



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

**TÍTULO: SATISFACCIÓN SEXUAL EN RELACIÓN AL
TRIMESTRE Y PARIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL II ESSALUD ABANCAY ABRIL-JUNIO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
BRIZET SHOMARA RIOS LLERENA**

**ASESOR:
Dr. Esp. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

ABANCAY, PERÚ – 2017

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis padres, Quienes me guíaron y apoyaron incondicionalmente Durante toda mi formación educándome con valores Y principios que me servirán durante toda la vida.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a Dios por ser el pilar de mi vida, que guía mis pasos siempre sin dejarme caer en los obstáculos que día a día se atraviesan.

A mi madre que con su ternura siempre estuvo conmigo apoyándome y alentándome durante toda la travesía de mi carrera profesional.

A mi padre que con todo su amor me supo educar y guiar para culminar con éxito la carrera profesional.

A la Universidad Alas Peruanas que aportando conocimientos ayudaron en mi formación profesional.

A los tutores de tesis que me apoyaron y motivaron por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación han logrado que pueda terminar mi tesis con éxito.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo y la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017 **Método:**La investigación desarrollada fue de tipo no experimental cualitativa, con diseño de tipo transversal y nivel correlacional-causal prospectiva. La muestra se determinó de forma no probabilística y por conveniencia. Estuvo conformada por 88 gestantes, quienes a su vez cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos. **Resultados:** El promedio de edad de las 88 gestantes que participaron en el estudio es 30.1 años, con una desviación estándar de ± 4.68 años, siendo la edad mínima 19 años y la edad máxima 39 años, asimismo se presenta la distribución de la población en estudio según el grado de instrucción, se distribuye: en nivel primaria; (1.14 %), secundaria;(14.77%), seguida del nivel superior;(84.09%) siendo la más predominante, Por otro lado la distribución de la población en estudio según el estado civil, se distribuye: en soltera;(7.95%),casada;(15.91%),y la de mayor frecuencia fue la de conviviente con un (76.14 %) en todas las gestantes evaluadas. En relación al trimestre de embarazo, se distribuye: I trimestre; (20.45 %), II trimestre; (35.23 %) de gestantes, y III trimestre; (44.32 %) evidenciándose mayor cantidad de gestantes cursando el III trimestre. Del mismo modo se se distribuye: nulípara; 34 (38.64%), múltipara 44 (50%) gestantes, y gran múltipara;10 (11.36%); Asimismo se distribuyo la satisfacción sexual predominando la calificación de Baja con (69.32 %) en relación a nivel de satisfacción medio (21.59 %), y alto (9.09 %) encontrados en las gestantes del estudio. En la tabla de trimestre de embarazo asociado a satisfacción sexual en las gestantes participantes se obtuvo Rho de Spearman de -0.2845, ($p < 0.01$) presentando asociación estadísticamente significativa; Por otro lado en la tabla de

Trimestre asociado a satisfacción sexual en las gestantes participantes se obtuvo con la prueba de Chi cuadrado (X^2) de 8,162 y una prueba de significancia menor al 0,05 ($p < 0.01$). En comparación con la paridad no existe correlación significativa entre la satisfacción sexual de las gestantes y la paridad de las mismas X^2 de 118,19 ($p=0.783$).

Conclusión En relación a nuestro trabajo existe relación altamente significativa entre la satisfacción sexual de las gestantes y el trimestre de embarazo en comparación con la paridad que no existe relación entre las mismas variables.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción sexual, Trimestre, Paridad, Gestantes

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between sexual satisfaction with the trimester of pregnancy and parity in pregnant women treated at Hospital II EsSalud Abancay, April-June, 2017 **Method:** The research developed was of a non-experimental qualitative type, with type design transversal and prospective causal-correlational level. The sample was determined in a non-probabilistic manner and for convenience. It consisted of 88 pregnant women, who in turn met the inclusion and exclusion criteria proposed. **Results:** The average age of the 88 pregnant women who participated in the study is 30.1 years, with a standard deviation of ± 4.68 years, with a minimum age of 19 years and a maximum age of 39 years, as well as the distribution of the population in study according to the level of instruction, it is distributed: at the primary level; (1.14%), secondary (14.77%), followed by the upper level (84.09%) being the most predominant, On the other hand, the distribution of the population under study according to marital status is distributed: single (7.95%) , married (15.91%), and the most frequent was that of a partner with (76.14%) in all the pregnant women evaluated. In relation to the trimester of pregnancy, it is distributed: I trimester; (20.45%), II quarter; (35.23%) of pregnant women, and III quarter; (44.32%) evidencing a greater number of pregnant women studying the III quarter. In the same way it is distributed: nulliparous; 34 (38.64%), multiply 44 (50%) pregnant, and large multiparous, 10 (11.36%); Likewise, sexual satisfaction was distributed, with a lower score of (69.32%) in relation to the average level of satisfaction (21.59%) and high (9.09%) found in the pregnant women in the study. In the pregnancy trimester table associated with sexual satisfaction in the pregnant women, Spearman's Rho was obtained -0.2845, ($p < 0.01$) presenting a statistically significant association; On the other hand, the Trimester table associated with sexual

satisfaction in pregnant women was obtained with the Chi square test (X^2) of 8,162 and a test of significance less than 0.05 ($p < 0.01$). In comparison with parity there is no significant correlation between the sexual satisfaction of the pregnant women and the parity of the same X^2 of 118,19 ($p = 0.783$).

Conclusion In relation to our work there is a highly significant relationship between the sexual satisfaction of pregnant women and the trimester of pregnancy compared to parity that there is no relationship between the same variables

Key words: Sexual satisfaction, Trimester, Parity, pregnant women.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC.....	vi
INDICE	viii
INDICE DE TABLAS.....	xi
INDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCION	xiii
CAPITULO I:.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del problema	17
1.2.1 Problema general	17
1.2.2 Problemas específicos.....	17
1.3 Objetivos de la investigación.....	17
1.3.1 Objetivos generales.....	17
1.3.2 Objetivos específicos.....	18
1.4 Justificación del estudio	18
1.4.1 Importancia de la investigación	20
1.5 Limitaciones de la investigación	21
CAPITULO II:.....	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes de la investigación.....	22
2.2 Bases teóricas.....	36
2.2.1 Sexualidad, Salud Sexual Y Salud Reproductiva	36

2.2.2	CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD	37
2.2.2.1	CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO	38
2.2.2.2	CAMBIOS HORMONALES	43
2.2.2.3	CAMBIOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES	46
2.2.2.4	SEXUALIDAD Y EMBARAZO	48
2.2.2.5	Actividad sexual durante el embarazo	52
2.2.2.6	Satisfacción sexual durante el embarazo.....	53
2.2.2.7	RESPUESTA SEXUALY FASES: DIFERENCIAS RESPECTO A LA GESTACIÓN	54
2.2.2.8	Posiciones sexuales y embarazo	60
2.3	Definición de términos básicos	62
CAPITULO III:.....		65
HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN		65
3.1	Formulación de la hipótesis principal y sus derivadas	65
3.1.1	Hipótesis General:	65
3.1.2	Hipótesis Específica:	65
3.2	Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.....	66
3.2.1	Definición Operacional.....	66
CAPITULO IV:.....		69
METODOLOGIA		69
4.1	Diseño metodológico.....	69
4.2	Diseño muestral	69
4.2.1	Población.....	69
4.2.2	Muestra.....	70
4.2.2.1	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	70

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	71
4.3.1 Técnicas	71
4.3.2 Instrumentos.....	71
4.3.2.1 Ficha de observación y recolección de datos	71
4.4 Técnicas del procesamiento de la información.....	72
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	72
CAPITULO V:	73
ANALISIS Y DISCUSIÓN RESULTADOS.....	73
5.1 Análisis descriptivo	73
5.2 Análisis de inferencias	80
5.3 Comprobación de hipótesis	81
5.4 Discusión	83
FUENTES DE INFORMACIÓN	90
ANEXOS	94

INDICE DE TABLAS

TABLA NRO 1.- Distribución De Gestantes Según Nivel De Instrucción	74
TABLA NRO 2.- Distribución Según Estado Civil	75
TABLA NRO 3.- Proporción De La Población En Estudio Según Trimestre De Embarazo En Gestantes Atendidas En El Hospital Ii Essalud Abancay.....	76
TABLA NRO 4.- Distribución de la población en estudio según paridad en gestantes atendidas en el Hospital II Essalud Abancay	77
TABLA NRO 5.- Caracterización De Gestantes Según Trimestre.....	78
TABLA NRO 6.- Caracterización De Gestantes Según Paridad	79
TABLA NRO 7.- Trimestre De Embarazo Asociado A Satisfacción Sexual En Las Gestantes Participantes.....	80
TABLA NRO 8.- Paridad Asociado A Satisfacción Sexual En Las Gestantes Participantes	81

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO NRO 1.- Distribución Según Edad	73
GRÁFICO NRO 2.- Distribución Según Nivel De Instrucción	74
GRÁFICO NRO 3.- Distribución Según Estado Civil	75
GRÁFICO NRO 4.- Proporción De La Población En Estudio Según Trimestre De Embarazo En Gestantes Atendidas En El Hospital Ii Essalud Abancay.....	76
GRÁFICO NRO 5.- Distribución de la población en estudio según paridad en gestantes atendidas en el Hospital II Essalud Abancay	77

INTRODUCCION

Durante el embarazo se viven una serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales, así como un montón de interrogantes que pueden afectar la sexualidad durante esta etapa tan susceptible para la mujer como para la pareja.

Es evidente que todo esto influirá positiva o negativamente de acuerdo a la información que la gestante recibirá durante toda la gestación, ya que la sexualidad ha sido aislada e incluso está llena de creencias y mitos que generan ansiedad muchas dudas e interrogantes sobre cómo llevar una sexualidad saludable durante todo el embarazo. La satisfacción sexual es un factor muy importante en la gestación que tiene que ser tomada en cuenta ya que es el grado de bienestar experimentados por una persona en relación con su actividad sexual, Las sensaciones y sentimientos posteriores al encuentro sexual, especialmente la alegría o el placer, son un componente importante de la satisfacción sexual.

Asimismo el objetivo de esta investigación es determinar la satisfacción sexual en relación al trimestre y paridad, lo que nos lleva a estudiar cómo se vivencia la sexualidad y si las gestantes logran una satisfacción sexual o si existirá alguna relación significativa entre el trimestre del embarazo y la satisfacción sexual así como si existe una relación significativa con la paridad.

Lo que nos motivó a estudiar este tema es la complejidad misma que conlleva la sexualidad y más aún la satisfacción sexual durante la gestación que es una etapa tan maravillosa y frágil para la futura madre y la pareja que se encuentran alrededor de muchos cambios e interrogantes que impiden que la gestante viva su sexualidad de manera libre y despreocupada.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La satisfacción sexual es el grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual, Las sensaciones y sentimientos posteriores al encuentro sexual, especialmente la alegría o el placer, son un componente importante de la satisfacción sexual.

La sexualidad es parte importante del ser humano y puede variar a lo largo de la vida dependiendo de factores psicológicos, sociales, biológicos y culturales. El embarazo es una etapa en la vida de la mujer en las que existen importantes cambios tanto psicológicos como fisiológicos que pueden repercutir sobre su comportamiento sexual y su relación de pareja, La actividad sexual, la satisfacción y la frecuencia coital y orgásmica presentan una disminución progresiva en comparación con el estado pregestacional.

Según un estudio publicado en el Journal of Sexual Medicine en el año 2017, titulado “Distress sexual y problemas sexuales durante el embarazo asociaciones con la satisfacción sexual y de relación” ⁽¹⁾. Si bien los estudios arrojan que entre el 10 y el 22% de las mujeres embarazadas informan que tanto su frecuencia como su rendimiento sexual mejoran en esta situación, es mucho mayor el porcentaje de mujeres afectadas negativamente. Entre el 30 y el 60% de ellas reportan problemas sexuales durante el embarazo: pérdida de deseo, dificultades para excitarse, anorgasmia o dolor génito-pélvico.

En España según un artículo publicado en matronas profesión sobre “El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación “ en el año 2016 se obtuvo que la satisfacción sexual en el tercer trimestre fue menor que en el primero asimismo esta significación también se encontró en la comparación del tercero con el segundo trimestre se pudo ver que la más frecuente fue la calificación de “muy buena” con un 38% en el segundo trimestre, un 36% en el primer trimestre y un 24% en el tercer trimestre con la calificación más habitual de “buena” ⁽²⁾.

En Perú en un estudio titulado sexualidad de las gestantes; En el I trimestre a las gestantes les resultaba difícil alcanzar el orgasmo o satisfacción sexual(52.7%), en el II trimestre a las gestantes les resultaba muy fácil alcanzar el orgasmo o satisfacción sexual (44.4%) y en el III trimestre a las gestantes le resultaba difícil alcanzar el orgasmo o satisfacción sexual con un (58.3%) ⁽³⁾.

Sobre la particularidad de este problema no se ha encontrado datos en esta región lo que induce al estudio que viene aquejando a nuestra población gestante deteriorando de manera progresiva la relación de pareja.

La satisfacción sexual en gestantes se ve influenciado por los tabúes que existen en nuestra región como que la mujer gestante es un ser asexual que no debe tener relaciones sexuales por que puede dañar al bebe, o causar aborto, hemorragias o producir un parto prematuro lo que conlleva al miedo de realizar libremente un acto sexual.

El embarazo supone una vivencia nueva para ambos una etapa maravillosa y mágica Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biopsicosexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, pero no tan solo en ella pues también afecta al padre del bebé en camino y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer, por lo que la sexualidad en esta etapase degrada significativamente.

Es por eso que el problema de la satisfacción sexual en gestantes viene incrementándose en los últimos tiempos por falta de información acerca de la sexualidad durante la gestación que debe vivenciarse con mucho más amor, En esta etapa se producen cambios que influyen en la conducta sexual de la embarazada, y desde la práctica asistencial, se puede ofrecer información objetiva, para que esos cambios los adopten como normales y no vean modificada su vida sexual durante la gestación por el miedo, ansiedad, falta de información o incluso la vergüenza a preguntar.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo y la paridad en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cómo es la caracterización de gestantes según el trimestre de gestación en pacientes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017?

