



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

TESIS

**“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN
PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO,
ICA 2018”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: Bach. FIGUEROA MALPARTIDA, FIORELLA JESUS

ASESOR: Mg. SUAREZ CAJO, JULIA RUTH

ICA, PERÚ

AGOSTO, AÑO 2018

INDICE

CARÁTULA	i
PÁGINAS PRELIMINARES	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Delimitación de la investigación	6
1.3. Formulación del Problema	7
1.3.1. Problema Principal	7
1.3.2. Problemas Secundarios	7
1.4. Objetivos de la Investigación	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Hipótesis de la Investigación	8
1.5.1. Hipótesis General	8
1.5.2. Identificación y clasificación de variables e indicadores	8
1.6. Diseño de Investigación	10
1.6.1. Tipo de Investigación	10
1.6.2. Nivel de Investigación	10
1.6.3. Método	10
1.7. Población y Muestra	10
1.7.1. Población	10
1.7.2. Muestra	11
1.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	12
1.8.1. Técnicas	12
1.8.2. Instrumentos	13
1.9. Justificación	14

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Fundamentos teóricos de la Investigación	15
2.1.1. Antecedentes	15
2.1.2. Bases teóricas	21
2.1.3. Definición de términos	40
CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	42
3.1. Presentación de Resultados	42
3.2. Interpretación, análisis y discusión de resultados	57
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
4.1. Conclusiones	60
4.2. Recomendaciones	61
FUENTES DE INFORMACIÓN	63
ANEXOS	67-80
• Matriz de consistencia	
• Instrumento de recolección de datos	
• Juicio de expertos	
• Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	
• Consentimiento Informado	
• Sabana de datos Excel codificado.	

DEDICO A:

DIOS, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis PADRES por estar presentes en cada paso de mi carrera profesional, por brindarme su apoyo en todo momento, sus consejos, comprensión, amor, ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, y ayuda en los momentos difíciles y a pesar de ello nunca dejaron de creer ni de confiar en mí.

Mi pequeño JOSE SANTIAGO, por ser mi felicidad y mi motivación constante para poder concluir con esta meta, y vea en mi un ejemplo a seguir.

Fiorella Jesus

AGRADEZCO A:

Mis padres, ya que ellos me dieron la oportunidad de estudiar y todo el apoyo necesario en toda esta etapa de formación profesional.

Mi asesora la obstetra JULIA SUAREZ por guiarme y compartir sus conocimientos que hicieron posible concluir esta tesis

La coordinadora de la escuela de obstetricia la OBST. LOURDES VERA que siempre ha estado dispuesta y presta a resolver mis dudas y ayuda desinteresada.

Las OBSTETRAS que cumplen la labor de docencia, quienes me han brindado sus conocimientos, me han permitido servir a sus pacientes con ética y profesionalismo al igual que ellas, manteniendo la esencia como persona y la humildad para poder compartir sus enseñanzas.

Al HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO y a las pacientes por permitirme ejecutar las encuestas y recolección de datos para la realización de mi tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la sexualidad en primigestas del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal, con 108 primigestas. **Resultados:** Características sociodemográficas predominantes: 20 a 25 años de edad (59.3%), son de la costa (88%), convivientes (74.1%), ama de casa (69.4%), y educación secundaria (66.6%). Características de la sexualidad: En mayor proporción 62% creen que las relaciones sexuales pueden dañar al feto, 68.9% pueden tener relaciones sexuales sólo hasta 6to mes, 46.3% posición sexual de costado, 64.8% tuvo molestia en relaciones sexuales, 63% notaron cambio en deseo sexual, tienen relaciones 2 a 3 veces por semana (66.7%). Actividad sexual: 1er trimestre predomina: Deseo sexual normal (44.4%), satisfacción sexual normal (47.2%), humedad de vagina normal (77.8%), frecuencia relaciones sexuales normal (50%), facilidad de alcanzar orgasmo disminuido (50%), práctica de sexo oral disminuido (41.7%), y deseo sexual de pareja normal (61.1%). 2do trimestre predomina: Deseo sexual disminuido (41.7%), satisfacción sexual disminuido (47.2%), humedad de vagina normal (55.6%), frecuencia de relaciones disminuido (52.8%), facilidad de alcanzar orgasmo disminuido (55.6%), práctica de sexo oral disminuido (47.2%), y deseo sexual de pareja normal (66.7%). 3er trimestre de embarazo se encontró “disminuido” en todos los indicadores: Deseo sexual (75%), satisfacción sexual (72.2%), humedad vagina (69.4%), frecuencia de relaciones (77.8%), facilidad de alcanzar orgasmo (80.5%), práctica sexo oral (50%), y deseo sexual de pareja disminuido (58.3%). **Conclusiones:** Conforme avanza el trimestre gestacional, la actividad sexual cambia de un estado “normal” a “disminuido”. Globalmente 70.4% de primigestas no tiene aceptación por la sexualidad, y 29.6% si tiene aceptación.

