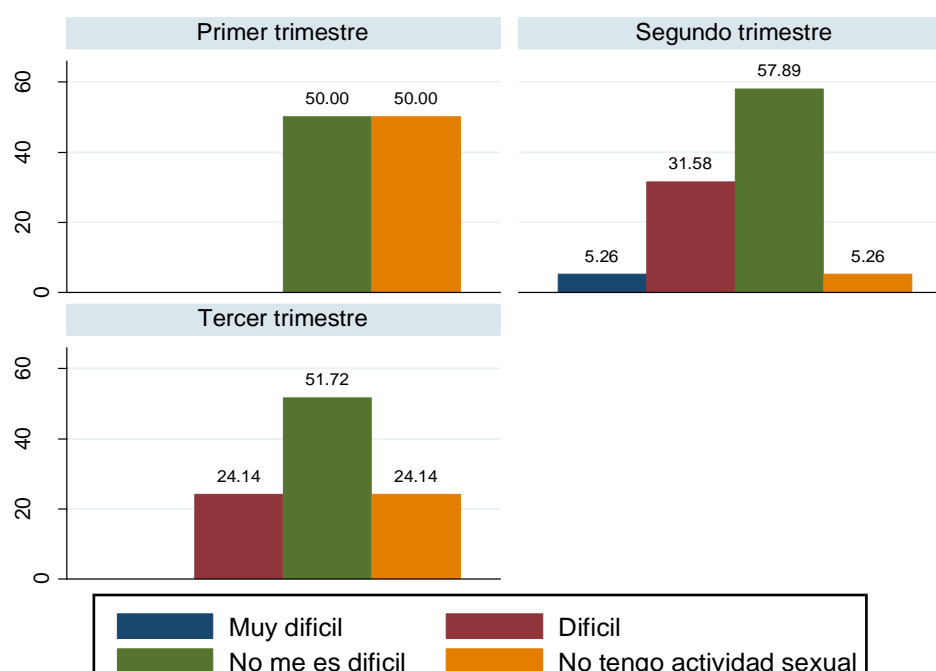
INTERPRETACIÓN:

Respecto a la frecuencia para mantener la lubricación hasta finalizar la actividad sexual, en el **PRIMER TRIMESTRE**, se encontró disminuido con un (41.67%), pero durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, hubo un notable incremento del (68.42%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, volvió a disminuir, alcanzando solo un (37.93%).

DIFICULTAD PARA MANTENER LA LUBRICACIÓN HASTA EL FINAL DE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Tabla N°18

Dificultad de lubricación	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Muy difícil	0	0	1	5.26	0	0
Difícil	0	0	6	31.58	7	24.14
No me es difícil	6	50	11	57.89	15	51.72
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

DIFICULTAD PARA MANTENER LA LUBRICACIÓN HASTA EL FINAL DE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Gráfico N°18



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

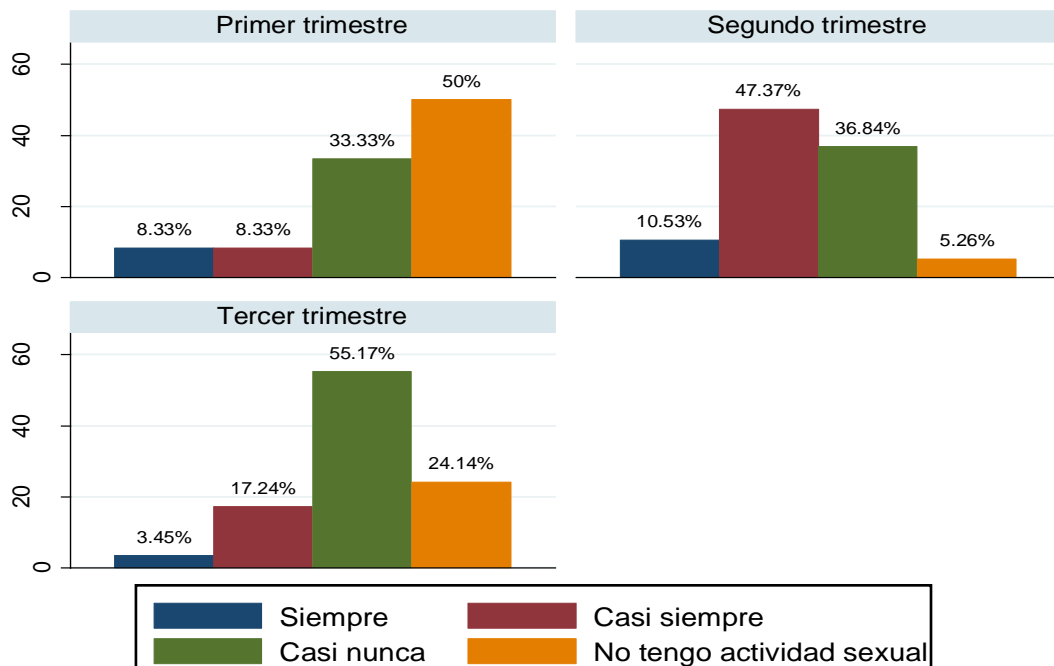
INTERPRETACIÓN:

Respecto a la dificultad para mantener la lubricación hasta finalizar la actividad sexual, se encontró que al (50%) de gestantes durante el **PRIMER TRIMESTRE**, no le fue difícil. Pero en el **SEGUNDO TRIMESTRE**, aumentó un (57.89%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, hubo una leve disminución del (51.72%).

FRECUENCIA DEL ORGASMO DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Tabla N°19

Orgasmo	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	2	10.53	1	3.45
Casi siempre	1	8.33	9	47.37	5	17.24
Casi nunca	4	33.33	7	36.84	16	55.17
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

FRECUENCIA DEL ORGASMO DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Gráfico N°19



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la frecuencia para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual, en el **PRIMER TRIMESTRE**, este se encontró disminuido con un (8.33%), pero durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, hubo un notable incremento del (47.38%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, hubo una considerable disminución del (17.24%).

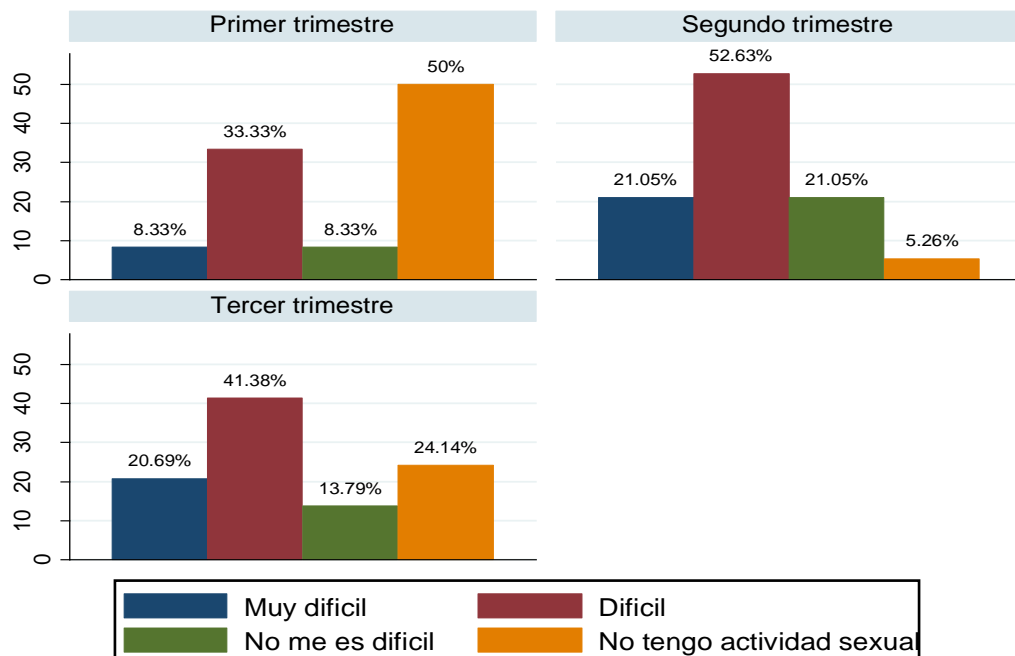
DIFICULTAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO

Tabla N°20

Dificultad para orgasmo	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Muy difícil	1	8.33	4	21.05	6	20.69
Difícil	4	33.33	10	52.63	12	41.38
No me es difícil	1	8.33	4	21.05	4	13.79
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

DIFICULTAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO

Gráfico N°20



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la dificultad para alcanzar el orgasmo, se encontró que, al (33.33%) de gestantes, durante el **PRIMER TRIMESTRE**, les fue difícil alcanzar el orgasmo. Mientras que en el **SEGUNDO TRIMESTRE**, incrementó, puesto que, al (52.63%) de gestantes, les fue difícil alcanzar el orgasmo. Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, hubo una leve disminución, de un (41.38%) de gestantes, que aún, les fue difícil alcanzar el orgasmo.