¿Cómo es la paridad de las gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017?

¿Existirá relación entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017?

¿Existirá relación entre la satisfacción sexual con la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivos generales

- Determinarla relación que existe entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo y la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a las gestantes según el trimestre de gestación atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017.
- Caracterizar a las gestantes según la paridad atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017.
- Relacionar la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril-Junio, 2017.
- Relacionar la satisfacción sexual con la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, Abril- junio, 2017.

1.4 Justificación del estudio

La investigación que se realizó, aportará nuevos conocimientos a nuestras gestantes sobre su sexualidad; como atravesar esta etapa de la mejor manera y así poder ayudar a fortalecer su relación de pareja que se degrada significativamente para así poseer un grado de bienestar y plenitud alto en relación con su etapa sexual y una satisfacción sexual mayor después del acto sexual

Esta investigación beneficiará a gestantes, pareja, familia y sobre todo a las profesionales ayudando a brindar una mejor información sobre este tema ya que muchas gestantes tienen miedo y vergüenza de preguntar sobre su sexualidad en esta etapa viéndolo como algo negativo e impudoroso, cuando en realidad debería vivenciarse de manera mucho mas placentera gracias a la mayor sensibilidad que se atraviesa durante esta etapa, implementar talleres en psicoprofilaxis sobre la sexualidad, y romper los mitos que existen para

evitar mas miedos sobre este tema durante el embarazo, incluir información sobre satisfacción sexual para una mejor vivencia y mayor enfoque en las necesidades sexuales de las gestantes implementando cosas nuevas y evitar que la relación se atrofie por la rutina y la poca información sobre este tema.

Esta investigación resulta de la inquietud que genera la poca información que las gestantes reciben sobre como vivenciar su sexualidad de manera mas plena y libre de temores en esta etapa de cambios tanto físicos psicológicos como emocionales, Servirá como línea de base para realizar nuevos estudios sobre la satisfacción sexual en el embarazo en relación al trimestre y paridad.

Con esta investigación se podrá resolver desmentir los mitos y tabúes que existen sobre la sexualidad durante la gestación que es el problema principal que se debería eliminar ya que la población se ve ligada a seguir consejos antiguos sobre no poder realizar un acto sexual durante el embarazo por que podría provocar un aborto o incluso daño al feto, siempre y cuando no sea contraindicado por el medico u obstetra no es un impedimento tener una vida sexual activa e incluso mucho mas placentera durante esta etapa siempre y cuando se viva de manera segura y libre de violencia.

Adicionalmente la preparación para la maternidad y la paternidad, se centra en la parte biológica, y deja cortos varios aspectos esenciales de la sexualidad; como la sexualidad no genital que brinda placer y mayor comodidad, las posiciones sexuales de acuerdo al trimestre gestacional, benéficos para la salud maternoperinatal, que se enfoca poco en su bienestar mas por el contrario solo piensa en el bebe en camino entre otros. Así mismo, es necesario que los profesionales encargados de la atención de la familia

gestante se encuentren debidamente capacitados para ofrecer el abordaje integral que demanda esta etapa.

1.4.1 Importancia de la investigación

La investigación que se realizó resulta de la curiosidad que genera la poca información sobre sexualidad y satisfacción sexual brindada a nuestra población gestante siendo vulnerable frente a este tema que genera más tabúes y dudas respecto a mantener una vida sexual activa, plena, libre de prejuicios dichos por la sociedad y sin ningún temor a realizarlos durante esta etapa tan maravillosa; y surge de la preocupación que supone la sexualidad en el embarazo ya que no existe talleres de información especificando este tema no se encuentra información ni en los libros de obstetricia generando más dudas e interrogantes en las gestantes y parejas por lo que todo esto nos motivó a realizar este estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo y la paridad.

La presente investigación aportará nuevos conocimientos sobre el tema de la satisfacción sexual en gestantes y como varía o disminuye conforme avanza la gestación y a más paridad. Es por eso que se atribuye más conocimientos sobre este tema para despejar dudas en la gestante desmentir los mitos y ayudar a vivenciar una sexualidad placentera.

Esta investigación beneficiará a las gestantes, pareja y entorno familiar, a los profesionales obstetras para brindar información, implementar

talleres para capacitar a las gestantes desmentir mitos, despejar sus dudas para que puedan mantener una vida sexual activa, satisfactoria y libre de miedos.

Servirá como línea de base para realizar nuevos estudios sobre la satisfacción sexual en relación al trimestre y paridad en gestantes ya que no existen muchos trabajos sobre este tema de mucha importancia y más aún relacionándolo con cada trimestre del embarazo, y la paridad.

1.5 Limitaciones de la investigación

En el desarrollo de la presente investigación sobre satisfacción sexual en gestantes en relación al trimestre y paridad se obtuvieron las siguientes limitaciones:

Se realizó con la nueva escala de satisfacción sexual es un instrumento sustentado en la apreciación subjetiva de las gestantes participantes en el estudio, siendo una limitación metodológica, puesto que no se puede medir con mayor objetividad el índice de satisfacción sexual, Por otro lado, el instrumento elegido es fiable, valido, útil, sencillo y económico para la apreciación de la escala de satisfacción sexual.

La selección de participantes en el estudio se realiza en base a criterios de selección de inclusión y exclusión, por medio de un muestreo no probabilístico o por conveniencia. En este sentido tomando en consideración que la estadística inferencial se basa en la teoría de la probabilidad, se limita el estudio a tener solo validez interna. Por el contrario; la selección por conveniencia permite tener mayor cuidado en el control de aquellos factores que pueden influir en las variables del estudio.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Balestena Sánchez, Jorge I; Sanabria Negrín, José G; Fernández Hernández, Bernardo. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer Pinar del Río (Cuba) septiembre-octubre. 2014. ⁽⁴⁾

RESUMEN:

Resulta impostergable considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral de la mujer, por la recuperación que tiene en el estilo de vida, y el proceso de gestación puede afectar el comportamiento sexual de la pareja.

Objetivo: determinar la influencia que tiene la gestación en la sexualidad de la mujer.

Material y método: investigación longitudinal, prospectiva y analítica en el policlínico "Hermanos Cruz" de la provincia de Pinar del Río, entre abril de 2010 y febrero de 2011. El universo quedó conformado por todas las mujeres embarazadas captadas precozmente de los grupos básicos de trabajo (GBT) 1,

2 y 3 (n = 218); para la selección de la muestra se escogieron al azar 21 consultorios, y de ellos se seleccionaron las primeras siete gestantes captadas antes de las 13 semanas de embarazo (n = 147); se empleó un cuestionario el que fue aplicado en los tres trimestres del embarazo, para la validación de los resultados se empleó la prueba de ji cuadrado con nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados se obtuvo una mediana de 2, 3 y 2 coitos semanales según los trimestres del embarazo, en cuanto al deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción sexual tuvieron una relación altamente significativa con el primero y tercer trimestre de la gestación.

Conclusiones el embarazo es un proceso que lleva aparejado un trastorno en la sexualidad de la mujer.

HaruéR. López L. índice de función sexual en gestantes que acuden a la consulta de control prenatal en el Hospital central de San Cristóbal (Venezuela) Abril- Junio 2016.⁽⁵⁾

Introducción: Las actividades sexuales humanas, han sido tabú y de gran discusión, el paso del tiempo ha originado interés por estudiar un fenómeno complejo como la sexualidad; que compromete procesos psicológicos y orgánicos. Rosen y cols, desarrollaron un instrumento autoadministrado, para evaluar el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). **Objetivo:** Demostrar el Índice de Función Sexual Femenina en gestantes que acuden a consulta de control prenatal. **Metodología:** Investigación exploratoria, descriptiva, corte transversal, de campo, no experimental. Población: todas las gestantes que acudieron a la admisión del HCSC durante Abril – Junio 2016, que cumplieron

con criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión. **Resultados:** Se seleccionaron 56 gestantes, de 14 - 42 años, edad gestacional mínima 4 semanas y máxima 41; estado civil unión libre 44.6%, grado de instrucción secundaria incompleta 32.1% y religión católica 92.9%; Se aplicó instrumento dando resultado promedio del IFSF de 18,70, y los Dominios con mayor promedio fueron Deseo 3,48, Satisfacción 3,23 y Orgasmo 3,17; y de menor son Excitación 3,13, Dolor 2,96 y Lubricación 2,72, En el III trimestre 77% presentan alteración del deseo, 87% alteración en la excitación, orgasmo e IFSF y 100% alteración de la lubricación vaginal y dolor. **Conclusión:** El Índice de Función Sexual Femenina es un instrumento simple, permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida; en este estudio el Índice de Función Sexual Femenina fue bajo para considerar una salud sexual satisfactoria. La relación de la función sexual con respecto a los trimestres del embarazo es inversamente proporcional, a medida que aumenta la edad gestacional disminuye el Índice de Función Sexual Femenina.

Rodríguez León, Marta, Ramón Arbués, Enrique Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada en gestantes atendidas en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza(España) de mayo-julio 2012.⁽⁷⁾

El embarazo supone cambios desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo, La mayoría de gestantes, y sus parejas, sufren modificaciones en su patrón habitual de comportamiento sexual. En la época del embarazo, la evidencia disponible se inclina hacia una disminución del interés sexual, de la frecuencia de coitos, de la capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual de la gestante **Objetivo:** Analizar los cambios que se producen en la sexualidad

de la mujer durante el embarazo. **Material y método:** El estudio consistió en un análisis descriptivo transversal sobre una muestra de 74 embarazadas. Se recogieron datos de filiación, estudios, nivel socioeconómico y cultural, edad, duración de la convivencia, hábitos sexuales, satisfacción con respecto a su vida sexual y educación sexual recibida. **Resultados:** El interés sexual en la embarazada se ve disminuido con el embarazo. En general, la frecuencia de coitos a la semana también se encuentra disminuida. La auto-estimulación sexual aumentó para un 44,59% de las participantes en el segundo trimestre del embarazo y disminuyó en el primero y tercero, para un 58,10% y un 75,67% respectivamente. En lo referente a las relaciones oro-genitales se observó una leve disminución de las mismas en el embarazo respecto a la época anterior al mismo. El embarazo disminuyó significativamente la satisfacción con la vida sexual. En cualquier caso la mayoría de las mujeres siguieron encontrando su vida sexual satisfactoria también durante la gestación, sin olvidar que una pequeña parte de ellas aumenta su interés y mejora su vida sexual. Prácticamente todas las encuestadas tiene frecuentes encuentros no genitales, éstos son muy deseados y se les da mucha importancia **Conclusiones** Una mayor educación sexual durante este periodo efectuada por profesionales formados en salud sexual puede mejorar la satisfacción de la gestante y su estado general de salud.

Escudero Rivas, Raquel Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante la gestación y el puerperio en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (España) en 2015.⁽⁸⁾

Resumen El embarazo y el postparto son etapas en la vida de la mujer en las que existen importantes que pueden repercutir sobre su comportamiento sexual y su relación de pareja. **Objetivos** Analizar las variaciones que se producen en la sexualidad antes, durante y después del embarazo **Material y métodos** Se ha realizado un estudio observacional prospectivo en una cohorte de 111 embarazadas a lo largo del embarazo, parto y puerperio atendidas durante un período de 25 meses. **Resultados**, se observa una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo, recuperándose parcialmente durante el postparto, Siendo diferencias estadísticamente significativas, especialmente entre la frecuencia de coito antes de la gestación respecto a las tres visitas del embarazo y a los tres meses postparto ($p=0.015$). En la frecuencia de orgasmo, hay una disminución progresiva a lo largo del embarazo, en la semana 38 respecto a antes de la gestación), y una recuperación en el postparto, que alcanza niveles previos al embarazo. Del mismo modo, la satisfacción sufre un empeoramiento progresivo hasta el momento del parto respecto a la etapa previa, recuperándose parcialmente en el postparto. Las mujeres menores de 30 años tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales durante la etapa pregestacional, semana 20, 30 y 38, mayor frecuencia de orgasmo antes de la gestación y en semana 20 y mayor satisfacción sexual antes y durante el embarazo (semana 20, 30 y 38). El descenso de la frecuencia coital es mayor en mujeres con hijos antes del embarazo y semana 20, presentando mayor insatisfacción en semana 38. En el análisis multivariante mantienen asociación con las variables de sexualidad, la edad de la mujer, los estudios de ésta y la paridad. **Conclusiones** La variable más afectada es la frecuencia coital, que presenta un descenso

progresivo en el embarazo, la frecuencia orgásmica, la satisfacción, el dolor coital se deterioran en las últimas semanas antes del parto, parcialmente en el postparto.

García Mirás, Ramón, González Sánchez, Adriana. Llibre Guerra, Jesús Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas Hospital Gineco obstétrico Eusebio Hernández” La Habana, Cuba,2011.⁽⁹⁾

RESUMEN

Las relaciones sexuales durante el embarazo y sus consecuencias han estado sujetas durante largo tiempo a una considerable especulación. En Cuba, existen muy escasas referencias de estudios al respecto y los realizados en otros países, demuestran que el embarazo influye inexorablemente sobre la sexualidad de la mayoría de las personas.

Objetivos: caracterizar la expresión de la sexualidad durante el embarazo en un grupo de puérperas.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte trasversal, en el Hospital Gineco obstétrico “Eusebio Hernández”, durante el periodo comprendido entre el 1ro de noviembre de 2010 y 30 de marzo de 2011. Se escogió una muestra de 300 mujeres, se tuvo en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: en la muestra se encontró que, 23 % refirió un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre, mientras que el resto refirió mantenerse igual. El 64 % representó que la calidad de las relaciones sexuales

era igual que antes del embarazo. El 89 % planteó que las relaciones sexuales habían sido gratificantes, y el 92 % consideró que las relaciones sexuales debían mantenerse durante el embarazo.