Palabras clave: Sexualidad, primigestas.

ABSTRACT

Objective: To determine sexuality in primiparas of Santa María del Socorro Hospital, Ica 2018. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional study with 108 primigraves. **Results:** Predominant sociodemographic characteristics: 20 to 25 years of age (59.3%), are from the coast (88%), cohabiting (74.1%), housewife (69.4%), and secondary education (66.6%). Characteristics of sexuality: In a greater proportion 62% believe that sexual relations can harm the fetus, 68.9% may have sexual intercourse only up to 6th month, 46.3% sexual position on the side, 64.8% have discomfort in sexual relations, 63% notice change in sexual desire, they have relationships 2 to 3 times a week (66.7%). Sexual activity: 1st trimester predominates: Normal sexual desire (44.4%), normal sexual satisfaction (47.2%), normal vaginal moisture (77.8%), normal sexual frequency (50%), ease of reaching orgasm decreased (50%), decreased oral sex practice (41.7%), and sexual desire of a normal partner (61.1%). 2nd trimester predominates: Decreased sexual desire (41.7%), decreased sexual satisfaction (47.2%), normal vaginal moisture (55.6%), decreased frequency of relationships (52.8%), ease of reaching orgasm decreased (55.6%), decreased oral sex (47.2%), and sexual desire of a normal partner (66.7%). 3rd trimester of pregnancy was found "diminished" in all indicators: Sexual desire (75%), sexual satisfaction (72.2%), vaginal moisture (69.4%), frequency of relationships (77.8%), ease of reaching orgasm (80.5%), oral sex practice (50%), and sexual desire of a diminished partner (58.3%). **Conclusions:** As the gestational trimester progresses, sexual activity changes from a "normal" to a "diminished" state. Globally, 70.4% of primitives do not have acceptance for sexuality, and 29.6% if they have acceptance.

Keywords: Sexuality, primiparous.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana es un proceso continuo y pluridimensional, que se va desarrollando desde el nacimiento hasta la muerte y varía según la cultura, el contexto social e histórico en el que se desarrolla la persona.⁽¹⁶⁾

En la actualidad consideramos que la sexualidad es la interacción entre factores biológicos y socioemocionales que son influenciados por la familia, religión y patrones culturales⁽¹⁶⁾.

La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que son la expresión de la propia identidad sexual. También se manifiesta a través del deseo erótico que genera la búsqueda del placer a través de las relaciones sexuales, es decir comportamientos sexuales autoeróticos (masturbación), y heteroeróticos (dirigidos hacia otras personas heterosexuales u homosexuales). Así la sexualidad no son “relaciones sexuales” si no una parte de ella.

Durante la gestación la actividad sexual forma parte normal y saludable de una relación de pareja, sin embargo los cambios y temores durante el embarazo pueden afectar la vida sexual. La mujer sufre cambios en su cuerpo que, tiene que asimilar sin temores de perder su atractivo y el desinterés de la pareja⁽³⁾. El embarazo es un proceso en el cual la mujer sufre una gran variedad de cambios, entre los que se encuentra la esfera sexual. Se han descrito casos de una disminución del interés sexual del hombre, sobre todo al final del embarazo, asociándolo al miedo a dañar al feto, dificultad para mantener la relación sexual y considerar a la mujer poco atractiva⁽⁴⁾.