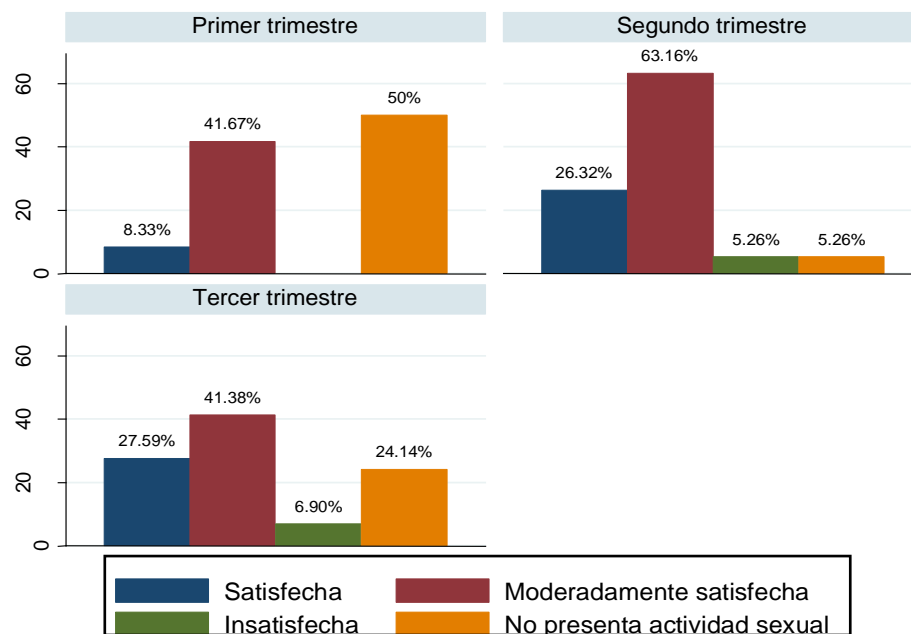
SATISFACCIÓN CON LA CAPACIDAD ALCANZAR EL ORGASMO

Tabla N°21

Satisfacción del orgasmo	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecha	1	8.33	5	26.32	8	27.59
Moderadamente satisfecha	5	41.67	12	63.16	12	41.38
Insatisfecha	0	0	1	5.26	2	6.90
No presenta actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

SATISFACCIÓN CON LA CAPACIDAD ALCANZAR EL ORGASMO

Gráfico N°21



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

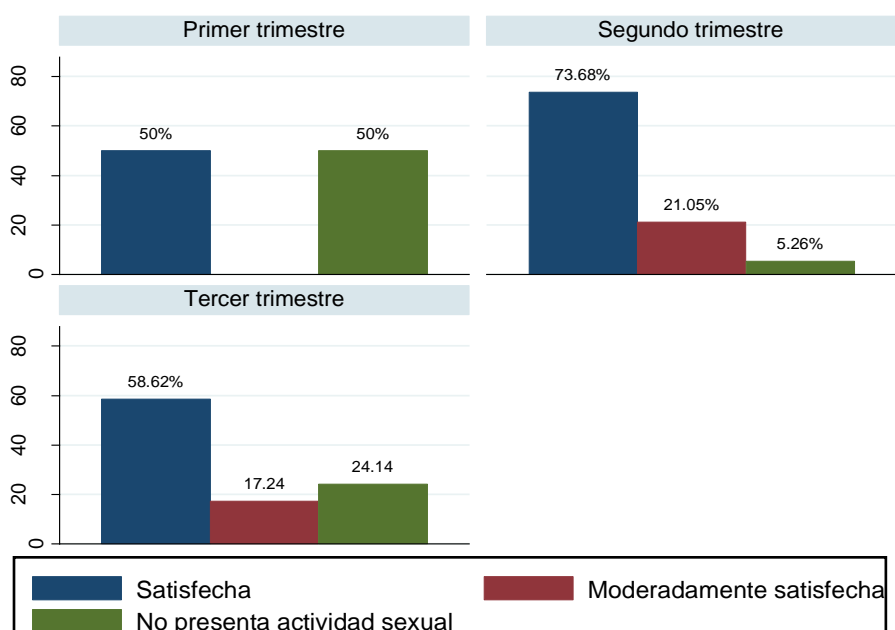
INTERPRETACIÓN:

Respecto a la satisfacción con la capacidad de alcanzar el orgasmo, se encontró que, solo un (8.33%) de gestantes durante el **PRIMER TRIMESTRE**, se sintieron satisfechas, con su capacidad de alcanzar el orgasmo. Mientras que durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, incrementó a un (26.32%), sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, un (6.90%) fueron gestantes insatisfechas con su capacidad de alcanzar el orgasmo.

SATISFACCIÓN CON LA CERCANÍA EMOCIONAL DE LA PAREJA DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Tabla N °22

Satisfacción con la cercanía emocional	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecha	6	50	14	73.68	17	58.62
Moderadamente satisfecha	0	0	4	21.05	5	17.24
Insatisfecha	0	0	0	0	0	0
No presenta actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

SATISFACCIÓN CON LA CERCANÍA EMOCIONAL DE LA PAREJA DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Gráfico N°22



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la satisfacción, con la cercanía emocional de la pareja, durante la actividad sexual, se encontró que el (50%) de gestantes durante el **PRIMER TRIMESTRE**, se sintieron satisfechas. Mientras que en el **SEGUNDO TRIMESTRE**, hubo un incremento del (73.68%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, disminuyó un (58.62%).

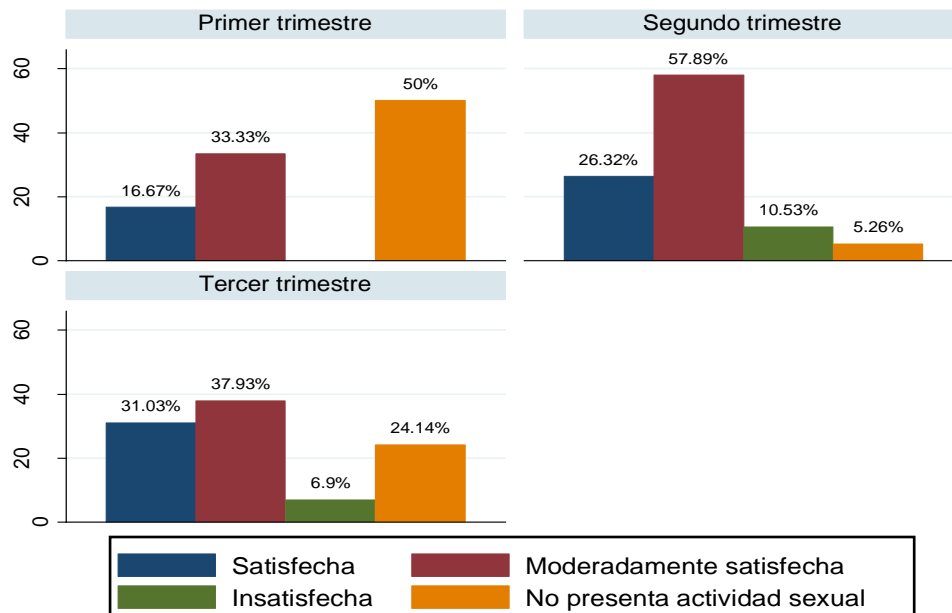
SATISFACCIÓN SEXUAL CON LA PAREJA

Tabla N°23

Satisfacción sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecha	2	16.67	5	26.32	9	31.03
Moderadamente satisfecha	4	33.33	11	57.89	11	37.93
Insatisfecha	0	0	2	10.53	2	6.90
No presenta actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