Conclusiones: el deseo sexual se mantuvo en las pacientes estudiadas, pero la frecuencia de las relaciones sexuales, disminuyó, en la medida en que el embarazo avanzaba. La mayoría de las encuestadas evalúa de gratificante las relaciones sexuales en este período, manteniéndose la calidad y la forma preferida de las mismas. Una cifra no despreciable de ellas no había recibido información sobre el tema.

Levin, Alberto Alejandro Cambios en la actividad sexual durante la gestación en la Maternidad Martin de la ciudad de Rosario (Argentina) de Agosto y Setiembre de 2012.⁽¹⁰⁾

Introducción: Durante el embarazo se producen una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que pueden modificar la sexualidad y la actividad sexual durante este período. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo en base a 104 encuestas realizada a mujeres embarazadas con más de 9 semanas de gestación que concurren a la Maternidad Martin de la ciudad de Rosario, **Objetivo:** Conocer los cambios en la actividad sexual de las mujeres embarazadas, compararlos con el tiempo previo a la concepción y con embarazos anteriores, conocer las variaciones ocurridas durante cada trimestre de la gestación en cuanto al deseo sexual, frecuencia de relaciones sexuales y satisfacción sexual u orgasmo. **Resultados** Del total de embarazadas que refieren un cambio en el deseo sexual durante el 3º trimestre (n=7), el 85.7% refiere disminución del deseo sexual y el 14.3%

aumento del deseo sexual. Satisfacción sexual u orgasmo, El 49% refiere que hubo un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo luego de quedar embarazada; el 43.3% que no hubo cambios y el 7.7% que no tuvo relaciones sexuales. Cambio en la satisfacción sexual u orgasmo según trimestre de embarazo, durante el 1º trimestre (n=33), el 54.5% refiere disminución de la satisfacción sexual y el 45.5% aumento. Del total de las mujeres que refieren un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo durante el 2º trimestre (n=14), el 57.1% refiere disminución de la satisfacción sexual y el 42.9% aumento. Del total de las mujeres que refieren un cambio en la satisfacción sexual u orgasmo durante el 1º trimestre (n=4), el 75% refiere disminución de la satisfacción sexual y el 25% aumento. **Conclusiones:** Durante la gestación se producen una serie de cambios en la actividad sexual como disminución del deseo sexual, de la frecuencia de las relaciones sexuales y de la satisfacción sexual u orgasmo, en comparación con el tiempo previo a la concepción.

Valencia García, Angela Lisseth Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al centro de salud Carlos Cueto Fernandini, (Perú) año 2015.⁽¹²⁾

Objetivo: Determinar las actitudes y prácticas sexuales según trimestre del embarazo en las gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini en el año 2015. **Metodología:** El estudio es de tipo observacional, descriptivo comparativo, prospectivo de corte transversal. Con una muestra de 217 gestantes de los tres trimestres de gestación del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, con muestreo no probabilístico. **Resultados:** El 36.8% de los embarazos son del II trimestre, el 32.6% III trimestre y el 30.5% I trimestre. El 96.6% I trimestre, el 65.7% II trimestre y el 77.4% III trimestre de embarazo

tiene una actitud sexual negativa. La práctica sexual del I trimestre son besos y caricias (62%), relaciones coitales vaginales (55%) y manipulación de zonas excitables (34.3%), del II trimestre son las relaciones coitales vaginales (60.1%) y los besos acompañados de caricias (25.7%), del III trimestre son las relaciones coitales (51.6%) y los besos con caricias (41.9%). El 69% de las gestantes del I trimestre prefieren besos con caricias, y el 30.8% la manipulación de zonas excitables, el 45.7% de las gestantes del II trimestre las relaciones sexuales vaginales y el 40% besos con caricias, al igual que el III trimestre quienes optan las relaciones coitales vaginales (48.4%) y los besos con caricias (41.9%). Respecto a las posiciones sexuales, el 69% de las gestantes del I trimestre prefiere la posición del hombre encima o “misionero” y el 27.5% prefiere la penetración de lado. El 34.3% de las gestantes del II trimestre optan por la posición de penetración desde atrás y el 31.5% la pose de penetración de lado. como el 45.1% del III trimestre la pose sexual de penetración de lado y el 35.5% la penetración vaginal desde atrás. Referente a las variantes sexuales, en las gestantes del I trimestre el 27.5% realiza la masturbación mutua y el 20.7% sexo oral hacia la pareja, en el II trimestre el 28.6% realiza la masturbación mutua y el 17.1% realiza sexo oral, en el III trimestre el 26% opto por las relaciones orales hacia la pareja. **Conclusión:** las prácticas sexuales en gestantes fueron negativas en todos los trimestres.

Moreno Martínez Gabriela L; Quilca Pinedo, Noemí A Factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo, en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita (Perú) periodo enero - octubre 2016.⁽¹³⁾

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.

Salcedo Eguia, Darely A; Vargas Serruto, Erick M Conductas sexuales durante el embarazo en mujeres gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.⁽¹⁴⁾

Objetivo investigar el conocimiento del comportamiento de las conductas sexuales de la pareja y más que nada de las mujeres en el periodo de gestación, **Metodología** realizamos esta investigación muestra de 87 gestantes, la edad a considerar fue de 18 a más, que se encontraban en el tercer trimestre de gestación del Servicio de Obstetricia, en los meses de Octubre a Diciembre del 2015, que cumplieron con los criterios de selección.

Resultados Tomando en cuenta las variables de esta investigación; se obtuvo que, la satisfacción sexual fue disminuyendo en el segundo trimestre (57,5 %) hasta que no desearon tener relaciones sexuales en el tercer trimestre (54,0 %); la frecuencia de relaciones sexuales fue baja en el tercer trimestre (63,2%); el deseo sexual disminuyó (85,1%) en el tercer trimestre; el cambio de comportamiento sexual de la pareja disminuyó (49,4%) en el tercer trimestre al decidir no tener relaciones sexuales, el (87,4%) de las gestantes no practicaron ninguna variante sexual; hubo al menos tres molestias durante las relaciones sexuales, dolor (31,0%), fatiga (19,5%) y contracciones uterinas (10,3%); el (42,5) de las gestantes creen que tener relaciones sexuales si afectan al feto, siendo la infección (62,2%) la creencia prevalente; el (66,7%) de las gestantes

no manifestó tener sentimiento de culpa 6 durante las relaciones sexuales; hubo al menos dos tipos de posiciones practicadas durante la gestación, el hombre encima de la mujer (50,6%), el hombre y la mujer recostados de lado (46,0%). En el presente trabajo comparativo, se encontró diferencias estadísticas ($P < 0.05$). **Conclusión**, existe variación de la conducta sexual a medida que progresa el embarazo, su deseo sexual fue disminuyendo progresivamente con la gestación; por consiguiente, estos datos nos dan resultados sobre la poca información que tiene la embarazada del adecuado ejercicio de su función sexual y muchas veces el desconocimiento de este tema que tanta atención precisa. Existe relación significativa entre los trimestres de gestación con respecto a cada variable.

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 Lima-Enero 2015.⁽³⁾

RESUMEN La sexualidad humana es un proceso continuo y pluridimensional, se desarrolla desde el nacimiento hasta la muerte y varía de una cultura a otra, La vida sexual de una embarazada, corresponde al ámbito privado, favorece que los obstetras, por defecto y de manera general prefieran para evitar complicaciones, prohibir toda clase de prácticas sexuales durante el embarazo, pregunta incómoda; debido a los prejuicios que giran sobre los temas sexuales **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. **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,

Tarco Pariapaza, Nancy Y. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital de Ventanilla (Lima) de Julio a Agosto del 2016.(15)

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. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 205 puérperas del Hospital de

Ventanilla seleccionados mediante 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 sexo oral y la posición sexual fue la “de costado” para el 66.24%. **Conclusiones:** la actividad sexual disminuye. El orgasmo no fue alcanzado a lo largo del embarazo para la mayoría.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Sexualidad, Salud Sexual Y Salud Reproductiva

La sexualidad es una dimensión humana esencial, las personas somos sexuadas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.⁽¹⁶⁾

La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria segura y de procrear de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.⁽¹⁶⁾

La salud reproductiva hace referencia, según la OMS, a un estado general de bienestar biopsicosocial en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.⁽¹⁶⁾

2.2.2 CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD

La sexualidad femenina sufre modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. El embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático. Podríamos afirmar que es todo lo contrario. Durante el embarazo se expresan profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer; los hombres, en cambio, pueden presentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido. Estas manifestaciones pueden iniciarse y agravarse durante el embarazo y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual.⁽¹⁷⁾

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 mucho más placenteras y gratificantes”.⁽¹⁸⁾

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 que puede verse atrofiado por la nueva vivencia del embarazo.⁽¹⁹⁾.

2.2.2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

En la gestante podemos encontrar numerosos cambios físicos que afecten a su confort y bienestar, que influyen significativamente en su sexualidad. Entre ellos destacaremos los más importantes⁽²⁰⁾.

A) MODIFICACIONES METABÓLICAS

Ganancia de peso: El aumento de peso es uno de los cambios más evidentes durante el embarazo. La ganancia de peso ideal sería de 1 kilogramo por mes de gestación. No obstante, la recomendación acerca de la ganancia de peso debe ser individualizada en relación al peso previo al embarazo y el estado nutricional. Según la American Medical Association, el valor vigente sobre la ganancia de peso ponderal reproductivo es de 13-15 kilogramos al final del embarazo⁽²¹⁾.

B) ÚTERO

El útero aumenta su tamaño de forma progresiva adaptándose al crecimiento fetal. Su forma va cambiando gradualmente; al principio tiene forma de pera y va modificando a forma de esfera, para finalmente adoptar forma ovoidea. Esta modificación se conoce como el Signo de Noble – Budin.^(20,22,23,24).

C) MODIFICACIONES EN LA PIEL

En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas estrías; su número depende del caso así como su longitud y anchura. La superficie suele ser lisa, aunque en algunos casos suele aparecer pliegues. Su color es rojo violeta en las recientes y blanco nacarado en las antiguas. La localización de las estrías más frecuente la tenemos en: Nalgas, Abdomen, Mamas, Otros^(20,22,23,25).

Las estrías persisten durante toda la vida. Los factores que provocan las estrías no están muy claros, podemos atribuirlo a dos factores fundamentalmente: la distensión de la piel y/o al efecto de producción de corticoides que suele alterar al tejido elástico. Existe también un aumento de la pigmentación de la piel, sobre todo en ciertas zonas:

- Aumento de la pigmentación en la línea alba (localizada desde el borde superior del pubis al ombligo)
- Aumento de la pigmentación de la areola mamaria y de los pezones.
- Cloasma o Mascara del embarazo producido por el aumento de la pigmentación en las mejillas, frente y nariz, el color es pardo amarillento^(20,22).

Aumenta su intensidad cuando se toma el sol. La explicación dada para este aumento de pigmentación es por un aumento de la hormona hipofisaria que a su vez estimula los melanocitos. “Estos cambios pueden hacer sentir a la mujer poco atractiva y sensual

para su pareja, por lo que también repercutiría en su vida sexual de manera importante” (22,23).

D) MAMAS

Las mamas sufren severas modificaciones durante el embarazo con el objetivo de que puedan cumplir su función como secretoras de leche. Los principales cambios en las mamas son: Aumento de tamaño desde el 2º mes de gestación con importante hipertrofia e hiperplasia glandular, Aumento de la vascularización, Aumento de la pigmentación, especialmente de la areola, Aumento progresivo de la sensibilidad y de la capacidad eréctil del pezón. En el primer trimestre del embarazo, los tubérculos de Montgomery aumentan de tamaño produciendo una secreción sebácea que lubrica y protege el pezón. Entre el segundo y tercer trimestres se inicia la secreción de calostro (23,26).

E) MODIFICACIONES RESPIRATORIAS

- Modificaciones anatómicas:

Durante la gestación, se eleva el diafragma unos 4 centímetros y aumenta el diámetro antero-posterior y transversal. La circunferencia torácica aumenta unos 5-7 centímetros y se aplanan los arcos costales. A causa de estos cambios anatómicos, la respiración pasa de ser abdominal a torácica. Respecto a las vías respiratorias, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea que

conlleva a un aumento de la vascularidad, motivo por el cual hay mayor riesgo de epistaxis^(20,22,23).

- Modificaciones funcionales:

Las modificaciones anatómicas de la caja torácica conllevan cambios en los volúmenes y capacidades pulmonares. Estos se inician al principio de la gestación y alcanzan su máximo en el 5^o-6^o mes para descender al final del embarazo^(22,23,26).

F) MODIFICACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis^(20,23,25).

Por otro lado, puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis suele aparecer a partir del 3er trimestre (6^o mes). Las causas pueden ser mecánicas y hormonales. La causa mecánica es debida a una digestión lenta producida por la compresión del estómago de la gestante, que acaba provocando un retardo en el vaciamiento del mismo. La causa hormonal es debida a la progesterona que actúa sobre el cardias^(20,23).

G) MODIFICACIONES CARDÍACAS

Durante el embarazo el corazón aumenta su tamaño un 10-20 % por hipertrofia del músculo cardíaco (cardiomegalia). Debido al aumento del volumen abdominal el diafragma se eleva y desplaza al corazón hacia arriba y hacia la izquierda; esto se refleja en el

electrocardiograma como una desviación del eje eléctrico hacia la izquierda ^(22,23,25).