La gestación trae consigo cambios en todos los aspectos de la vida de la mujer y de su grupo familiar. Entre ellos, la sexualidad se ve modificada por transformaciones en la mujer suscitadas por el desarrollo fetal y la adaptación biológica, social y espiritual al estado de gestación. Esta constante dinámica repercute en cierta forma en la vivencia de la sexualidad de la mujer y su pareja porque en ellos se genera una serie de expectativas por el afrontamiento de nuevos roles y la capacidad interna de dar respuesta apropiada a esta nueva

situación que en la mayoría de los casos está acompañada de sentimientos positivos como deseo, alegría, satisfacción, confrontados con otros como miedo, angustia y preocupación que acompañan el desarrollo de la gestación ⁽⁵⁾.

De modo que, el proceso de gestación afecta (negativa o positivamente) el comportamiento sexual de la pareja, en tanto la actividad sexual de la misma es un estado que puede ser afectado por diferentes condiciones, y el embarazo puede ser una de ellas, ya que la gestación es una situación compleja y en muchas ocasiones produce crisis durante la vida de la mujer y la gestación parece influir en la sexualidad y en las actividades relacionadas con ésta ⁽⁶⁾.

En este contexto, el presente estudio cobra gran importancia al determinar cómo es la sexualidad de la primigesta que acude al Hospital Santa María del Socorro, considerando que este aspecto es vital para su bienestar físico y psicológico, así como también en la esfera de bienestar dentro de la convivencia marital.

CAPITULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Siendo la sexualidad un proceso pluridimensional, en este estudio de investigación nos enfocaremos en la “esfera sexual” de las primigestas.

Durante el transcurso de un embarazo, se producen en la pareja múltiples y profundos cambios, que pueden afectar distintas áreas de su relación. En la esfera sexual dichos cambios provocarán, dependiendo de algunos factores que posteriormente analizaremos, que salga fortalecida y renovada o salga perjudicada, convirtiéndose entonces en una fuente de conflictos y malestar ⁽⁸⁾.

La respuesta sexual en la mujer, particularmente en la gestante, es muy variable. Van a influir en ella factores como la calidad del matrimonio, la actitud frente a su rol de madre y las expectativas de acuerdo al nivel socio cultural como por ejemplo el temor a la pérdida de la gestación, a alguna complicación en su hijo , etc.⁽⁹⁾

Desde el punto de vista fisiológico y anatómico, se ha demostrado que el embarazo provoca un aumento de la irrigación vascular, un aumento de la sangre en los órganos pélvicos, debido a ello, a partir del segundo trimestre se reduce ostensiblemente el orificio vaginal, esta reducción del espacio

anatómico de la vagina implica una mejor estimulación local y en consecuencia mejores posibilidades de satisfacción sexual ⁽¹⁰⁾.

En la mujer, el embarazo representa una situación crítica desde el punto de vista endocrino-metabólico y afectivo. La mayoría de las mujeres expresan esta sobrecarga con modificaciones del comportamiento sexual. La impresión general es que en el curso del embarazo disminuye la libido, la frecuencia de coitos, la capacidad orgásmica y la satisfacción sexual de la embarazada ⁽¹¹⁾.

Durante el embarazo se producen importantes transformaciones con respecto al erotismo. Se originan modificaciones corporales, que alteran el atractivo femenino y disminuyen los momentos de intimidad erótico sexual; cambios en las posiciones coitales, temores a lesionar al feto o a la mujer por la parte masculina, y de ese modo, va disminuyendo entonces el erotismo dentro de la pareja. En ocasiones es el médico quien prohíbe las relaciones sexuales, y en otras, se mantienen contactos sexuales en función de los requerimientos masculinos ⁽¹²⁾.

En nuestro país no existen cifras oficiales sobre la sexualidad en la mujer, y menos en las gestantes, pero existen estudios como el de Timaná E. (2015) donde halló como resultado que la mayoría de las gestantes refirieron que el interés sexual hacia su pareja no disminuyó en 66.7%. Según la frecuencia de relaciones sexuales con mayor porcentaje se obtuvo que la frecuencia se incrementó antes del embarazo en el 80.5% de las mujeres; en el I trimestre una frecuencia disminuida en 55.5%, en el II trimestre las gestantes presentaron una frecuencia aumentada 44.4% y en el III trimestre presentaron una frecuencia disminuida 41.6%(7).