SATISFACCIÓN SEXUAL CON LA PAREJA

Gráfico N°23



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

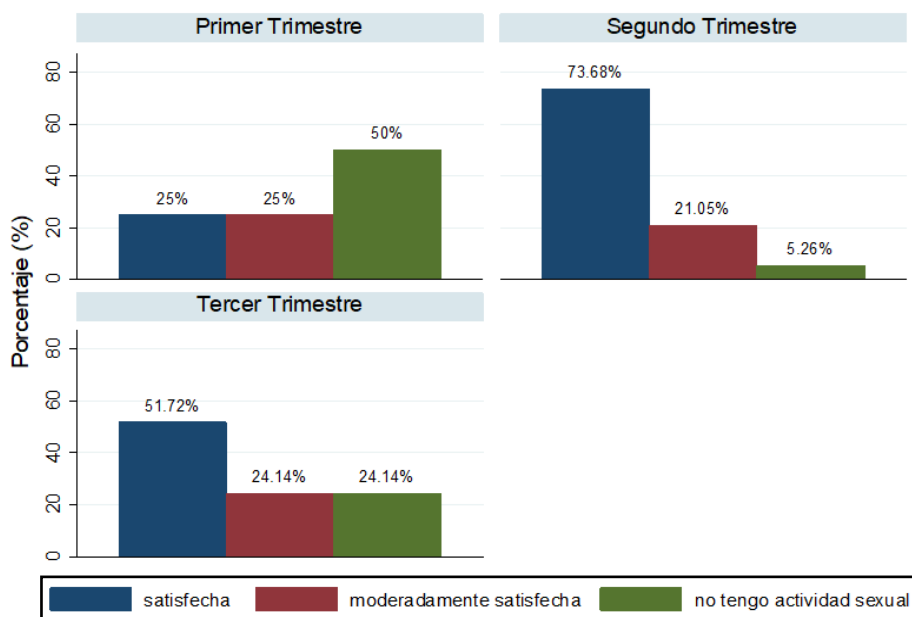
INTERPRETACIÓN:

Respecto a la satisfacción sexual con la pareja, se encontró que solo un (16.67%) de gestantes durante el **PRIMER TRIMESTRE**, se sintieron satisfechas sexualmente con su pareja. Mientras que, durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, hubo un incremento del (26.32%). Sin embargo, en el **TERCER TRIMESTRE**, un (6.90%) fueron gestantes insatisfechas sexualmente, con la pareja.

SATISFACCIÓN CON SU VIDA SEXUAL Tabla N°24

Satisfacción con su vida sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecha	3	25	14	73.68	15	51.72
Moderadamente satisfecha	3	25	4	21.05	7	24.14
Insatisfecha	0	0	0	0	0	0
No presenta actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

SATISFACCIÓN CON SU VIDA SEXUAL Gráfico N°24



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

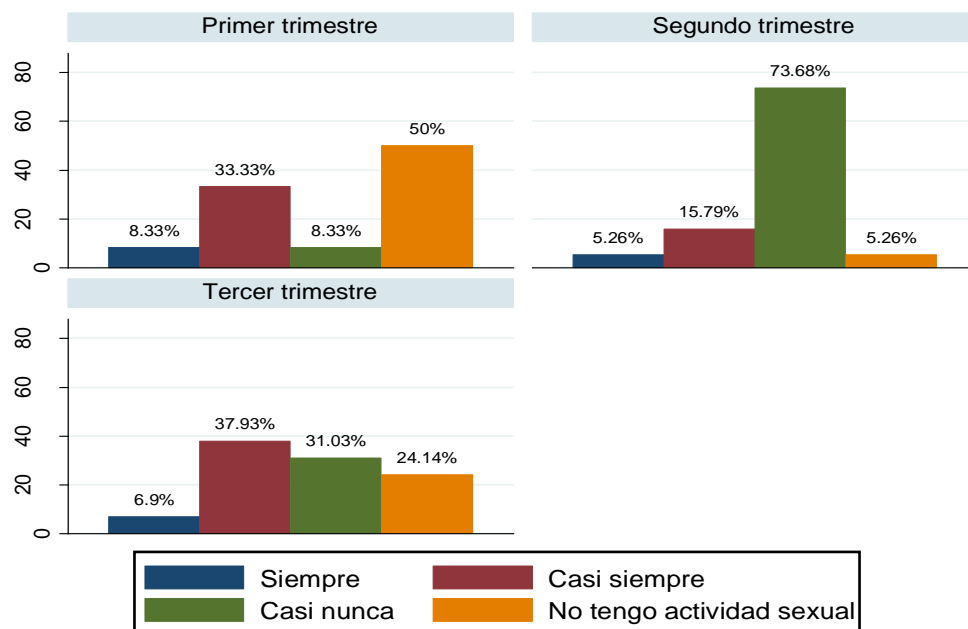
INTERPRETACIÓN:

Respecto a la satisfacción, con su vida sexual, se encontró que, solo un (25%) de gestantes, durante el **PRIMER TRIMESTRE**, se sintieron satisfechas, mientras que durante el **SEGUNDO TRIMESTRE**, incrementó a un (73.68%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, hubo un descenso del (51.72%) de gestantes, que se sintieron satisfechas con su vida sexual.

DOLOR DURANTE LA PENETRACIÓN VAGINAL
Tabla N°25

Dolor durante la penetración	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	1	5.26	2	6.90
Casi siempre	4	33.33	3	15.79	11	37.93
Casi nunca	1	8.33	14	73.68	9	31.03
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

DOLOR DURANTE LA PENETRACIÓN VAGINAL
Gráfico N°25



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto al dolor durante la penetración vaginal, se encontró que:

El trimestre que, siempre presentó dispareunia fue, el **PRIMER TRIMESTRE**, con un (8.33%).

El trimestre que, casi nunca presentó dispareunia fue, el **SEGUNDO TRIMESTRE**, con un (73.68%).

El trimestre que, casi siempre presentó dispareunia fue, el **TERCER TRIMESTRE**, con un (37.93%).

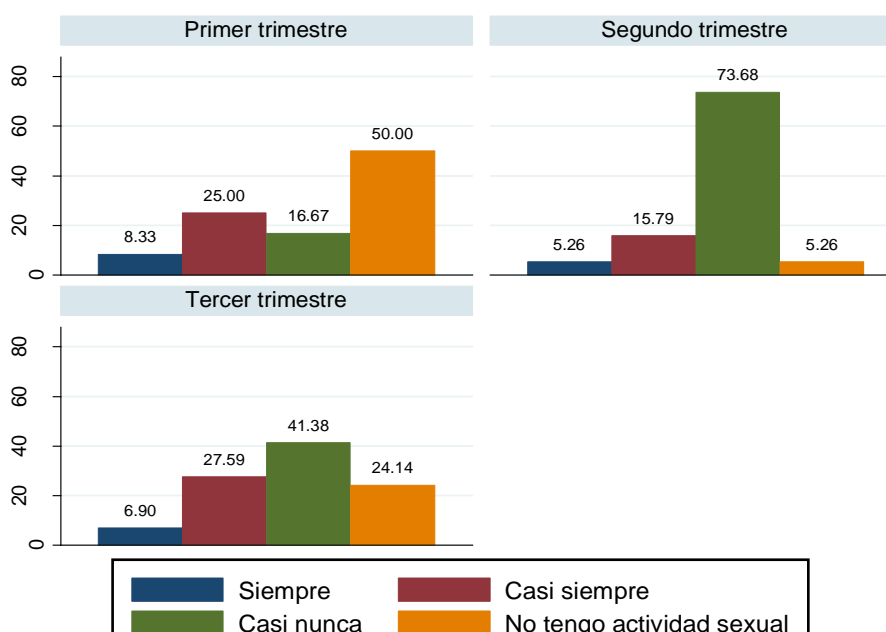
DOLOR DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN VAGINAL

Tabla N°26

Dolor después de la penetración	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	1	8.33	1	5.26	2	6.90
Casi siempre	3	25	3	15.79	8	27.59
Casi nunca	2	16.67	14	73.68	12	41.38
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

DOLOR DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN VAGINAL

Gráfico N°26



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto al dolor, después de la penetración vaginal, se encontró que:

El trimestre que, siempre presentó dispareunia fue, el **PRIMER TRIMESTRE**, con un (8.33%).