De forma precoz se produce un aumento de la frecuencia cardíaca en 15-20latidos/minuto, alcanzando la frecuencia máxima alrededor de la semana 30. El gasto cardíaco se define como el producto de la frecuencia cardíaca y del volumen sistólico. Durante la gestación, el gasto cardíaco aumenta entre un 40-50 % respecto a mujeres no gestantes ^(22,23,25)

H) MODIFICACIONES CARDIOVASCULARES

La tensión arterial disminuye durante el primer y segundo trimestre, alcanzando los valores mínimos alrededor de la semana 28. Esto es debido a una disminución de las resistencias vasculares periféricas. Durante el tercer trimestre la tensión arterial irá elevándose progresivamente hasta llegar a normalizarse. La presión venosa de las extremidades inferiores aumenta debido a la compresión del útero grávido sobre la vena cava inferior. Esto contribuye a la aparición de edemas maleolares varices en miembros inferiores, hemorroides y varices vulvares. Todas estas eventualidades aumentan la probabilidad de sufrir una Trombosis Venosa Profunda (TVP). ^(20,23,26)

I) MODIFICACIONES EN EL APARATO URINARIO

En el embarazo existen una serie de modificaciones tanto de orden funcional como morfológicas, evidentemente no afectan en demasía al

funcionamiento normal del aparato urinario pero deben conocerse para evitar confusiones posteriores. ^(22,23,25)

Existe un ligero aumento del tamaño del riñón (aproximadamente de 1 - 1'5 cm) y de peso (alrededor de 50 gramos) debido al aumento de la vascularización y acúmulo de líquido intersticial. Puede aparecer incontinencia urinaria debido a la disminución de la eficacia del esfínter uretral y la aparición de reflujo vesicoureteral. ^(20,23,25)

Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico a causa de varios factores como el incremento del peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos debido a los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en el parto. ^(22,23,26)

2.2.2.2 CAMBIOS HORMONALES

Durante el embarazo se producen grandes cambios en nuestro organismo y las principales responsables de ellos son las hormonas. Todas estas hormonas originarán cambios que ayudarán al crecimiento y desarrollo adecuado de tu bebé. ⁽²⁷⁾

A) La Gonadotropina coriónica humana (GCH).

Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) También llamada la hormona del embarazo. La HCG es la hormona encargada de mantener el cuerpo lúteo hasta que la propia placenta adquiera la capacidad de mantenerse a sí misma endocrinológicamente, produciendo estrógenos y progesterona. "La HCG se detecta en sangre materna y en la orina a partir de la quinta semana para confirmar el embarazo" ⁽²⁴⁾.

“Quizás, un efecto secundario que puede provocar esta hormona es la aparición de náuseas y vómitos matutinos que suelen darse durante el primer trimestre de gestación provocando un gran malestar en las gestantes” (24).

B) La Progesterona

Está presente también en mujeres no embarazadas pero en menor concentración. Su rol antes del embarazo es preparar el útero para la implantación y durante el embarazo contribuye al mantenimiento del embarazo: impide que el útero se contraiga, mantiene las funciones de la placenta, refuerza las paredes de la pelvis y la prepara para el parto. Será responsable también de preparar las mamas para la lactancia (23,27,24).

C) Estrógeno

Es también una hormona que se presenta en niveles más altos durante el embarazo. Ayuda a preparar interior del útero aumentando el número de glándulas y vasos sanguíneos presentes en su interior para la gestación, relajando la movilidad uterina, aumentando el potencial de implantación permitiendo, por tanto, al útero que albergue al feto (23,27,24).

El estrógeno se forma en los ovarios y su presencia es decisiva a la hora de concebir, durante el embarazo, la placenta también la genera para poder garantizar un saludable desarrollo de la gestación, Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto

genital inferior durante la gestación y al desarrollo del sistema de conductos en las mamas, Cambios en el pH vaginal Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer^(18,24).

D) Lactógeno Placentario Humano (HPL)

También llamada Hormona del Crecimiento Placentario Coriónica (HCGP). Se detecta en sangre materna a partir de la tercera semana. Su función principal es Lactogénica favorece la formación de la leche y prepara la mama para la lactancia materna, Presenta además otra función de vital importancia, la de garantizar un adecuado desarrollo fetal^(27,24).

E) Hormona Prolactina (PRL)

Su función principal es preparar a la glándula mamaria para la lactancia materna y sus niveles aumentan desde el inicio de la gestación se encuentran alrededor de 75, 116 y 216 ng/ml El nivel máximo lo alcanza en la semana 25 y empieza a disminuir hacia la 38ª semana Tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido efectos negativos sobre la sexualidad, ya que de la misma forma en que la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, la prolactina es inhibidora de la misma, ya que al actuar inhibitoriamente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual^(27,24).

Las hormonas pueden generar en las gestantes una sensación de protección en torno a su bebé. Así como generar una montaña rusa

de emociones: una tristeza que se convierte en llanto, una tremenda sensibilidad ante los sufrimientos de los demás y una alegría tan intensa que se desborda en lágrimas “las hormonas lograrán encender tu parte emocional permitiendo prepararte hacia el nuevo rol de madre que se avecina” (23,24).

F) OXITOCINA

La oxitocina es una hormona pero no solamente se encuentra cuando la madre da a luz, sino que también está en el embarazo, desencadenando sensaciones positivas en cuanto a las emociones.

Pero que también facilita las contracciones y contribuye a que los cambios en el cuerpo femenino se establezcan para el bebé en camino⁽²⁸⁾.

Más allá de las propiedades emocionales que consigue, la oxitocina también es una hormona puramente física, que contribuye a que todo marche a la perfección justo antes de que se produzca el parto. Cuando la oxitocina se libera, es ese momento en el que la embarazada siente que el cuello del útero comienza a dilatarse de forma paulatina^(27,28).

2.2.2.3 CAMBIOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES

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

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los

cambios como retos y a la nueva vida que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja ^(29,30).

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que ésta, olvide su rol de seductora y seducida, y su pareja deje de verla como una amante. Los factores que tienen que ver con la sexualidad de la mujer gestante y su pareja son múltiples. Durante el embarazo, el deseo sexual de la pareja puede modificarse, o no. Puede verse aumentado, disminuido o incluso no modificarse. Cada persona es única y la influencia de las hormonas a lo largo de la gestación hace que pueda modificarse el deseo sexual. Algunas embarazadas se sienten más atractivas y femeninas y eso les da seguridad, y por tanto, viven el embarazo desde la sensualidad. A otras, en cambio, el aumento de peso, el cansancio, la incertidumbre de esta nueva etapa y las hormonas hacen que su deseo disminuya ⁽³¹⁾.

Es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual de sus miembros ⁽¹⁷⁾. Por otro lado, el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico.

Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y

pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad provocando un alejamiento con la pareja^(17,31).

“También como elementos fundamentales a tener en cuenta están las condiciones sociales que rodean el embarazo, los miedos las interrogantes, la edad de la gestante y las expectativas frente al embarazo son fundamentales”⁽¹⁸⁾.

Tampoco podemos dejar de nombrar la presencia del feto, quien adopta la figura del intruso o de una tercera persona, tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño al hijo que está por nacer y éste puede ser un impedimento para una adecuada manifestación y liberación de las sensaciones sexuales. Sin duda, cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone readaptaciones^(3,28).

2.2.2.4 SEXUALIDAD Y EMBARAZO

La Organización Mundial de la Salud define a la Sexualidad 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 vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones

interpersonales⁽¹⁶⁾. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. "La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales".

Por último, es muy importante que la mujer embarazada conserve su capacidad erótica y orgásmica. La primera, contribuye a mejorar su autoestima (más allá de los cambios) la armonía conyugal; y la segunda, ayuda a mantener la elasticidad y la flexibilidad de los músculos pélvicos, tan necesarias para el parto⁽¹⁷⁾.

2.2.2.4.1 Sexualidad en el Primer trimestre

En los primeros tres meses de gestación comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán a lo largo del embarazo y a asumir su nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, Esto se debe a la labor desempeñada por las hormonas del embarazo, en especial los estrógenos y la progesterona. También se debe a estas sustancias que la mujer sufra náuseas, vómitos y cansancio durante las primeras semanas, trastornos que no animan a mantener relaciones sexuales. El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. No hay uniformidad de

criterios entre los diferentes autores; el primer trimestre de embarazo puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante, o puede ocurrir todo lo contrario. Como hemos visto anteriormente, un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en el petting durante esta etapa del embarazo. Durante el orgasmo se pueden sentir unas ligeras molestias en el útero, Los labios mayores y menores pueden estar más hinchados ^(31,32).

2.2.2.4.2 Sexualidad en el Segundo trimestre

Durante este período suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, ya que existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas como eran las náuseas y vómitos, y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres, anteriormente anorgásmicas, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo ⁽³³⁾.

Pueden sobrevenir temores nuevos. Comienza a percibir los movimientos fetales, lo que puede generar miedo a producirle algún daño. A su vez, los cambios corporales más notorios pueden hacer que la mujer se preocupe por si logra excitar a su

pareja con su nuevo cuerpo La excitación y la intensidad de las sensaciones orgásmicas van disminuyendo progresivamente a medida que avanza la gestación, hasta la mitad del segundo trimestre las sensaciones son igualmente placenteras, Considerando el aumento del volumen corporal algunas mujeres se muestran preocupadas por su atractivo físico y, por tanto, por su capacidad de despertar el interés sexual del compañero. Suele aumentar el apetito sexual, ya que el malestar ha desaparecido y se asimila el nuevo cambio, El orgasmo se consigue con mayor facilidad ^(31,34).

2.2.2.4.3 Sexualidad en el Tercer trimestre

“La mayoría de las gestantes experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la frecuencia coital debido a la incomodidad producida por el embarazo ya avanzado y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el trabajo de parto”⁽³⁵⁾.

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, Dificultad para conseguir una postura cómoda, La vagina tarda más en deshincharse tras el orgasmo, La oxitocina es una hormona presente tanto en el orgasmo, como en las contracciones del parto, por lo que es normal que tras el orgasmo se produzca

alguna pequeña contracción (generalmente no dolorosa) que no es considerada de parto, se le llama contracción de Braxton Hicks. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo⁽³¹⁾.

Debido a que los cambios físicos han llegado a su punto máximo, la mujer gestante siente una intensa necesidad de mimos y cuidados que no necesariamente son de tipo coital; así mismo, los futuros padres pueden sentirse más fríos sexualmente, tanto por la pérdida de atractivo como por la dificultad que en ocasiones se experimenta al intentar conjugar el papel paterno con el erótico^(31,34).

2.2.2.5 Actividad sexual durante el embarazo

Los cambios en el comportamiento sexual suelen comenzar a las pocas semanas de la concepción; dependiendo su intensidad de variables individuales como pueden ser la personalidad de la gestante, sus antecedentes personales, su desarrollo psicológico, sus experiencias sexuales y el tipo de relación con su pareja previa a la gestación. El sexo en pareja es una forma más de comunicación entre los dos, que une y potencia la conexión emocional al traducirse en un momento de unión entre ambos^(32,36).

La actividad sexual disminuye un poco durante el primer trimestre del embarazo, es variable en el segundo trimestre y se reduce de forma abrupta en el tercero. La mayoría de las parejas mantienen relaciones sexuales hasta el séptimo mes, entre la mitad y las tres cuartas

partes mantienen actividad coital durante el octavo mes y una tercera parte lo hace en el noveno mes. En promedio el último coito se produce un mes antes del parto⁽³⁷⁾.

Las relaciones sexuales durante el embarazo no se deben abandonar. No hay que temer perjudicar al bebé: los papás pueden tener sexo durante el embarazo en cualquier postura sin que el bebé o la mamá corran ningún tipo de riesgo. El cuello del útero permanece cerrado por completo durante todo el embarazo y no deja llegar hasta el niño absolutamente nada procedente de la vagina. También hay que tener en cuenta que el líquido amniótico sirve de amortiguador. Además, durante la penetración, el órgano sexual masculino no puede alcanzar el cuello del útero, que sigue bien cerrado. Todo esto es así, siempre y cuando no se trate de un embarazo "de riesgo", naturalmente^(32,35).

2.2.2.6 Satisfacción sexual durante el embarazo

Estar satisfecho va más allá de obtener el orgasmo tiene que ver con experimentar sentimientos positivos durante el acto, desear a la pareja, no tener inhibiciones, sentirse alerta, excitado y que esas sensaciones los involucren a los dos. En conclusión, una buena relación sexual debe ser un proceso de dos, con expresiones de sentimientos, cortejo, romance y creatividad^(18,38).

Una de las fases de la respuesta sexual normal es el orgasmo. En la mujer, cuando ocurre, se produce un espasmo de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina, seguido de contracciones

rítmicas de los mismos. En ocasiones se producen contracciones uterinas. Fuera del área genital se produce contracción de los rectos anteriores del abdomen y del esfínter anal el incremento de la tensión arterial y la ventilación pulmonar. Existe un sentimiento de intenso placer y una alteración variable del nivel de conciencia. A medida que transcurren los trimestres de embarazo, son evidentes las variaciones en el placer sexual experimentado por las mujeres. En el primer trimestre el 59% de las embarazadas consigue experimentarlo, en el segundo trimestre aumenta hasta oscilar entre el 74 y 85% y en el último trimestre vuelve a reducirse hasta llegar al 40-41%^(19,10).

“Además, la satisfacción sexual en el embarazo está muy ligada con los sentimientos de felicidad sobre la gestación, con la seguridad de seguir viéndose atractiva y con la información y comprensión de que en una gestación sana, la actividad, frecuencia sexual y lograr un orgasmo no dañan al feto”⁽²⁾.

2.2.2.7 RESPUESTA SEXUAL Y FASES: DIFERENCIAS RESPECTO A LA GESTACIÓN

El término respuesta sexual (RS) designa el conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extragenitales⁽¹⁷⁾.

Los cambios psicológicos que acompañan a la realización de actos sexuales incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia. No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales ⁽¹⁹⁾.

La Respuesta Sexual se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. La presentación de una determinada fase no requiere necesariamente de la precedente ⁽¹⁹⁾.

2.2.2.7.1 DESEO

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

Por lo que es muy frecuente que la mujer embarazada experimente cambios significativos en su nivel de deseo sexual. Muchas mujeres embarazadas sienten un intenso aumento de su libido en determinadas etapas del embarazo; Como hemos dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible ^(2,39).