Observamos que en general las relaciones sexuales sufren una disminución progresiva a lo largo del embarazo (en el número de coitos, orgasmos, autoestimulación) siendo más marcadas en el tercer trimestre, pero a pesar de todo ello, prácticamente todas se encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual, sin olvidar que en una parte de las encuestadas aumenta su

interés y mejora la vivencia de su sexualidad. Debemos incidir en la importancia de una mayor educación sexual durante este periodo por parte del profesional de obstetricia, educación indispensable en la mujer gestante, y más si tenemos en cuenta que sus conocimientos en sexualidad se nutren de las aportaciones de amigos, pareja y familiares en gran parte y no por personal sanitario calificado⁽¹¹⁾.

La actividad sexual es un tema limitado o ignorado durante la comunicación entre la gestante y el personal de salud. La atención prenatal es una estrategia fundamental de prevención de posibles complicaciones durante el embarazo, parto y de promoción de la salud en el sistema sanitario, en las cuales muchas veces se olvida la información sobre la actividad sexual en el embarazo y la información que recibe suele ser limitada o susceptible a malas interpretaciones, siendo acompañado con el temor o vergüenza de la gestante de abordar el tema, dificultándose la comunicación y el mejoramiento de la actividad sexual en la gestación.

Al realizar la presente investigación, se pensó en abordar a las primigestas que acuden al Hospital Santa María del Socorro, con la finalidad de conocer cómo es su sexualidad en el desarrollo de su embarazo, puesto que durante las consultas de los controles prenatales y psicoprofilaxis, se observó continuamente que las pacientes mostraban una actitud y conducta renuente a la actividad sexual, es decir, mostraban desconocimiento, temor y mitos con respecto al tema por lo que negaban su práctica, ante esta situación se consideró estudiar a las primigestas, ya que este grupo de gestantes, está debutando en una nueva etapa de su vida que es la maternidad y los cambios propios de esta que pueden alterar el interés, frecuencia y satisfacción en el ámbito sexual y junto a ello afectar también la calidad convivencia en pareja que para muchas primigestas también es nueva.

Es así, que al observar estas vivencias sexuales en el embarazo de las pacientes, direccionó a esta investigación como tema a estudiar, además, que las pacientes presentan diferentes niveles socioculturales, es decir, grado de instrucción, edad, ocupación, etc. Lo cual puede influir en las

características de la actividad sexual, punto que se consideró en esta investigación. De esta manera se busca reconocer las posibilidades y las limitaciones en el área sexual de la paciente, puesto que al identificar sus debilidades en cuanto a temas de sexualidad, se podrá reforzar la información y modificar los tabús o creencias, logrando a la par mejorar la forma de atención que se brinda a las gestantes.

En este contexto, el presente estudio analizará cómo es la sexualidad de la primigesta que acude al hospital en mención, determinando el bienestar sexual en cada trimestre del embarazo.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. DELIMITACION TEMPORAL

La Aplicación del Instrumento de recolección de datos se ejecutó durante el mes de Febrero del año 2018.

1.2.2. DELIMITACION ESPACIAL

La investigación se realizó en el Hospital del MINSA: Santa María del Socorro de la Provincia de Ica.

1.2.3. DELIMITACION SOCIAL

La investigación se llevó a cabo en primigestas que llevaron su control prenatal en el Hospital Santa María del Socorro.

1.2.4. DELIMITACION CONCEPTUAL

Se realizó esta investigación con la finalidad de analizar las características sexuales de las primigestas que acuden al Hospital Santa María del Socorro, analizando su impacto y proponiendo líneas de mejoramiento de la calidad de vida de la gestante y su sexualidad.

1.3.FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cómo es la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- PE1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018?
- PE2. ¿Cuáles son las características de la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018?
- PE3. ¿Cuál es la actividad sexual según trimestre de embarazo, en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018?

1.4.OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar cómo es la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- OE1. Identificar las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.
- OE2. Determinar cuáles son las características de la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.

- OE3. Determinar cómo es la actividad sexual según trimestre de embarazo, en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis General.

Por ser una investigación de tipo descriptiva univariable no se plantea hipótesis de investigación.