El trimestre que, casi nunca presentó dispareunia fue, el **SEGUNDO TRIMESTRE**, con un (73.68%).

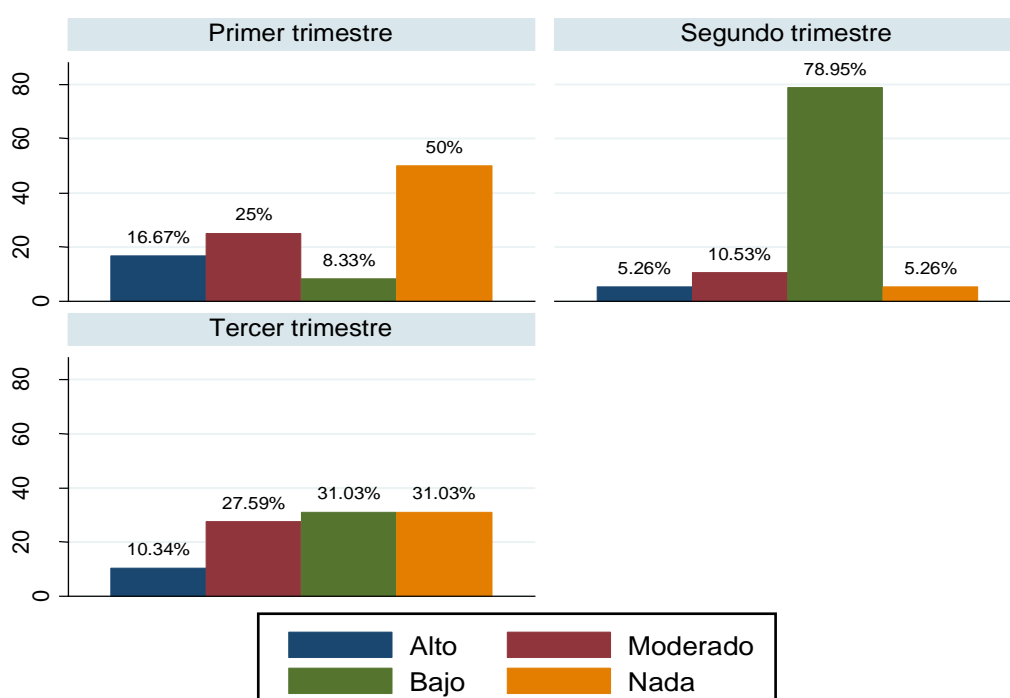
El trimestre que, casi siempre presentó dispareunia fue, el **TERCER TRIMESTRE**, con un (41.38%).

INTENSIDAD DEL DOLOR, DURANTE O DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN VAGINAL
Tabla N°27

Discomfort por penetración	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Alto	2	16.67	1	5.26	3	10.34
Moderado	3	25	2	10.53	8	27.59
Bajo	1	8.33	15	78.95	9	31.03
Nada	6	50	1	5.26	9	31.03
Total	12	100	19	100	29	100

INTENSIDAD DEL DOLOR, DURANTE O DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN VAGINAL

Gráfico N°27



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

Respecto a la intensidad del dolor durante o después de la actividad sexual, se encontró que:

El **PRIMER TRIMESTRE**, presentó alta intensidad con un (16.67%).

El **SEGUNDO TRIMESTRE** presentó baja intensidad con un (78.95%).

El **TERCER TRIMESTRE** presentó moderada intensidad con un (27.59%).

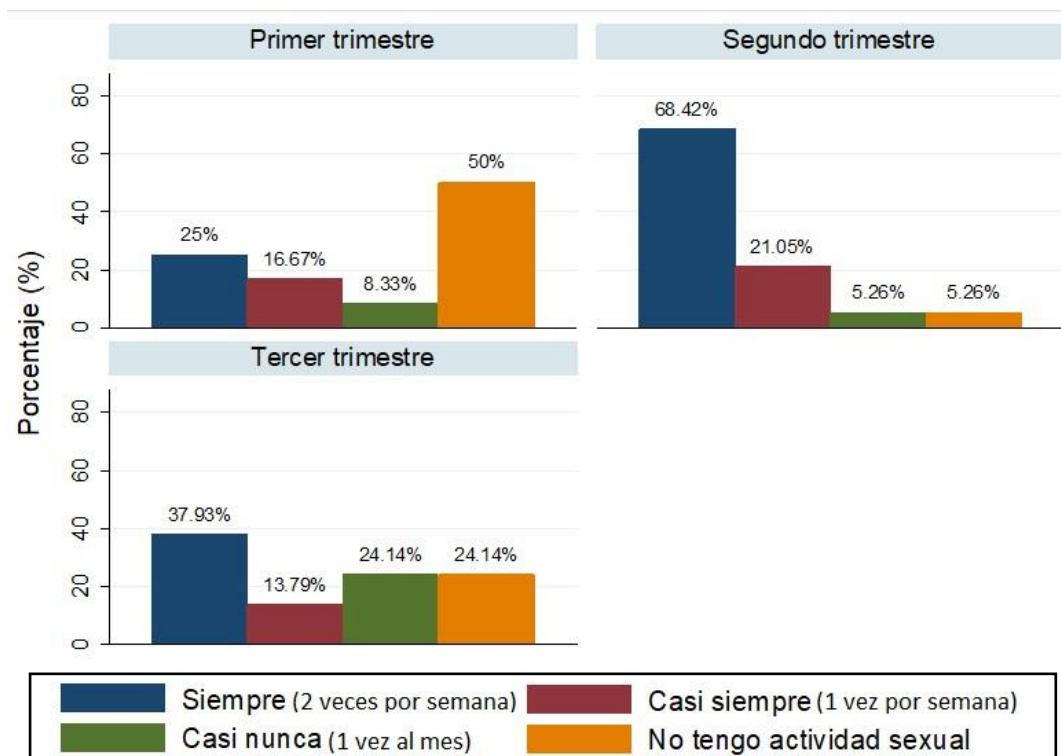
FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Tabla N°28

Actividad sexual	Trimestres					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	n	%	n	%	n	%
Siempre	3	25	13	68.42	11	37.93
Casi siempre	2	16.67	4	21.05	4	13.79
Casi nunca	1	8.33	1	5.26	7	24.14
No tengo actividad sexual	6	50	1	5.26	7	24.14
Total	12	100	19	100	29	100

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Gráfico N°28



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

INTERPRETACIÓN:

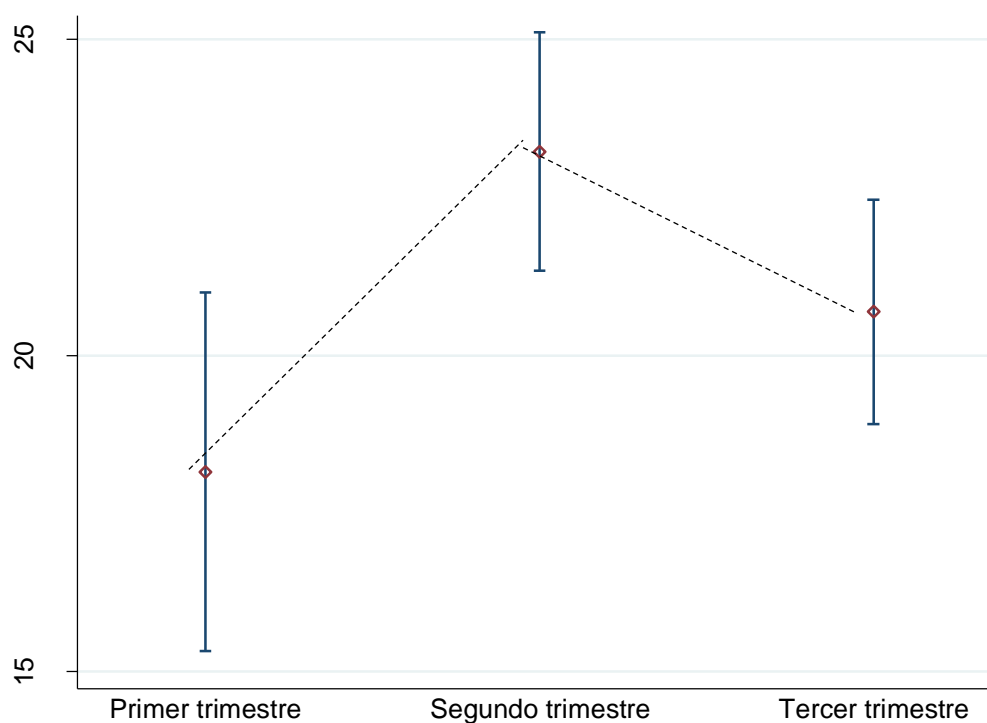
Respecto a la frecuencia de la actividad sexual, se encontró que el (25%) de gestantes tenían actividad sexual durante el **PRIMER TRIMESTRE**. Mientras que en el **SEGUNDO TRIMESTRE**, incrementó a un (68.42%). Sin embargo, durante el **TERCER TRIMESTRE**, la actividad sexual disminuye en un (24.14%), puesto que, un grupo de gestantes refirió que casi nunca tuvieron actividad sexual y hubo otro grupo que no tenía actividad sexual.

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA POR TRIMESTRES

Tabla N°29

	Media	D.E.
I Trimestre	18.16	4.47
II Trimestre	23.23	3.91
III Trimestre	20.69	4.67

Gráfico N°29



INTERPRETACIÓN:

Respecto al índice de la función sexual femenina, se encontró que en el **PRIMER TRIMESTRE** tuvo una media de 18.16 (DE=4.47), mientras que, durante el **SEGUNDO TRIMESTRE** se incrementó notablemente a 23.23 (DE=3.91), pero luego, tuvo un ligero descenso en el **TERCER TRIMESTRE**, llegando a 20.69 (DE=4.67).

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Toda gestación trae consigo diversas modificaciones conforme avanza el embarazo, el proceso de adaptación y los cambios fisiológicos, psicológicos, y sociales pueden llegar a repercutir en el comportamiento de la actividad sexual durante el embarazo. La mayoría de mujeres en su errónea forma de pensar, consideran que el embarazo convierte a la mujer en un ser asexuado y que debe dedicarse de lleno al cuidado de su gestación, por lo que inconscientemente provocan una disminución de interés sexual para evitar daños al bebe.

El presente estudio se realizó en el C.M.I Rímac, cuyo objetivo principal es determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual durante la gestación. Y se observó que la edad mediana de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac es de 28 años. Al distribuirlas por trimestre se encuentra que en el I trimestre la mediana es de 26.5 años, en el II trimestre de 28 años y en el III trimestre también 28 años. Más de la mitad de gestantes refieren ser amas de casa que corresponden al 76,67%, en segundo lugar, nos indica que el 15% refieren ser estudiantes, el 1,67% fotógrafas, el 1,67% es Cajera, el 1,67% es comerciante independiente, el 1,67% es profesora y el 1,67% es costurera.

También se encontró que conviviente es el estado civil que predomina en las gestantes, alcanzando un 61,67%, seguidamente de casada con un 21,61% y en último lugar soltera con 16,67%.

Asimismo, con respecto a la excitación en el primer trimestre se mostró que el 5% casi nunca tuvo excitación, pero se observa una importante elevación en el segundo trimestre e indica que el 21,66% de gestantes casi siempre tuvo excitación. Y durante el tercer trimestre disminuye con un el 10% refiriendo que casi nunca tuvieron excitación.

En cuanto al dolor durante la penetración vaginal el 33,33% de las gestantes del primer trimestre, refieren que casi siempre existe dolor, mientras que un significativo 50% opta por no tener actividad sexual. En comparación al segundo trimestre un 5,26% de las gestantes aún refiere que siempre hay dolor, en cambio encontramos un evidente 73,68% refiere que casi nunca presentó dolor. Y durante el tercer trimestre el 37,93% refiere que casi siempre hay dolor durante la penetración vaginal.

Stephen A. Anzaku, Emmanuel A. Ogbe, George I. Ogbu Bassey E. Edem y Stephen D. Ngwa, en su estudio realizado en Nigeria, año 2016 sobre la evaluación de los cambios en la respuesta sexual durante la gestación se encontró que la mayoría de ellas experimentaron estado más alto de deseo sexual en el segundo trimestre. A parte el 64,4% informó que el deseo sexual fue más bajo durante el primer trimestre, 18,6%. Durante el segundo trimestre las gestantes calificaron su deseo sexual elevado con 45,8% y en el tercer trimestre el 31,6% revelaron el nivel más bajo de deseo sexual. Mientras que el estudio que se realizó en el Centro Materno Infantil Rímac año 2017, se halló que el primer trimestre que el más bajo para poder experimentar deseo sexual con un 8,33% y un 50% opta por no tener actividad sexual. En el segundo trimestre y ocupando el primer lugar en que las gestantes presentan un nivel elevado de deseo sexual, se observó que el 47,37% casi siempre, tienen deseo sexual, el 5% casi nunca y mientras que el 5,26% opta por no tener actividad sexual. Y por último, durante el tercer trimestre el 17,24% de las gestantes casi nunca tienen deseo sexual, en cambio un 24,14% de gestantes prefieren no tener actividad sexual.

Timaná Sánchez Estefanie, en su estudio realizado en Perú, año 2015 sobre la sexualidad de las gestantes se halló que la mayoría de gestantes eran convivientes alcanzando un 66,6%, mientras que en antecedentes obstétricos el 52,7% de las gestantes tuvieron de tres a más parejas

sexuales, el 38,8% eran multigestas. Con respecto al inicio de relaciones sexuales el 58% inició su vida sexual entre 12 y 14 años de edad. También el 47,2% de las gestantes indicaron haber tenido un aborto previo. Además, la frecuencia de relaciones sexuales disminuyó en el primer trimestre con un 55,5% y en el tercer trimestre con un 41,6%, mientras que en el segundo trimestre aumentó con un 44,4%. El deseo sexual se vio disminuido en el primer trimestre alcanzando un 52,7% y en el tercer trimestre 52,7%, pero se registró un aumento del deseo sexual en el segundo trimestre de gestación obteniendo un 48,6%. En relación con el orgasmo, se halló 52,7% y 58,3% de las gestantes durante el primer y tercer trimestre difícilmente alcanzaron el orgasmo, pero en el segundo trimestre, el 31,9% de las gestantes si llegaron alcanzar el orgasmo.