2.2.2.7.2 EXCITACIÓN

La excitación es la primera fase, y puede desencadenarse por una enorme variedad de estímulos, Se produce un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación. Ello se traduce en la erección y crecimiento del clítoris, y la vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal, para facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen ^(17,36,39).

Otro fenómeno es el de la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, que se observa tanto si hay penetración como si la excitación se produce por estimulación del clítoris. Esto ocurre para dejar el espacio necesario al pene ⁽²⁹⁾.

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

también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación ^(23,27).

2.2.2.7.3 MESETA

Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que Masters y Johnson denominan “plataforma orgásmica”(17). 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 ^(36,39).

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. ^(17,10)

2.2.2.7.4 ORGASMO

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8

segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada experiencia individual. El útero también se contrae a intervalos regulares y durante pocos segundos. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La duración del orgasmo suele ser de 10-15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina de la embarazada, como la eyección láctea en la puerpera que amamanta ^(19,37).

Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo durante el acto sexual en la gestante en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas antes del parto; En lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. Las contracciones duran de 1 minuto hasta 30 minutos después del orgasmo, También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal en esta etapa sin signos de sufrimiento ⁽⁴⁰⁾.

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital⁽³³⁾. Está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del endometrio, el borramiento del cuello uterino y dilatación cervical. Esto no significa que tener sexo vaya a desencadenar el parto,

pero si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto ^(19,10).

2.2.2.7.5 RESOLUCIÓN

La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un "período refractario", durante el que es difícil inducir una nueva RS. ⁽¹⁹⁾

Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. Por otro lado, sin embargo, la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, facilitan la sexualidad de la pareja ^(32,10)

Teniendo en cuenta que estos no son los únicos cambios que se dan en la RS, sino que ocurren reacciones tanto genitales como extragenitales a lo largo de las diferentes fases. La actividad sexual viene acompañada de cambios somáticos generales y psíquicos, a veces, muy intensos. Durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la

ventilación pulmonar, hasta alcanzar su máximo en el orgasmo, y declina rápidamente después de éste. También suele producirse una reacción de sudoración de intensidad variable. La utilidad fisiológica consiste en aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar calor ^(2,19,41).

2.2.2.8 Posiciones sexuales y embarazo

Con el progreso de la gestación y el aumento del volumen uterino, se producen modificaciones en las posiciones sexuales practicadas en la pareja con el objetivo de tener la mayor comodidad posible y lograr una satisfacción sexual. ⁽³⁹⁾

Durante el embarazo se puede asumir cualquier postura sexual, guiados por la Comodidad; sobre todo en las etapas finales del embarazo donde el abdomen representa una barrera de incomodidad que dificulta algunas posiciones, teniendo en cuenta varias características, como las posiciones que requieran que la mujer realice grandes arcos de movilidad, recargar el peso del varón sobre la mujer, presionar el abdomen femenino, impedir que la mujer tenga control de los movimientos y de la penetración o que dificulten la respiración. En contraposición, son muy producentes las posiciones que permiten comodidad y seguridad en la mujer, control de los movimientos y de la penetración, una respiración espontánea y profunda. ⁽³⁵⁾

Las posiciones más recomendables son:

- **La postura del misionero.**

Es la más clásica y “popular” de todas: la mujer se tumba boca arriba, con las piernas separadas, y el hombre se pone encima de ella.

Ventajas; durante los primeros meses de embarazo, se puede practicar sin dificultad. Además, resulta cómoda y natural para la pareja, que puede mirarse y besarse. Desventajas; a partir del quinto mes de embarazo, puede resultar algo molesta para ella, porque puede experimentar una sensación de aplastamiento ^(35,30).

- **Lateral cara a cara**

En esta postura la barriga está a salvo de la opresión y los miembros de la pareja se pueden tocar. La mujer gestante se tumba de lado, con las piernas extendidas o ligeramente flexionadas en ángulo, y la pareja se pone detrás de ella.

Ventajas; Es muy adecuada en pleno embarazo, porque permite descargar lateralmente todo el peso de la barriga. Además, es una postura muy suave y relajante, que favorece las caricias y la intimidad en la pareja: el hombre también puede estimular otras zonas erógenas de la mujer, como el cuello y las orejas. Desventajas; Es una postura difícil de mantener durante mucho tiempo ^(35,41).

- **La mujer encima del hombre**

Esta es una de las posturas favoritas de las parejas. La mujer gestante está colocada encima del hombre y él está tumbado boca arriba. Ella controla la profundidad y el ritmo de la penetración.

Ventajas: además de ser muy estimulante para ambos miembros de la pareja. Resulta muy adecuada durante el segundo trimestre de

embarazo.

Desventajas: Si se realiza durante mucho tiempo, puede fatigar las piernas de la gestante. En este caso, la pareja puede ayudarla a moverse en vertical, empujándole las caderas con las manos^(41,30,42).

- **El hombre por detrás**

La mujer se coloca de rodillas y el hombre detrás de ella. Para algunas mujeres esta postura es muy placentera, aunque dependerá de la pareja realizarlo con mayor suavidad ya que en esta posición se logra una penetración más profunda⁽²⁹⁾.

Ventajas; Resulta ideal cuando a la mujer le empieza a molestar el peso de su pareja y quiere proteger la barriga de los movimientos demasiado enérgicos.

Desventajas; Buena parte del peso de la pareja recae sobre los brazos de ella. Para que esta postura resulte más agradable, es mejor apoyar las rodillas en un cojín⁽³⁵⁾.

- **En una silla**

En una silla o sillón, el hombre se sienta cómodamente y la mujer se coloca de espaldas sobre él. En esta posición, La gestante tiene total libertad de movimientos^(30,42).

2.3 Definición de términos básicos

Actividad sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo.

Deseo sexual

Estado anímico de la gestante o una predisposición a excitarse y un cúmulo de sensaciones sexuales placenteras.

Gestación

Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; Abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide).

Interés sexual

Inclinación que la gestante muestra hacia la actividad sexual previo estímulo o iniciativa.

Postura sexual

Posición que se adopta para sentir goce sexual.

Paridad

Mujer que posee un parto por cualquier vía (vaginal o cesárea) con uno o más productos, con un peso mayor a 500 gramos y una gestación de más de 20 semanas.

Nulípara:

Mujer que no ha tenido ningún parto.

Múltipara:

Mujer que ha tenido 2 o más partos.

Gran múltipara: Mujer que ha tenido 4 partos a más.

Relación

Conexión o vínculo establecido entre dos entes, lográndose así una interacción entre los mismos.

Relación sexual

Conjunto de movimientos y acciones que ejecutan dos personas para excitar a su compañero sentimental, finalmente estas series de eventos terminan en la penetración o el coito.

Satisfacción sexual

La satisfacción sexual es el grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual.

Trimestre del embarazo

La gestación se divide en etapas que consta en tres trimestres divididas en semanas: primer trimestre: (0 a 13 semanas), segundo trimestre: (14 a 26 semanas), tercer trimestre: (27 a 40 semanas).

CAPITULO III:

HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y sus derivadas

3.1.1 Hipótesis General:

- Existe relación significativa del trimestre del embarazo y la paridad con la satisfacción sexual en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril-junio, 2017.

3.1.2 Hipótesis Específica:

- La satisfacción sexual se relaciona significativamente con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril- junio, 2017.
- La satisfacción sexual se relaciona significativamente con La paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.

3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

3.2.1 Definición Operacional

VARIABLES INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
TRIMESTRE DEL EMBARAZO.	Trimestre del Embarazo	Edad Gestacional	I TRIM II TRIM III TRIM	CUALITATIVA ORDINAL
PARIDAD	Paridad	Historia Clínica Materno Perinatal	NULIPARA MULTIPARA GRAN MULTIPARA	CUALITATIVA ORDINAL
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
SATISFACCION SEXUAL	Enfoque personal Enfoque relacional	Sensaciones sexuales Conciencia sexual Intercambio sexual Apego emocional Actividad sexual	BAJO MEDIO ALTO MUY ALTO	CUALITATIVA ORDINAL

3.2.2. Definición conceptual

Apego emocional

Se define como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas

Actividad sexual

Es una expresión conductual de la sexualidad cataloga las experiencias sexuales de una persona centrándose en las características de las actividades sexuales, su frecuencia, variedad e intensidad.

Conciencia sexual

Es el camino de la unidad con uno mismo y con los otros; es pensar en la sexualidad desde otra perspectiva”

Enfoque personal:

Se refiere a las características y hábitos individuales incluyendo la percepción de los estímulos sexuales, la capacidad de concentrarse en el estímulo sexual y sentimientos, y otras reacciones fisiológicas y psicológicas.

Enfoque relacional:

Se toma en consideración el intercambio emocional entre las parejas sexuales.

Intercambio sexual

El placer de recibir y dar placer, se refiere a la reciprocidad en el acto sexual

Paridad

Mujer que posee un parto por cualquier vía (vaginal o cesárea) con uno o más productos, con un peso mayor a 500 gramos y una gestación de más de 20 semanas.

Satisfacción sexual

La satisfacción sexual es el grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su

actividad sexual, Las sensaciones y sentimientos posteriores al encuentro sexual, especialmente la alegría o el placer, son un componente importante de la satisfacción sexual.

Sensaciones sexuales

Características propias producidas por los estímulos sexuales, La palabra sensación tiene su origen en el término latino sensatio. La Real Academia Española (RAE) reconoce tres significados y usos del concepto, que suele emplearse para nombrar a la impresión producida por algo y captada mediante los sentidos, En este caso sobre la sexualidad.

Trimestre del embarazo

La gestación se divide en etapas que consta en tres trimestres divididas en semanas: primer trimestre: (0 a 13 semanas), segundo trimestre: (14 a 26 semanas), tercer trimestre: (27 a 40 semanas).

CAPITULO IV:

METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

La presente investigación es un estudio nivel descriptivo correlacional-causal prospectivo de corte transversal no experimental cuantitativa.

4.1.1 Descripción del ámbito de la investigación

El presente estudio pertenece al área de Obstetricia. Asimismo, está enmarcado en una línea de investigación básica, es decir, tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población estuvo conformada por 120 gestantes que concurren al Hospital II Essalud Abancay en el período de abril a junio 2017.

4.2.2 Muestra

La muestra se determinó de forma no probabilística y por conveniencia. Estuvo conformada por 88 gestantes que acuden al Hospital II Essalud-Abancayentre el periodo de abril a junio del 2017, y cumplieron con los criterios de selección.

Tamaño de la muestra para la estimación de frecuencias (marco muestral conocido)

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	120
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0,050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0,975
Z de (1- $\alpha/2$)	Z (1- $\alpha/2$) =	1,960
Prevalencia de la enfermedad	p =	0,300
Complemento de p	q =	0,700
Precisión	d =	0,050

Tamaño de la muestra	n =	87,67
----------------------	-----	--------------

4.2.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.2.2.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Aceptar participar en el estudio
- Edad con un rango de 18 a 39 años
- Cursar una gestación de más de 8 semanas
- Llevar una vida sexual activa

4.2.2.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No aceptar participar en el estudio
- Cursar un embarazo patológico
- No poseer una pareja actual

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1 Técnicas

Se realizó una carta de presentación llevada a cabo en la facultad de la carrera profesional de obstetricia y la Universidad en coordinación con el Director del Hospital II Essalud Abancay y a su vez con el encargado del departamento de investigación para la debida revisión y aceptación de la tesis para poder realizar las encuestas en dicho Hospital Lo que nos permitió realizar el estudio en gestantes que asistieron a la consulta de Obstetricia en los meses de Abril a Junio de 2017; De tal manera se realizó las encuestas sin ningún inconveniente. Las técnicas utilizadas para la recopilación de datos fueron mediante observación directa con la encuesta y la nueva escala de satisfacción sexual; que es un test ya validado por expertos en el año 2013.

4.3.2 Instrumentos

4.3.2.1 Ficha de observación y recolección de datos

Es un instrumento tipo encuesta y la nueva escala de satisfacción sexual que es un instrumento ya validado por expertos que nos permite anotar las características de la población gestante en estudio, asimismo, la satisfacción sexual en relación al trimestre y paridad.

(Ver Tabla 3 - 4)

4.4 Técnicas del procesamiento de la información

Los datos obtenidos de esta investigación fueron analizados mediante software MINITAB versión 16, IBM SPSS statistics 22 logrando de esta manera dar una interpretación adecuada de los datos, asimismo, los resultados descriptivos y fueron presentados mediante Microsoft Excel 2016 en gráficas, así como los resultados inferenciales fueron presentados mediante Microsoft Word 2016 en tablas de doble entrada.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Los principales estadígrafos utilizados fueron: la media aritmética, la desviación estándar (DE), el Chi cuadrado (X^2).

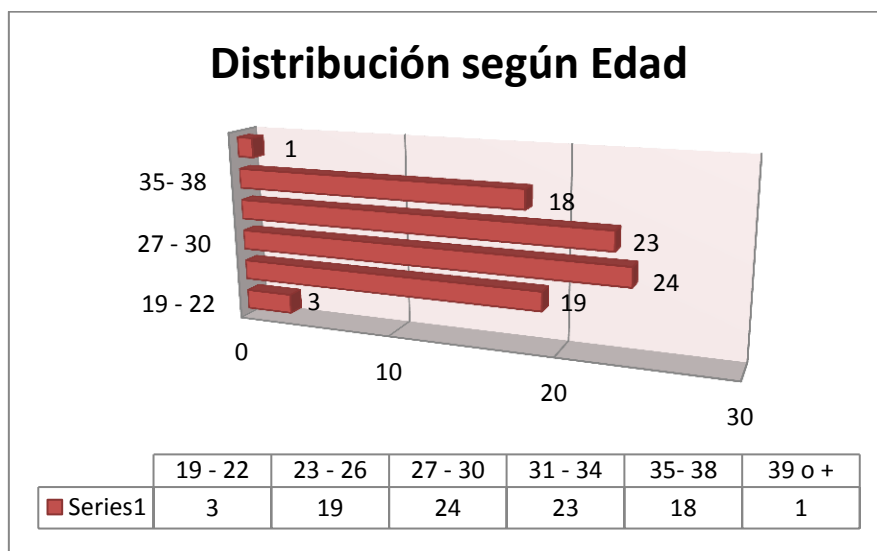
CAPITULO V:

ANALISIS Y DISCUSIÓN RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

El promedio de edad de las 88 gestantes que participaron en el estudio es de 30.1 años, con una desviación estándar de ± 4.68 años, siendo la edad mínima 19 años y la edad máxima 39 años.

GRÁFICO NRO 1.- Distribución Según Edad

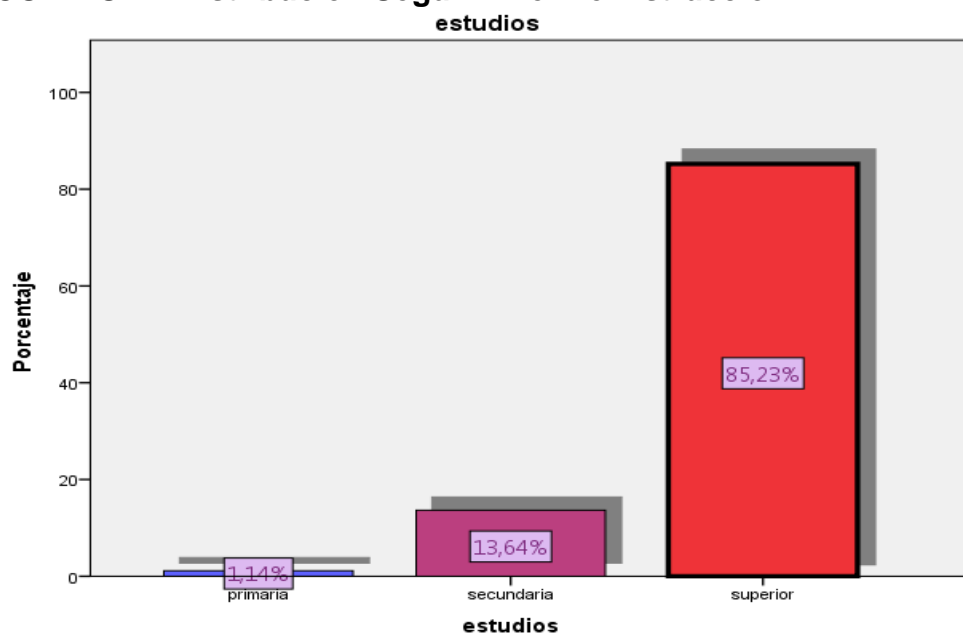


En la gráfica n° 01 se presenta la distribución de la población en estudio según edad 23 a 26 años; 19 (21.59 %), de 27 a 30 años; 24 (27.27 %), de 31 a 34 años; 23 (26.14 %), de 35 a 38 años; 18 (20.45 %), y de 39 años a más; 1 (1.14 %).

TABLA NRO 1.- Distribución De Gestantes Según Nivel De Instrucción

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	TOTAL
primaria	1	1,1	1,1
Secundaria	12	13,6	14,8
Superior	75	85,2	85.2
Total	88	100,0	100.0

GRÁFICO NRO 2.- Distribución Según Nivel De Instrucción

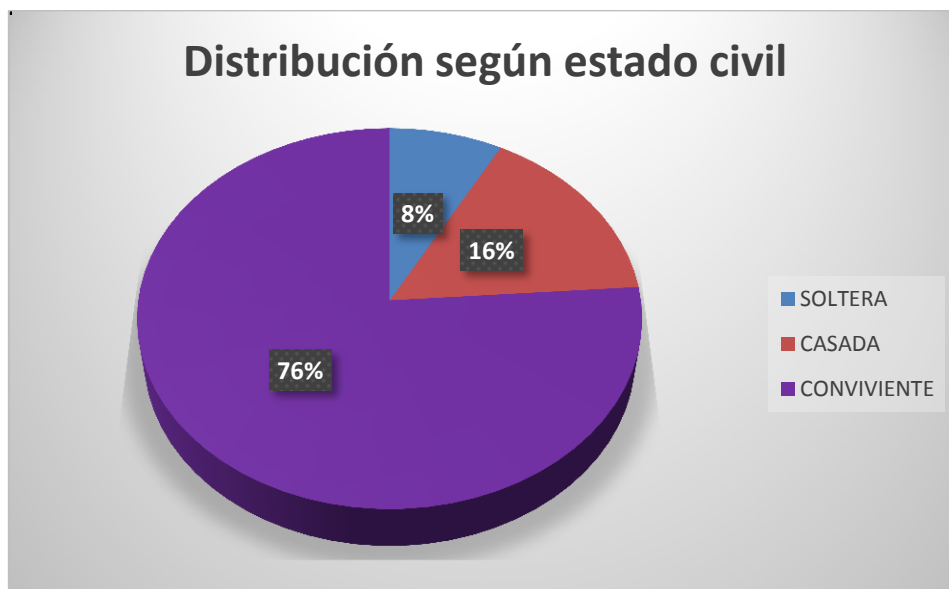


En la gráfica n° 02 se presenta la distribución de la población en estudio según el grado de instrucción, en este sentido, se distribuye: primaria;1 (1.14 %) gestantes, secundaria;13 (14.77%) gestantes, y superior; 74 (84.09 %) gestantes.

TABLA NRO 2.- Distribución Según Estado Civil

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	TOTAL
soltera	7	8,0	8,0
casada	14	15,9	15,9
conviviente	67	76,1	76,1
Total	88	100,0	100,0

GRÁFICO NRO 3.- Distribución Según Estado Civil

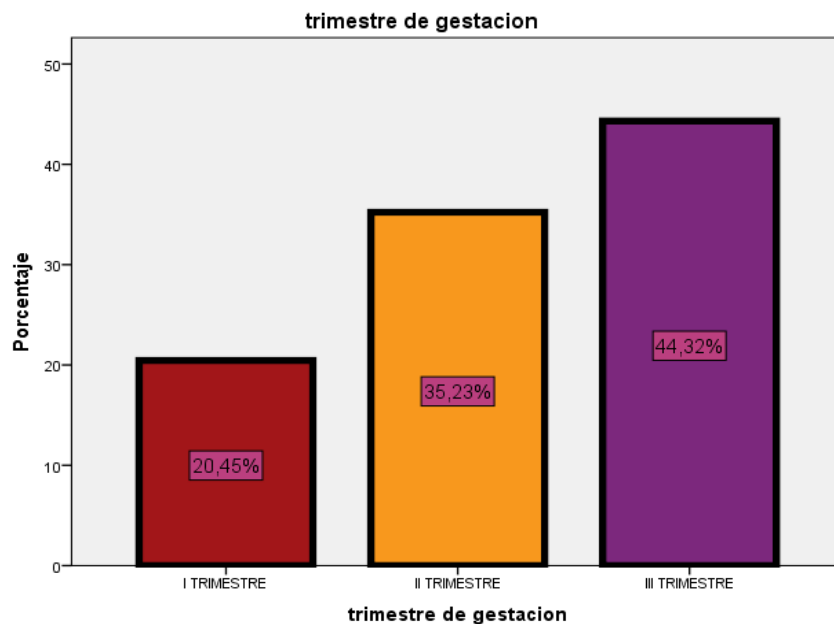


En la gráfica n° 03 se presenta la distribución de la población en estudio según el estado civil, en este sentido, se distribuye: soltera;7 (7.95 %) gestantes, casada; 14 (15.91 %) gestantes, y conviviente;67 (76.14 %) gestantes.

TABLA NRO 3.- Proporción De La Población En Estudio Según Trimestre De Embarazo En Gestantes Atendidas En El Hospital li Essalud Abancay

TRIMESTRE DE GESTACIÓN				
	Frecuencia N	Porcentaje %	TOTAL	
			N	%
I TRIMESTRE	18	20,45%	18	20,45
II TRIMESTRE	31	35,23%	31	35,23
III TRIMESTRE	39	44,32%	39	44,32
Total	88	100%	88	100%

GRÁFICO NRO 4.- Proporción De La Población En Estudio Según Trimestre De Embarazo En Gestantes Atendidas En El Hospital li Essalud Abancay

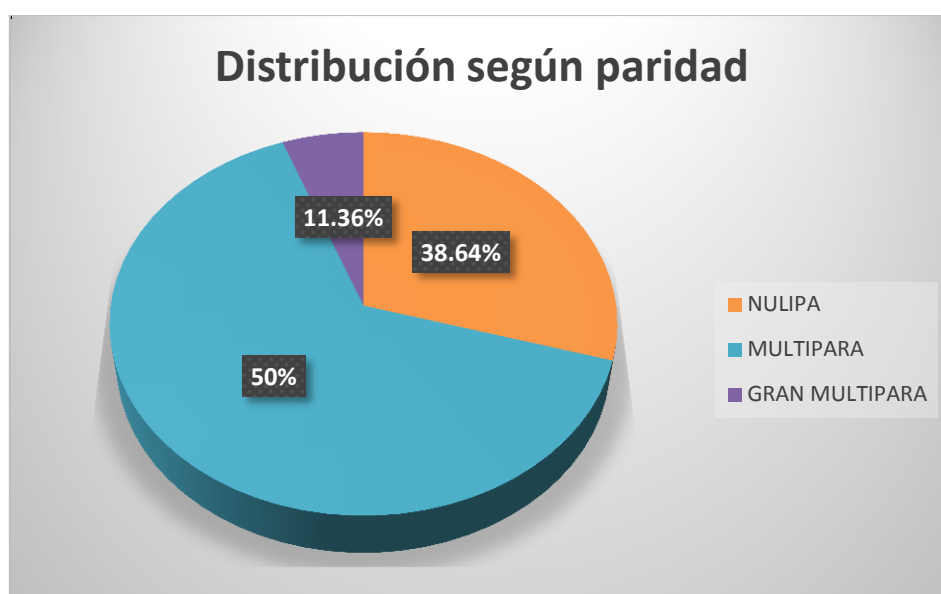


En la gráfica n° 04 se presenta la distribución de la población en estudio según trimestre de embarazo, en este sentido, se distribuye: primer trimestre;18 (20.45 %) gestantes, segundo trimestre;31 (35.23 %) gestantes, y tercer trimestre;39 (44.32 %) gestantes.

TABLA NRO 4.- Distribución de la población en estudio según paridad en gestantes atendidas en el Hospital II Essalud Abancay

	Frecuencia N	Porcentaje %	TOTAL	
			N	%
NULIPARA	34	38,64	34	38,64
MULTIPARA	44	50,0	44	50,0
GRAN MULTIPARA	10	11,36	10	11,36
TOTAL	88	100%	88	100

GRÁFICO NRO 5.- Distribución de la población en estudio según paridad en gestantes atendidas en el Hospital II Essalud Abancay



En la gráfica n° 05 se presenta la distribución de la población en estudio según la paridad, en este sentido, se distribuye: nulípara; 34 (38.64%)gestantes, múltipara; 44 (50.00%) gestantes, y gran múltipara;10 (11.36%) gestantes

TABLA NRO 5.- Caracterización De Gestantes Según Trimestre

VARIABLES	TRIMESTRE	I	II	III	TOTAL
		18 (20.45) Nº (%)	31 (35.23) Nº (%)	39 (44.32) Nº (%)	88 (100.00)
A.- EDAD:					
19 – 22 AÑOS		1 (5,56)	2 (6.45)	0 (00.00)	3 (03.41)
23 – 26 AÑOS		7 (38.89)	9 (29.03)	3 (7.69)	19 (21.59)
27 – 30 AÑOS		4 (22.22)	9 (29.03)	11 (28.21)	24 (27.27)
31 – 34 AÑOS		4 (22.22)	7 (22.58)	12 (30.77)	23 (26.14)
35 – 38 AÑOS		2 (11.11)	3 (9.68)	13 (33.33)	18 (20.45)
39 AÑOS A MAS		0 (00.00)	1 (3.23)	0 (00.00)	1 (01.14)
B.- ESTADO CIVIL:					
SOLTERA		2 (11.11)	4 (12.90)	1 (2.56)	7 (7.95)
CASADA		2(11.11)	4 (12.90)	8 (20.51)	14 (15.91)
CONVIVIENTE		14 (77.78)	23 (74.19)	30 (76.92)	67 (76.14)
C.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:					
PRIMARIA		0 (00.00)	1 (3.23)	0 (00.00)	1 (1.14)
SECUNDARIA		2 (11.11)	6 (19.35)	5 (12.82)	13 (14.77)
SUPERIOR		16 (88.89)	24 (77.42)	34 (87.18)	74 (84.09)

En la tabla N° 05 se caracteriza a las gestantes según trimestre, en este sentido, podemos observar que según la edad; el intervalo de 23 a 26 años edad predominó en el primer trimestre (38.89%), asimismo, los intervalos de 23 a 26 años y de 27 a 30 años predominaron en el segundo trimestre (22.03% cada uno), así como, el intervalo de 35 a 38 años de edad predominó en el tercer trimestre (33.33%). Según el estado civil; en todos los trimestres predominó la convivencia (77.78%, 74.19% y 76.92% respectivamente al I, II y III trimestre). Según el nivel de instrucción; en todos los trimestres predominó el nivel superior (88.89%, 77.42% y 87.18% en relación al I, II y III trimestre).