De igual modo en el presente estudio se observó que el 61,67% de las gestantes eran convivientes. Se encontró que dentro de las gestantes estudiadas el 13,33% tuvo una pareja sexual, mientras que el 86,67 % tuvo de dos a más parejas sexuales a lo largo de su vida. La edad de inicio de relaciones sexuales fue en un 43,33% entre las edades de 13 y 15 años. Asimismo, se halló que el 58,33% eran multigestas y un 10% indicaron que tuvieron un aborto previo. Con respecto a la frecuencia de la actividad sexual; en el primer trimestre el 50% de las gestantes prefiere no tener actividad sexual. En el segundo trimestre el 68,42% manifestó que siempre tienen actividad sexual. Durante el tercer trimestre el 24,14% de gestantes refiere que casi nunca tienen actividad sexual y el 24,14% prefirió no tener actividad sexual. El deseo sexual en el primer trimestre mostró que el 25% de gestantes casi nunca tienen deseo sexual, mientras que el 50% refirieron no tener actividad sexual. En el segundo trimestre el 31,58% siempre tuvo deseo sexual y el 47,37% indicó que el deseo sexual es casi siempre. Durante el tercer trimestre se evidencia que el 17,24% de gestantes casi nunca tiene deseo sexual. En cuanto a la capacidad de alcanzar el orgasmo, un 33,33% de las gestantes en el primer trimestre les

resulta difícil, en el segundo trimestre a un 21,05% de gestantes no les es difícil, mientras que al 26,69% de las gestantes les resulta muy difícil alcanzar el orgasmo.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los cambios en el comportamiento de la actividad sexual, según los trimestres de gestación, dieron como resultado, que en el primer trimestre disminuyeron los indicadores del comportamiento sexual, en el segundo trimestre, aumentaron los indicadores del comportamiento sexual y durante el tercer trimestre nuevamente, disminuyeron los indicadores del comportamiento sexual.
2. Durante el primer trimestre de gestación, los cambios en el comportamiento de la actividad sexual fueron significativos; puesto que, casi nunca tuvieron deseo sexual, el nivel de excitación fue bajo, casi siempre hubo lubricación durante las limitadas veces que sostuvieron actividad sexual, la capacidad de alcanzar el orgasmo fue difícil, aun cuando se sienten moderadamente satisfechas sexualmente con la pareja, sin embargo, casi siempre presentaron dispareunia y la gran mayoría no tenían actividad sexual.
3. Durante el segundo trimestre de gestación, los cambios en el comportamiento de la actividad sexual tuvieron favorable variación; debido a que, casi siempre tuvieron deseo sexual, el nivel de excitación fue alto, casi siempre hubo lubricación durante su actividad sexual, la capacidad de alcanzar el orgasmo no fue difícil, sin embargo, se sienten moderadamente satisfechas sexualmente con la pareja, casi nunca presentaron dispareunia, durante la actividad sexual y la frecuencia de la actividad sexual predominó de dos a más por semana.
4. Durante el tercer trimestre de gestación, los cambios en el comportamiento de la actividad sexual volvieron a ser evidentemente notorios; a causa de que, casi nunca tuvieron deseo sexual, el nivel de excitación fue bajo, casi

siempre hubo lubricación durante las limitadas veces que sostuvieron actividad sexual, la capacidad de alcanzar el orgasmo fue difícil, en cambio, se sienten moderadamente satisfechas sexualmente con la pareja, casi siempre presentaron dispareunia, durante la actividad sexual, mientras que la frecuencia de la actividad sexual predominó una vez al mes.

RECOMENDACIONES

1. En el primer trimestre se manifiestan cambios más significativos del embarazo y así mismo el temor al aborto, por tabúes transmitidos de generación en generación, para lo cual se recomienda que, los profesionales de salud durante los controles prenatales, deben complementar cualquier tipo de desinformación, aclarar dudas, temores, frustraciones e incertidumbres de las gestantes, con respecto a la sexualidad, a través de material educativo (trípticos de poses sexuales) de acuerdo a los trimestres de gestación, como también, brindar links de páginas seguras donde puedan visualizar mejor y obtener a la mano, la información necesaria.
2. Durante el segundo trimestre, todo personal de salud; entre obstetras y ginecólogos de los diferentes servicios, deben incentivar a las gestantes para que puedan asistir a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. También todo profesional obstetra, principalmente los encargados del área de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal traten de ahondar más sobre la actividad sexual durante el embarazo; incorporando sesiones específicas que hablan sobre el tema, ya que las gestantes estarían acompañadas de su pareja y esto podría aprovecharse al máximo, logrando establecer un vínculo más cercano entre ellos.
3. En el tercer trimestre, el deseo de tener coito disminuye, pero el afecto no debe desaparecer en esta importante etapa, ya que, no todo es coito, y se pueden buscar muchas maneras para poder llegar al erotismo. La comprensión y el apoyo mutuo es fundamental en esta delicada etapa. La inseguridad y los cambios físicos hacen que las mujeres no sepan apreciar la belleza que ocurre en su cuerpo. Ellas deben aceptar que es una fase natural en la vida y que es tiempo de descubrir nuevas experiencias y novedades que pueden resultar interesantes para ella y su pareja. El

beneficio del coito durante el tercer trimestre resulta novedoso, pero importante, porque el semen contiene prostaglandinas que ayudan a desencadenar el trabajo de parto. Todo se llevará de manera más sencilla, si la pareja permanece unida.

4. Cambiar la mentalidad de toda mujer gestante, las razones infundadas y aquellos mitos inciertos, deben ser eliminados, puesto que, durante el primer trimestre, presentan síntomas como; náuseas o cansancio que hacen que el deseo de tener coito pueda disminuir. Mientras que durante el segundo trimestre estos síntomas desaparecen y el organismo se encuentra en una etapa más estable, en la cual, la pareja puede aprovechar en acercarse íntimamente. Pero durante el tercer trimestre la mujer afronta múltiples cambios, los dolores musculares, la distorsión de la figura, la inseguridad y la vergüenza por su cuerpo, hacen que el coito disminuya. En cualquier caso, es importante que se establezca un diálogo claro entre la pareja con el fin de mejorar y no empeorar la relación con la pareja. El coito puede disfrutarse y puede ser especial, aun así, cuando la mujer está embarazada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Timaná Sánchez Estefanie R. Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de Obstetricia de la Clínica Santa Bárbara De San Juan De Lurigancho. [Internet] 2015. [Citado 27 Abr 2017].
Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/736>
2. Hernández Belmont Rosa María. Paradigmas de la Diversidad Sexual. [Internet] 2008. [Citado 27 Abr 2017].
Disponible en:
<http://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/19517/18509>
3. Organización Mundial de Salud – OMS. [Internet] 2017. [Citado 27 Abr 2017].
Disponible en:
http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
4. Muñoz D. Andrea, Camacho L. Paul. [Internet] 2013. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática [Internet]2017[Citado 27 Abr 2017].
Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262016000300002&script=sci_arttext
5. Da Silva Dourado Vanessa, Albernaz Pinheiro de Carvalho Mariana, Barros Henriques Amanda Haissa, Tavares de Oliveira Figueirêdo Danielle Samara. Pregnant Women's Sexuality in Primary Health Care: Atmosphere of Interpretations and Meanings. [Internet] 2015. [Citado 28 Abr 2017].
Disponible en:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9324>

6. López Espinoza Gabriel Fernando. Cambios en la Práctica Sexual de Gestantes. [Tesis doctoral en Internet] Universidad de Cuenca. 2016. [Citado 02 May 2017].

Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24627>

7. Cachique Oliveira Suzeti. Conductas Sexuales de Gestantes. [Tesis en Internet] Universidad Wiener. 2013 [Citado 01 Mayo 2017]. 35p.

Disponible en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/83>

8. Tarco Pariapaza Nancy. [Tesis en Internet] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en púerperas hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital de Ventanilla. 2016 [Citado 09 Jul 2017]

Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/5832>

9. Guibovich Mesinas Alex, Angulo Delgado Tomás y Lujan Carpio Elmer. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana. [Internet] 2014. [Citado 04 May 2017].

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000300002

10. Moreno Martínez Gabriela, Quilca Pinedo Noemi. [Tesis en Internet] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Factores asociados en la Disfunción Sexual durante el embarazo. 2016. [Citado 04 May 2017].
Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4731/1/Gonzales_yl.pdf
11. Salvador Porras Karen. Relación entre función sexual y trimestre de embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II durante el periodo de febrero a abril del año 2016. [Internet] 2016. [Citado 05 May 2017].
Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/5701>
12. Valencia Garcia Angela. Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini en el año 2015. [Internet] 2015. [Citado 05 May 2017].
Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/4050>
13. Stephen A. Anzaku, Emmanuel A. Ogbe, George I. Ogbu Bassey E. Edem y Stephen D. Ngwa. Evaluation of changes in sexual response and factors influencing sexuality during pregnancy among Nigerian women in Jos, Nigeria [Internet] 2016. [Citado 05 May 2017].
Disponible en:
<http://www.scopemed.org/?mno=240207>
14. García Mazón Maria, El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. [Internet] 2016. [Citado 05 May 2017].
Disponible en:

www.federacion-matronas.org/rs/1461/.../original-deseo-sexual-en-el-embarazo.pdf

15. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México [Internet] 2013. Sexualidad Responsable. [Citado 07 May 2017].