TABLA NRO 6.- Caracterización De Gestantes Según Paridad

VARIABLES	PARIDAD	NULIPARA	MULTIPARA	GRAN MULTIPARA	TOTAL
		34 (38.64) Nº (%)	44 (50.00) Nº (%)	10 (11.36) Nº (%)	88 (100.00)
A.- EDAD:					
19 – 22 AÑOS		1 (2.94)	1 (2.27)	1 (10.00)	3 (03.41)
23 – 26 AÑOS		6 (17.65)	11 (25.00)	2 (20.00)	19 (21.59)
27 – 30 AÑOS		8 (23.53)	13 (29.55)	3 (30.00)	24 (27.27)
31 – 34 AÑOS		8 (23.53)	13 (29.55)	2 (20.00)	23 (26.14)
35 – 38 AÑOS		11 (32.35)	5 (11.36)	2 (20.00)	18 (20.45)
39 AÑOS A MAS		0 (00.00)	1 (2.27)	0 (00.00)	1 (01.14)
B.- ESTADO CIVIL:					
SOLTERA		3 (8.82)	4 (9.09)	0 (00.00)	7 (7.95)
CASADA		5(14.71)	8 (18.18)	1 (10.00)	14 (15.91)
CONVIVIENTE		26 (76.47)	32 (72.73)	9 (90.00)	67 (76.14)
C.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:					
PRIMARIA		0 (00.00)	1 (2.27)	0 (00.00)	1 (1.14)
SECUNDARIA		4 (11.76)	7 (15.91)	2 (20.00)	13 (14.77)
SUPERIOR		30 (88.24)	36 (81.82)	8 (80.00)	74 (84.09)

En la tabla N° 06 se caracteriza a las gestantes según paridad, en este sentido, podemos observar que según la edad; los intervalos de 27 a 30 años y de 31 a 34 años predominaron en el primer trimestre (23.53% cada uno), asimismo, los intervalos de 27 a 30 años y de 31 a 34 años predominaron en el segundo trimestre (29.55% cada uno), así como, el intervalo de 37 a 30 años de edad predominó en el tercer trimestre (30.00%). Según el estado civil; en todos los trimestres predominó la convivencia (76.47%, 72.73% y 90.00% respectivamente al I, II y III trimestre). Según el nivel de instrucción; en todos los trimestres predominó el nivel superior (88.24%, 81.82% y 80.00% en relación al I, II y III trimestre)

5.2 Análisis de inferencias

TABLA NRO 7.- Trimestre De Embarazo Asociado A Satisfacción Sexual En Las Gestantes Participantes

TRIMESTRE DE EMBARAZO	SATISFACCION SEXUAL	BAJA=61 Nº (%)	MODERADA =19 Nº (%)	ALTA=0 8 Nº (%)
	I TRIMESTRE		15(83.33)	03 (16.67)
II TRIMESTRE		09 (29.03)	15 (48.39)	07 (22.58)
III TRIMESTRE		37 (94.87)	01 (2.56)	01 (2.56)

PRUEBA Chi cuadrado (X^2) de 8,162 P = 0.01

En la tabla nº 07 se presenta la asociación entre trimestre de embarazo y satisfacción sexual en las gestantes en estudio, siendo el valor de Chi cuadrado (X^2) de 8,162; es decir existe relación entre ambas variables así como presentando un valor de $p < 0.01$, es decir, la asociación entre ambas variables es altamente significativa.

TABLA NRO 8.- Paridad Asociado A Satisfacción Sexual En Las Gestantes Participantes

PARIDAD \ SATISFACCION SEXUAL	BAJA=61	MODERADA=	ALTA=0
	Nº (%)	19 Nº (%)	8 Nº (%)
NULIPARA	24(70.59)	06 (17.65)	04 (11.76)
MULTIPARA	31 (70.45)	10 (22.75)	03 (06.82)
GRAN MULTIPARA	06 (60.00)	03 (30.00)	01 (10.00)

PRUEBA X^2 de 118,19P = 0.783

En la tabla n° 08 se presenta la asociación entre paridad y satisfacción sexual en las gestantes en estudio, siendo el valor de X^2 de 118,19, es decir no existe relación entre las variables descritas, así como presenta un valor de $p=0.783$, es decir, no existe asociación entre ambas variables.

5.3 Comprobación de hipótesis

HG: Existe relación significativa del trimestre del embarazo y la paridad con la satisfacción sexual en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril junio, 2017

HE

(H₀): La satisfacción sexual no se relaciona significativamente con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril junio, 2017

(H_A): La satisfacción sexual se relaciona significativamente con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril junio, 2017

(H₀): La satisfacción sexual no se relaciona significativamente con La paridad en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril junio, 2017

(H_A): La satisfacción sexual se relaciona significativamente con La paridad en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, Abril junio, 2017

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		satisfacción sexual
trimestre de gestación	Chi-cuadrado	38,162
	gl	4
	Sig.	,010 ^{*,b}
paridad	Chi-cuadrado	118,19
	gl	4
	Sig.	,783 ^{*,b,c}

Según la tabla se prueba la hipótesis alterna que la satisfacción sexual se relaciona significativamente con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, mayo junio, 2017 con la prueba de Chi cuadrado (X^2) de 8,162 y una prueba de significancia menor al 0,05 ($p < 0.01$). En comparación con la paridad no existe correlación significativa entre la satisfacción sexual de las gestantes y la paridad de las mismas X^2 de 118,19($p=0.783$).

5.4 Discusión

En relación a satisfacción sexual según el trimestre de embarazo, vemos que existe una controversia; si se da un aumento de la satisfacción sexual en el segundo trimestre y un descenso en el primero y tercer trimestre, o si se da un descenso progresivo de la satisfacción sexual de acuerdo a la evolución del embarazo, según trimestres.

Asimismo, cabe recalcar, en comparación con los demás trabajos de investigación desarrollados sobre este tema, que las encuestas aplicadas sobre satisfacción sexual por cada autor, no son similares, por lo que la comparación entre estos trabajos tiene este inconveniente para lograr una certeza en lo expuesto.

A pesar de lo dicho anteriormente, se llega a relacionar algunos trabajos en comparación al nuestro, un descenso en la satisfacción sexual durante el primer y tercer trimestre y un leve aumento durante el segundo trimestre. En este sentido, en nuestro estudio; en el primer trimestre se observó una mayor frecuencia de las gestantes con una baja satisfacción sexual (83.33%), asimismo durante el segundo trimestre se evidencia una frecuencia mayor con una satisfacción moderada (48.39%) y baja (29.03%) y en comparación al tercer trimestre el mayor porcentaje de gestantes declaró tener una mayor frecuencia de satisfacción baja (94.87%). Asimismo, presentaron una correlación negativa débil, en relación a dichas variables, es decir a menor trimestre de embarazo mayor satisfacción sexual ($Rho=-0.2845$, $p<0.01$). Salcedo Eguía y Vargas Serruto (2016), en su tesis de titulación hace referencia luego de entrevistar a 87 madres gestantes mayores de 17 años en el Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Arequipa, durante el mes

de octubre a diciembre del 2015, a un aumento de la satisfacción sexual en el primer trimestre de embarazo de un 8% de la población en estudio, un aumento en el segundo trimestre de un 9.2% y un aumento de 3.4 % en el tercer trimestre, es decir se corrobora significativamente ($X^2=97.42$, $p<0.05$) de igual manera una mayor frecuencia de satisfacción en el segundo trimestre en comparación de los demás trimestres. García Mazón (2016), en su estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal y prospectivo, a lo largo de la gestación, en una muestra de 50 mujeres, describe que la satisfacción sexual disminuyó en el tercer trimestre comparado con el primero y el segundo, obteniendo una satisfacción máxima en el segundo trimestre, siendo finalmente una relación similar a la expuesta en nuestro estudio.

Por otro lado, otros autores refieren un descenso progresivo en la satisfacción sexual en relación a la evolución del embarazo, según trimestres. En este sentido, López H. en una investigación de tipo exploratoria, descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental, desarrollado durante los meses de abril a junio del 2016 en el Hospital Central de San Cristóbal, de Venezuela, en 56 gestantes, concluye que existe relación entre la satisfacción sexual evaluada como componente de una encuesta de función sexual, y los trimestres de embarazo (Chi cuadrado, $p=0.036$), en el trabajo de Escudero Rivas (2015), un estudio observacional prospectivo en una cohorte de 111 embarazadas del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Cecilio (HUSC) de Granada, España, durante un periodo de 25 meses se describe el empeoramiento progresivo hasta el momento del parto de la satisfacción sexual en la gestante, siendo dichas diferencias observadas estadísticamente significativas (Test Q de Cochran, $p=0.027$). De

la misma manera, Retuerto Moreno ER (2017), en su tesis para optar el título de obstetricia, estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo realizado en 217 puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de noviembre a diciembre del 2016, menciona un descenso de la satisfacción del acto sexual según el tiempo de embarazo; durante el primer, segundo y tercer trimestre esta cifra disminuyó del 13.8%, al 6.9% y 5.5%, respectivamente.

El descenso de la satisfacción sexual durante el tercer trimestre puede deberse a la baja concentración de la gestante durante la relación sexual, debido al gran volumen uterino y a los movimientos fetales, así como, al poco interés de la pareja sexual, en este sentido, la embarazada se siente menos deseada por su propio estado.

El descenso de la satisfacción sexual durante el primer trimestre puede depender de si presenta o no molestias propias de dicho trimestre, como las náuseas y vómitos recurrentes, el estrés propio de los cambios producidos por el embarazo, las creencias sobre el aborto en relación al coito sexual durante este periodo. Por lo que, se explica entonces las diferencias de satisfacción sexual en los diversos trabajos desarrollados.

El aumento de la satisfacción durante el segundo trimestre puede deberse a la seguridad fundamentalmente de no tener ya temores crecientes de poder perder al hijo durante la relación sexual, asimismo, por la remisión de las molestias propias del primer trimestre, como náuseas y vómitos.

En relación a la satisfacción y el antecedente de paridad en las gestantes evaluadas en el estudio no se evidencia asociación entre estas dos variables

($Rho=0.030$, $p=0.783$), del mismo modo, Moreno Martínez GL y Quilca Pinedo NM (2016), en su estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal de 201 gestantes encuestadas en el centro de salud materno infantil de Santa Anita, Lima, Perú, durante el periodo enero – octubre 2016, aplicando un índice de Función sexual Femenina (IFSF) concluyen que no existe relación entre satisfacción sexual y el antecedente de paridad (Chi cuadrado, $p=0.348$), asimismo, Gutiérrez Mundt L. (2006), en su trabajo de investigación observacional con diseño descriptivo y de corte transversal, realizado mediante encuesta a 102 gestantes de los Centros de Salud de la comuna de la Florida, Región Metropolitana, Chile, año 2006, no haya diferencias significativas entre satisfacción sexual y la evolución del embarazo según trimestres (Prueba exacta de Fisher, $p=0.142$).

CONCLUSIONES

1. La caracterización de la edad según trimestre, muestra diferencias según la frecuencia de acuerdo al intervalo de edad, el intervalo de 23 a 26 años edad predominó en el primer trimestre (38.89%), asimismo, los intervalos de 23 a 26 años y de 27 a 30 años de edad predominaron en el segundo trimestre (22.03% cada uno), así como, el intervalo de 35 a 38 años de edad predominó en el tercer trimestre (33.33%). La caracterización del estado civil según trimestre de embarazo, no muestra diferencias entre las gestantes de los tres trimestres, ya que en todos ellos predominó la convivencia (77.78%, 74.19% y 76.92% en relación al I, II y III trimestre respectivamente). La caracterización del nivel de instrucción según trimestre de embarazo, no muestra diferencias entre las gestantes de los tres trimestres; ya que en todos ellos predominó el nivel superior (88.89%, 77.42% y 87.18% en relación al I, II y III trimestre respectivamente).
2. La caracterización de la edad según paridad, muestra diferencias según la su frecuencia de acuerdo al intervalo de edad, el intervalo de 35 a 38 años edad predominó en el primer trimestre (32.35%), asimismo, los intervalos de 27 a 30 años y de 31 a 34 años de edad predominaron en el segundo trimestre (29.55% cada uno), así como, el intervalo de 27 a 30 años de edad predominó en el tercer trimestre (30.00%). La caracterización del estado civil según paridad, no muestra diferencias entre las gestantes de los tres trimestres, ya que en todos ellos predominó la convivencia (76.47%, 72.73% y 90.00% en relación a la paridad nulípara, multípara y gran multípara respectivamente). La caracterización del nivel de instrucción según trimestre de embarazo, no muestra diferencias entre las gestantes de los tres trimestres; ya que en todos

ellos predominó el nivel superior (88.24%, 81.82% y 80.00% en relación a la paridad nulípara, múltipara y gran múltipara respectivamente).

3. Si existe correlación negativa débil altamente significativa entre la satisfacción sexual de las gestantes y el trimestre de embarazo ($X^2 = -0.2845$, $p < 0.01$).
4. No existe correlación significativa entre la satisfacción sexual de las gestantes y la paridad de las mismas ($X^2 = 0.030$, $p=0.783$)

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda desarrollar nuevos estudios sobre el tema en mención en este trabajo que corroboren los hallazgos encontrados en el mismo y no presenten las limitaciones expuestas.
2. Se recomienda implementar talleres de salud sexual en las mujeres en edad fértil con el objetivo de prevenir los temores respecto a la sexualidad durante el periodo gestacional.
3. Se recomienda capacitar a los profesionales obstetras en sexualidad y acto sexual para ofrecer una mejor orientación sobre la sexualidad, salud sexual y sobre la realización sexual libremente durante el embarazo.
4. Se recomienda incluir en los controles prenatales orientación a las gestantes sobre una vida sexual saludable, ofrecer un mayor enfoque sobre la sexualidad durante el embarazo, sin mitos ni miedos de por medio.
5. Se recomienda incluir en las charlas de promoción y prevención de salud sexual durante el embarazo a la pareja sexual de la gestante ofreciéndoles horarios flexibles a sus necesidades para no perderse dichas actividades.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. van vleet J. Distrés sexual y problemas sexuales durante el embarazo asociaciones con la satisfacción sexual y de relación. Journal of Sexual Medicine. 2017 abril; II(13).
2. García Mazón M. el deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. Matronas Profesión. 2016 Mayo; III(17): p. 5-7.
3. Timana sanchez ER. SEXUALIDAD DE LAS GESTANTES. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres, Departamento de obstetricia y enfermería; 2015. Report No.: ISSN 1816-7713.
4. Balestena Sánchez JI, Sanabria Negrín JG, Fernández Hernández B. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. tesis doctoral. Pinar del Río : policlínico universitario "Hermanos Cruz", Departamento de ciencias médicas; 2014. Report No.: ISSN 1561-3194.
5. López HR. Índice de Función Sexual en Gestantes. Tesis de grado. Venezuela: Universidad De Los Andes, Facultad de medicina; 2016. Report No.: ISSN: 1690-3110.
6. Gutiérrez Mundt L. comportamiento sexual durante el embarazo, en mujeres usuarias de los centros de salud. Tesis de Grado. Santiago (Chile) : Universidad de Chile, Departamento de medicina; 2006.
7. Rodríguez León MRAEL. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada en gestantes. Tesis. España : Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, Departamento de Enfermería; 2012. Report No.: ISSN 1695-6141.
8. Escudero Rivas R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante la gestación y el puerperio. Tesis Doctoral. España: Hospital Universitario San Cecilio de Granada, Departamento de Obstetricia y Ginecología ; 2015. Report No.: ISBN:978-84-9125-446-1.
9. arcía Mirás RGSALGJ. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. Tesis. La Habana, Cuba.: Hospital Gineco obstétrico Eusebio Hernández, Departamento de Gineco-Obstetricia; 2007 - 2008. Report No.: ISSN.
10. Levin AA. Cambios en la actividad sexual durante la gestación. tesis. Rosario: Universidad Abierta Iberoamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2012. Report No.: ISBN.