Disponible en:

https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/...en...de.../PRES44.pdf

16. Ria del Carmen. España [Internet] 2012. La Sexualidad Humana. [Citado 07 May 2017].

Disponible en:

<https://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/.../La%20sexualidad%20humana.pdf>

17. Sira Vargas M. Obstetricia Moderna: Función Sexual. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Venezuela. 1999. 94-100 p.

18. Castelo Branco C. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Editorial Médica Panamericana. España. 2005. 119, 231-245 p.

19. García Romero María. Sexualidad en el Periodo Gestacional. [Tesis en Internet] Universidad De Cadiz. 2013 [Citado 10 Mayo 2017]. 7 p.

Disponible en:

<https://rodin.uca.es/xmlui/.../Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf>

20. FertiLab. Respuesta Sexual. Venezuela [Internet] 2005. [Citado 10 May 2017].

Disponible en:

http://www.fertilab.net/gineclopedia/sexualidad/aspectos_generales/fases_de_la_respuesta_sexual_1

21. Escudero Rivas Raquel [Tesis doctoral en Internet] Universidad de Granada. 2015 [Citado 10 May 2017]. 16-57p
Disponible en:
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/41975#.WRT2FNLfrIU>
22. Masters WH, Johnson VE y Kolodny RC. Fisiología sexual. Nueva York. 1995. 76-104 p.
23. Soria Becerril Berta. [Tesis en Internet] Universidad de Almería. 2012. [Citado 11 May 2017] 22-23 p.
Disponible en:
<http://repositorio.ual.es/handle/10835/2543>
24. Cabero L., Saldívar, D. y Cabrillo, E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Editorial Médica Panamericana. España. 2007. 343p
25. Martín de María, S. Sexualidad en el puerperio. Matronas Profesión, 9-14. Nigeria [Internet] 2002 [Citado 12 May 2017].
Disponible en:
<http://www.federacionmatronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/7618/173/sexualidad-en-el-puterperio>
26. Levin R.J. Sexual activity, health and well-being: the beneficial roles of coitus and masturbation. Sexual and Relationship Therapy, [Internet] 2007 [Citado 12 May 2017]. 22 (1), 135-148.
Disponible en:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990601149197>

27. Molero Rodríguez, F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. [Internet] 2006 [Citado 12 May 2017] 40-48.
Disponible en:
<http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
28. Souza y Machorro, M. Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina. Trillas Editorial. España. 2005. 247 p.
29. Bajo Arenas J. Lailla Vicens J. Fundamentos de Ginecología. Editorial Médica Panamericana. España. 2009. [Citado 12 May 2017] 285 p.
Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=lqqaTcTQRLEC&pg=PA285&dq=sexualidad+definicion&hl=es-419&sa=X&sqi=2&redir_esc=y#v=onepage&q=sexualidad%20definicion&f=false
30. Silva Silva H. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Editorial Juridica. Chile. 1991. [Citado 14 May 2017] 114 p.
Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=o3Hlf2CXztAC&pg=PA114&dq=embarazo+definicion&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=embarazo%20definicion&f=false
31. Gorguet Pi, Iliana Cecilia Comportamiento sexual humano. Editorial Oriente. Cuba. 2008. [Citado 14 May 2017] 14 p.
Disponible en:
tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf
32. McCary J. McCary S. Sexualidad Humana. Editorial El manual Moderno. México. 2 000. 383 – 398 p.

33. 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. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000. [Citado 12 Jun 2017]

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006

34. Asociación Mexicana para la Salud. [Citado 01 Jul 2017]

Disponible en:

<http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

35. Carrobles J, Gámez M, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico. [Revista en Internet]. 2011 [Citado 14 Jul 2017]; 27(1):27-34.

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/167/16717018004.pdf>

36. Casaubón A, Diaz M. Dolor coital: dispareunia y vaginismo. 2015. [Citado 14 Jul 2017].

Disponible en:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/ginecologia/4_dolor_coital_dispareunia_y_vaginismo.pdf

37. Gorguet I. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2008. [Citado 14 Jul 2017].

Disponible en:

<http://www.inppares.org/sites/default/files/Comportamiento%20sexual%20humano.pdf>

ANEXOS



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Red de Salud
Lima Norte V Rimac-SMP-LO

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

339

MEMORÁNDUM N° -2017-MINSA/DIRIS.LN/URH-DRS-R-SMP-LO

A : M.C. CESAR PEREZ ZENTENO
Médico Jefe del C.M.I. Rimac

ASUNTO: Autorización para realizar Trabajo de
Investigación

FECHA : Rimac, **27 SET. 2017**

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente en relación al asunto de la referencia y presentar al Sr. **DENIS LEVI CORDOVA PIZARRO**, egresado de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, a fin de autorizar las facilidades para realizar su trabajo de investigación "CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DEL RÍMAC, 2017".

En ese sentido, adjunto el proyecto de tesis presentado.

Sin otro particular, me despido de Usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Red de Salud Lima Norte V Rimac - SMP - LO

SR. GERMAN BAZAN CHUMBE
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos

GBC/GMB
C.C.
Archivo

Av. Próceres N° 1051 - Rimac- Lima -Perú
Central Telefónica: (511) 2195050
direcciondesaludlnv@reddesaludrimac.gob.pe
www.reddesaludrimac.gob.pe



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

El siguiente cuestionario tiene como objetivo recolectar información para un proyecto de investigación, guardando la información de manera confidencial y considerando las medidas necesarias para que no se altere la información.

FECHA: ___/___/___

N° de Ficha:

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: ___

2. Ocupación: _____

3. Estado Civil:

Casada

Conviviente

Soltera

Otro.....

4. Estudios:

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Superior

Superior No Univ

Años Aprob.

II. ANTECEDENTES PERSONALES:

5. Inicio de Relaciones Sexuales: _____

6. Número de Parejas Sexuales: _____

III. EMBARAZO ACTUAL:

7. Fórmula Obstétrica:

G__ P__

8. Fecha Última Regla: ___/___/___

9. Fecha Probable de Parto: ___/___/___

10. Edad Gestacional: _____ semanas

11. Trimestre de gestación: I

II

III

I. DESEO

1. ¿Cuán a menudo usted siente deseo o interés sexual?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Casi Nunca
 - d) No tengo actividad sexual

2. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - a) Alto
 - b) Moderado
 - c) Bajo
 - d) Nada

II. EXCITACIÓN

1. ¿Con que frecuencia usted siente excitación sexual durante la actividad sexual?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Casi Nunca
 - d) No tengo actividad sexual

2. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - a) Alto
 - b) Moderado
 - c) Bajo
 - d) Nada

3. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
 - a) Alto
 - b) Moderado
 - c) Bajo
 - d) Nada

4. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Casi Nunca
 - d) No tengo actividad sexual

III. LUBRICACIÓN

1. ¿Con que frecuencia usted siente lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Casi Nunca
 - d) No tengo actividad sexual

2. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
 - a) Muy difícil
 - b) Difícil
 - c) No me es difícil
 - d) No tengo actividad sexual

3. ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Casi Nunca
 - d) No tengo actividad sexual

4. ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - a) Muy difícil
 - b) Difícil
 - c) No me es difícil
 - d) No tengo actividad sexual

IV. ORGASMO

N° de Ficha:

1. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Casi Nunca
- d) No tengo actividad sexual

2. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Era difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- a) Muy difícil
- b) Difícil
- c) No me es difícil
- d) No tengo actividad sexual

3. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- a) Satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Insatisfecha
- d) No tengo actividad sexual

V. SATISFACCIÓN

1. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- a) Satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Insatisfecha
- d) No tengo actividad sexual

2. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- a) Satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Insatisfecha
- d) No tengo actividad sexual

3. ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- a) Satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Insatisfecha
- d) No tengo actividad sexual

VI. DOLOR DURANTE Y/O DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL (DISPAREUNIA)

1. ¿Cuán a menudo siente disconfort o dolor durante la penetración vaginal?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Casi Nunca
- d) No tengo actividad sexual

2. ¿Cuán a menudo siente disconfort o dolor después de la penetración vaginal?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Casi Nunca
- d) No tengo actividad sexual

3. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- a) Alto
- b) Moderado
- c) Bajo
- d) Nada

VII. FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL

1. ¿Con qué frecuencia tiene usted actividad sexual?

- a) Siempre (2 veces por semana)
- b) Casi siempre (1 vez por semana)
- c) Casi Nunca (1 vez al mes)
- d) No tengo actividad sexual

ANEXO N°3

PUNTAJE DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1 – 2	1 – 4	0.6	1.2	4.8
Excitación	3 – 6	1 – 4	0.3	1.2	4.8
Lubricación	7 – 10	1 – 4	0.3	1.2	4.8
Orgasmo	11 – 13	1 – 4	0.4	1.2	4.8
Satisfacción	14 – 16	1 – 4	0.4	1.2	4.8
Dolor(Dispareunia)	17 – 19	1 – 4	0.4	1.2	4.8
Frecuencia	20	1 – 4	0.5	0.5	2
			Rango total	7.7	30.8

ANEXO N. 4

ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DE LA CONSISTENCIA INTERNA: Alfa de Cronbach

Coeficiente alfa	Calidad
> 0.9	Excelente
> 0.8	Bueno
> 0.7	Aceptable
> 0.6	Cuestionable
> 0.5	Pobre
< 0.5	Inaceptable

Estadísticos del índice de función sexual femenina (IFSF):

Número de pregunta	Observados	Intervalos de confianza 95%		alfa
		Lim. Inf.	Lim. Sup	
1	60	0.86	0.87	0.9765
2	60	0.84	0.86	0.9767
3	60	0.88	0.89	0.9764
4	60	0.82	0.84	0.9769
5	60	0.92	0.93	0.9759
6	60	0.89	0.90	0.9763
7	60	0.90	0.91	0.9762
8	60	0.70	0.72	0.9781
9	60	0.89	0.91	0.9763
10	60	0.69	0.72	0.9781
11	60	0.75	0.77	0.9776
12	60	0.74	0.76	0.9777
13	60	0.92	0.92	0.9760
14	60	0.96	0.96	0.9755
15	06	0.87	0.89	0.9764
16	60	0.94	0.94	0.9757
17	60	0.67	0.70	0.9782
18	60	0.64	0.67	0.9784
19	60	0.61	0.64	0.9788
20	60	0.86	0.88	0.9766
Instrumento: IFSF				0.9781

Alfa de Cronbach = 0.9781
Instrumento altamente confiable

ANEXO N°5

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA - PUNTAJE

1. ¿Cuán a menudo usted siente deseo o interés sexual?
4 = Siempre
3 = Casi siempre
2 = Casi nunca
1 = No tengo actividad sexual
2. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Bajo
1 = Nada
3. ¿Con qué frecuencia usted siente excitación sexual durante la actividad sexual?
4 = Siempre
3 = Casi siempre
2 = Casi nunca
1 = No tengo actividad sexual
4. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Bajo
1 = Nada
5. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
4 = Alto
3 = Moderado
2 = Bajo
1 = Nada
6. ¿Con qué frecuencia se siente satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?
4 = Siempre
3 = Casi siempre
2 = Casi nunca
1 = No tengo actividad sexual
7. ¿Con qué frecuencia usted siente lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
4 = Siempre
3 = Casi siempre
2 = Casi nunca
1 = No tengo actividad sexual
8. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
1 = Muy difícil
2 = Difícil

- 3= No me es difícil
4 = No presenta
9. ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- 4 = Siempre
3 = Casi siempre
2 = Casi nunca
1 = No tengo actividad sexual
10. ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- 1 = Muy difícil
2 = Difícil
3= No me es difícil
4 = No presenta
11. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- 4 = Siempre
3 = Casi siempre
2 = Casi nunca
1 = No tengo actividad sexual
12. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones ¿Era difícil alcanzar el orgasmo o el clímax?
- 1 = Muy difícil
2 = Difícil
3= No me es difícil
4 = No presenta
13. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- 4 = Satisfecha
3 = Moderadamente satisfecha
2 = Insatisfecha
1 = No tengo actividad sexual
14. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- 4 = Satisfecha
3 = Moderadamente satisfecha
2 = Insatisfecha
1 = No tengo actividad sexual
15. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- 4 = Satisfecha
3 = Moderadamente satisfecha
2 = Insatisfecha
1 = No tengo actividad sexual

16. ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
- 4 = Satisfecha
 - 3 = Moderadamente satisfecha
 - 2 = Insatisfecha
 - 1 = No tengo actividad sexual
17. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- 1 = Siempre
 - 2 = Casi siempre
 - 3 = Casi nunca
 - 4 = No presenta
18. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- 1 = Siempre
 - 2 = Casi siempre
 - 3 = Casi nunca
 - 4 = No presenta
19. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- 4 = Muy alto
 - 3 = Moderado
 - 2 = Bajo
 - 1 = Nada
20. ¿Con que frecuencia tiene usted actividad sexual?
- 4 = Siempre (2 veces por semana)
 - 3 = Casi siempre (1 vez por semana)
 - 2 = Casi nunca (1 vez al mes)
 - 1 = No tengo actividad sexual

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: “Cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Metodología	Población
			Variable	Dimensiones	Indicadores		
¿Cuáles son los cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017?	<p>O.G: Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual de las gestantes atendidas en el Materno Infantil del Rímac, 2017.</p> <p>O.E: Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el primer trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017</p> <p>Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el segundo trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017</p> <p>Determinar los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en el tercer trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil del Rímac, 2017</p>	Este proyecto de investigación no tiene hipótesis.	Comportamiento de la actividad sexual en gestantes	Primer Trimestre	1.Deseo 2.Excitación 3.Lubricación 4.Orgasmo 5.Satisfacción 6.Dolor 7.Frecuencia	<p>Tipo de investigación: Descriptivo Comparativo: Porque comprende el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, sin manipular a la gestante, comprando diferencias o similitudes en cada trimestre de gestación. Prospectivo: Porque busca determinar resultados a futuro sobre los cambios en el comportamiento de la actividad sexual en las gestantes. Transversal: Porque se recolectan los datos de las gestantes en un solo momento. Nivel de investigación: Aplicativo: porque se caracteriza por su interés en buscar la causa del problema principal y actuar sobre ello. Método: Cuantitativo: porque se utilizan estadísticas para conocer ciertos aspectos sobre la actividad sexual en las gestantes.</p>	<p>Población: Estuvo conformada por 60 gestantes que asistieron a consulta de Gineco-obstetricia del C.M.I. Rímac, 2017.</p>
				Segundo Trimestre	1.Deseo 2.Excitación 3.Lubricación 4.Orgasmo 5.Satisfacción 6.Dolor 7.Frecuencia		
				Tercer Trimestre	1.Deseo 2.Excitación 3.Lubricación 4.Orgasmo 5.Satisfacción 6.Dolor 7.Frecuencia		

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Norma Chagua Romero

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL DE INVESTIGACIÓN
Norma Chagua Romero
Obrta. Mg. Norma C. Chagua Romero
C.O.P. 12779

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Fanny Lopez Obando

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
5. Los ítems son claros y entendibles	✓		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....



FANNY L. LOPEZ OBANDO
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
COORDINADORA
DEL SERVICIO DE OBSERVACIÓN

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): César Del Castillo Taliedo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: Revisar si es descriptivo simple o descriptivo comparativo

.....

.....

.....

.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

*Dr. César Del Castillo Taliedo
CIP 37617*