11. Finali Forneris P, Finali Pilas J, Vaccaro Campos Y. Actividad sexual en mujeres embarazadas. Tesis. Ciudad Bolívar (Venezuela): Universidad Bolivariana de Venezuela, Departamento de Ginecología y Obstetricia; 2011. Report No.: ISSN.
12. Valencia García AL. Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes. Tesis. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Medicina; 2015. Report No.: ISSN.
13. L MMG, Quilca Pinedo NA. Factores asociados en la disfunción sexual durante el embarazo. Tesis. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Medicina; 2016. Report No.: ISSN.
14. Salcedo Eguia DA, Vargas Serruto EM. Conductas sexuales durante el embarazo en mujeres gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti. Tesis de Grado. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y Puericultura; 2015. Report No.: ISSN.
15. Tarco Pariapaza NY. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de Puerperio del Hospital de Ventanilla. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2016. Report No.: ISSN: 11.713106.
16. Organización mundial de salud. salud sexual y reproductiva. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 15. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>.
17. Castelo Branco C. Sexualidad humana: Una aproximación integral Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2005.
18. Shelton M. De Que Hablamos Cuando Hablamos de Sexo. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 6.
19. Fisiología de la respuesta sexual femenina. Revista Internacional de Andrología. 2007 JULIO; I(5).
20. Cunningham Gary F. Obstetricia de Williams. 22nd ed. McGraw.Hill , editor.: Interamericana; 2006.
21. American Medical Association. AMA. [Online].; 2007 [cited 2017 mayo 22. Available from: <http://www.medicosypacientes.com/asociacion-americana-ama-american-medical-association>.
22. Pacheco Romero J. Ginecología obstetricia y reproducción. segunda ed. Lima:

rep. sac; 2007.

23. Alcolea Flores S, Mohamed Mohamed D. Cambios físicos y anatómicos de la mujer en la gestación. segunda ed. Ceuta HUd, editor. Madrid: Digesa; 2011.
24. Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara JM, Gómez RP, Martínez MR, Marín SP, Gutiérrez CR, et al. Manual Básico de Obstetricia y Ginecología. Segunda ed. Prieto Riera AS, editor. Alcalá, Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017.
25. L CR, D SR, Rodríguez EC. OBSTETRICIA Y MEDICINA MATERNO FETAL. Segunda ed. J Z, editor. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana; 2007.
26. Schwarcz R, Horacio Fescina R, Duverges CA. "Obstetricia". 7th ed. Buenos Aires : El Ateneo; 2005.
27. bebes en camino. el-efecto-de-las-hormonas-durante-el-embarazo. bebes en camino. .
28. Marciel M. GUÍA INFANTIL. [Online].; 2016 [cited 2017 junio 2. Available from: <https://www.guiainfantil.com/>.
29. Boston Medical Group. Salud Masculina. [Online].; 2017 [cited 2017 mayo 13. Available from: <http://salud-masculina.info/categoria/saludsexualmasculina/2017>.
30. De la Cueva P. SER PADRES. [Online].; 2017 [cited 2017 junio 15. Available from: <https://www.serpadres.es/embarazo/trimestres/fotos/posturas-sexuales-en-el-embarazo/sexo-en-el-embarazo>.
31. Naiara Celades A. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO. Soy Mamá Natura. 2016 mayo; I(8).
32. Boyer P, Girona R, Masdeu M, Ruiz E. Mi Bebé y Yo. [Online].; 2016 [cited 2017 mayo 28. Available from: <https://www.mibebeyyo.com/embarazo/primer-trimestre/sexo-primer-trimestre-embarazo-242>.
33. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Medicina Experimental y Salud Pública. 2013 marzo; III(30).
34. Ser Padres. ser padres. [Online].; 2014 [cited 2017 junio 5. Available from: <https://www.serpadres.es/embarazo/trimestres/articulo/sexo-embarazo-dudas>.
35. BabyCenter. Baby Center. [Online].; 2017 [cited 2017 junio 8. Available from: <https://espanol.babycenter.com/a900130/todo-sobre-el-sexo-durante-el-embarazo>.

embarazo#ixzz4sspVx3SW.

36. GARCÍA ROMERO M. SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL. TESIS. España: UNIVERSIDAD DE CÁDIZ, Facultad de Enfermería de Algeciras; 2013/2014. Report No.: ISBN.
37. Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Tesis. España: Universidad de Almería, Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia; 2012. Report No.: ISBN.
38. Tango D. Health Day New. [Online].; 2017 [cited 2017 abril 26. Available from: <https://consumer.healthday.com/pregnancy-information-29/pregnancy-news-543/el-deseo-y-la-satisfacci-oacute-n-sexuales-no-disminuyen-durante-el-embarazo-637185.html>.
39. Guarnizo M PM. EL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD DURANTE LA GESTACIÓN. Avances en Enfermería. 2011 Enero; II(29).
40. Masters W JV. Respuesta Sexual Humana: Editorial Intermedica; 1976.
41. Eroski Consumer Euzcaras. SEXO Y SALUD. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo30. Available from:

Guía práctica sobre sexualidad <http://sexoysalud.consumer.es/sexualidad-general/fases-de-la-respuesta-sexual>.
42. Boyer P, Girona R, Masdeu M, Ruiz E. MI BEBÉ Y YO. [Online].; 2015 [cited 2017 junio 12. Available from: <https://www.mibebeyyo.com/embarazo/pareja/sexo-con-la-barriga-las-mejores-posturas-sexuales-3904>.

ANEXOS

Anexo A: Carta de presentación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ECUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARTA DE PRESENTACIÓN

DR. CESAR EUGENIO HUALLPA SOTA
DIRECTOR GENERAL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY

ASUNTO: PRESENTACION DE TESIS PARA SER EJECUTADO POR LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL-ABANCAY

Abancay, 27 de Marzo del 2017

Previo un cordial saludo a la vez presentar a la Srta. BRIZET SHOMARA RIOS LLERENA, Bachiller de la escuela profesional de Obstetricia de la universidad Alas Peruanas filial Abancay, identificada con DNI: N° 72903711, código de estudiante N° 2011226792, quien cumple con los requisitos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD, de nuestra universidad por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar la ejecución de su tesis aprobada **"SATISFACCIÓN SEXUAL EN RELACION AL TRIMESTRE Y PARIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY, ABRIL-JUNIO, 2017."**(Aplicación de encuestas en el servicio de obstetricia), con una duración de 7 días hábiles, estando a la espera de aceptación de su institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que servirán de complementación en la formación de nuestra estudiante.

Atentamente.

Anexo B: Instrumento de recolección de datos



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

Estimada Señora:

Previo saludo, deseo invitarle a responder el presente cuestionario. Sus respuestas, confidenciales y anónimas, tienen por objeto recoger su importante opinión sobre: **“SATISFACCIÓN SEXUAL EN RELACION AL TRIMESTRE Y PARIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD ABANCAY ABRIL, JUNIO 2017”**

Sra. agradezco su tiempo y colaboración.

EDAD:

ESTUDIOS:

Primaria

Secundaria

Superior

ESTADO CIVIL:

Soltera casada conviviente

FO: G P

El embarazo actual fue planificado:

si no

SEMANAS DE GESTACIÓN:.....

TRIMESTRE DE EMBARAZO:

I II III

PARIDAD:

Nulípara

Multípara

Gran Multípara



TEST DE SATISFACCION SEXUAL

Piense en su vida sexual durante su embarazo, Por favor, valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos: Nada satisfecha, Poco satisfecha, Satisfecha, Muy satisfecha, Extremadamente satisfecha. En cuanto al análisis de ítems, las respuestas se cuantifican de acuerdo con una escala de respuesta de 5 puntos, que va desde 1 (nada satisfecho) hasta 5 (extremadamente satisfecho)

MUJER	<u>Nada</u> <u>satisf</u> <u>e</u>	<u>Poco</u> <u>satisf</u> <u>cho</u>	<u>Satisf</u> <u>cho</u>	<u>Muy</u> <u>satisf</u> <u>cho</u>	<u>Extrema</u> <u>damente</u> <u>satisfecho</u>
La intensidad de su excitación sexual					
La calidad de sus orgasmos					
Su comportamiento y entrega al placer durante su relación sexual					
Su concentración durante la actividad sexual					
La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja					
El funcionamiento sexual de su cuerpo					
Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales					
Su estado de humor después de la actividad sexual					
La frecuencia de sus orgasmos					
El placer que proporciona a su pareja					
El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo					
La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
La entrega de su pareja al placer sexual (capacidad)					
Interés que su pareja tiene con sus necesidades sexuales.					
La creatividad sexual de su pareja (respecto al embarazo)					
La disponibilidad sexual de su pareja (satisface sus deseos)					
La variedad de sus actividades sexuales (salir de la rutina sexual)					
La frecuencia de su actividad					

total

En cuanto al análisis de ítems, las respuestas se cuantifican de acuerdo con una escala de respuesta de 5 puntos, que va desde 1 (nada satisfecho) hasta 5 (extremadamente satisfecho) en cada uno de los ítems. El punto 3 es un nivel medio de satisfacción.

- **29-59 puntos que indica un nivel de satisfacción bajo.**
- **60-69 puntos que indica un nivel de satisfacción medio.**
- **70-79, que indica nivel de satisfacción alto**
- **80-98 que indica un nivel de satisfacción muy alto.**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

SATISFACCION SEXUAL EN RELACION AL TRIMESTRE Y PARIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD ABANCAY, ABRIL-JUNIO 2017

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADOR	INDICE	METODOLOGÍA
<p>PG: ¿Qué relación existe entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo y la paridad con en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p>	<p>OG: Determinarla relación que existe entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo y la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p>	<p>HG: Existe relación significativa del Trimestre del embarazo y la paridad con la satisfacción sexual en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p>	<p>Trimestre del Embarazo.</p> <p>PARIDAD</p>	<p>TRIMESTRE DEL EMBARAZO</p> <p>Paridad</p>	<p>Edad gestacion al</p> <p>Número de partos registrados en historia clínica materno perinatal</p>	<p>I trim</p> <p>II trim</p> <p>III trim</p> <p>Nulípara</p> <p>Múltipara</p> <p>Gran</p> <p>Múltipara</p>	<p>Tipo: transversal, No experimental</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: Descriptivo correlacional</p> <p>Se recolectan datos y se describe relación</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Población: 120 Gestantes del HOSPITAL II ESSALUD-Abancay</p> <p>Muestra: 88 gestantes, no probabilístico con Z=95% E=5%</p> <p>TÉCNICA: Encuesta,</p> <p>Instrumento: Cuestionario, TEST VALIDADO</p> <p>tipo de muestreo: no Probabilístico aleatorio sistemático.</p> <p>Método de análisis de datos: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de significancia de 0.05</p>
PROBLEMA ESPECÍFICO:	OBJETIVO ESPECÍFICO:	HIPÓTESIS ESPECÍFICO:	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	INDICE	
<p>¿Cómo es la distribución de gestantes según el trimestre de gestación en pacientes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿Cómo es la paridad de las gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿Existirá relación entre la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p> <p>¿Existirá relación entre la satisfacción sexual con la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017?</p>	<p>Caracterizar a las gestantes según el trimestre de gestación atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Caracterizar a las gestantes según la paridad atendidas en el Hospital EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Relacionar la satisfacción sexual con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>Relacionar la satisfacción sexual con la paridad en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.</p>	<p>La satisfacción sexual se relaciona significativamente con el trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.</p> <p>La satisfacción sexual se relaciona significativamente con La paridad en gestantes atendidas en el Hospital de EsSalud Abancay, abril-junio, 2017.</p>	<p>Satisfacción Sexual</p>	<p>Enfoque personal</p> <p>Enfoque relacional</p>	<p>Sensaciones sexuales</p> <p>Conciencia sexual</p> <p>Intercambio sexual</p> <p>Apego emocional</p> <p>Actividad sexual</p>	<p>BAJO</p> <p>MEDIO</p> <p>ALTO</p> <p>MUY ALTO</p>	



Señor(a) Obstetra:.....

Sírvase realizar la validación del instrumento para la recolección de datos de mi tesis denominada:
**SATISFACCION SEXUAL EN RELACION AL TRIMESTRE Y PARIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
 HOSPITAL II ESSALUS ABANCAY, ABRIL-JUNIO 2017**

VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio		
3. La estructura del instrumentos es adecuado		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación		

Anexo E: Fotografías