1.5.2. Identificación y clasificación de variables e indicadores.

- **Variable única descriptiva**
 - ✓ Sexualidad en primigestas
- **Variable Interviniente**
 - Características sociodemográficas:
 - ✓ Edad.
 - ✓ Lugar de procedencia
 - ✓ Grado de instrucción
 - ✓ Estado civil
 - ✓ Ocupación

Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO Y NATURALEZA	FUENTE: INSTRUMENTO
VARIABLE ÚNICA SEXUALIDAD EN PRIMIGESTAS	Análisis descriptivo de la actividad sexual en las primigestas, y determinación de las características de la sexualidad en las primigestas que acuden al Hospital Santa María del Socorro, considerando los cambios sexuales según los trimestres del embarazo.	Características de la sexualidad	1) Conocimiento sobre: Si las relaciones sexuales dañan al feto 2) Percepción de las relaciones sexuales, según periodo de gestación 3) Posición sexual más utilizada durante las relaciones sexuales 4) Problemas o molestias provocadas por las relaciones sexuales 5) Cambio en su deseo sexual 6) Frecuencia de relaciones sexuales por semana	Nominal Cuantitativa	Encuesta aplicada a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018
		Actividad sexual	1) Apetito sexual. 2) Satisfacción sexual. 3) Humedad de la vagina durante las relaciones sexuales 4) Percepción de la Frecuencia de relaciones sexuales. 5) La facilidad de alcanzar el orgasmo 6) Práctica del sexo oral 7) Percepción del deseo sexual de la pareja	Nominal cuantitativa	
VARIABLE INTERVINIENTE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Son las características tanto sociales como demográficas que poseen los las primigestas, los cuales caracterizan a cada sujeto en la investigación.	Edad	a) 16-20 b) 21-25 c) 26-30 d) 31-40	Ordinal - cuantitativa	Encuesta aplicada a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018.
		Lugar de procedencia	a) Costa b) Sierra c) Selva		
		Grado de Instrucción	a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Superior	Nominal - cualitativa	
		Estado Civil	a) Casada b) Conviviente	Nominal - cualitativa	
		Ocupación	a) Ama de casa b) Trabajo independiente c) Empleada d) Obrera e) Estudiante	Nominal - cualitativa	

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

1.6.1. Tipo de investigación.

Descriptivo – no experimental:

- Descriptivo porque es un tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar. Los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.
- No experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente la variable principal. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural.

1.6.2. Nivel de la investigación.

Investigación de nivel descriptivo, de corte transversal. Con un método observacional, porque el investigador busca y recoge información, para analizarla e interpretarla en forma directa para tomar decisiones.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA Y ASPECTOS ÉTICOS.

1.7.1. Población

La población estuvo constituida por todas las primigestas que acudieron al Hospital Santa María del Socorro de Ica en el mes de Febrero del 2018, las cuales hicieron un total de 108 gestantes.

1.7.2. Muestra

La muestra se determinó de manera intencional, muestreo no probabilístico, en donde la investigadora seleccionó a las gestantes que aceptaron participar en el estudio, gestantes con parejas sexuales fijas (casadas y convivientes), considerando igual cantidad de primigestas para cada trimestre de gestación y así poder realizar la comparación respectiva de la sexualidad en cada trimestre.

Teniendo una muestra final de 108 primigestas, distribuyéndolos de la siguiente manera:

Gestantes según Trimestre	N°
1° Trimestre	36
2° Trimestre	36
3° Trimestre	36

Unidad de muestreo:

Cada primigesta que acuda al Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el mes de Febrero del 2018.

Tipo de muestreo: No Probabilístico. Se utilizó el muestreo intencional por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Primigestas, que aceptaron participar en la investigación.
- Primigestas con actividad sexual activa.
- Primigestas casadas y convivientes.

Criterios de exclusión:

- Primigestas, que no aceptaron participar en la investigación.
- Primigestas sin actividad sexual.
- Primigestas que no viven con su pareja.

Aspectos éticos.

Para la ejecución del estudio, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

✓ **Principio de participación voluntaria.**

Este principio fundamental, consiste en que el sujeto integrante de la muestra de estudio, participe voluntariamente en la investigación, sin obligación alguna. En el presente estudio, se orientará a las primigestas muestra de estudio, sobre la importancia de la investigación para mejorar su calidad de vida. Se les proporcionará un consentimiento informado de participación voluntaria, el cual firmaron todas las primigestas muestra de estudio.

✓ **Principio de confidencialidad**

Este principio se refiere a la garantía de que la información personal será protegida durante toda la investigación. En el presente estudio, las encuestas fueron anónimas para preservar la identidad de cada primigesta del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1.8.1. Técnicas

Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas que se aplicaron en el presente estudio fueron la entrevista y la encuesta, la cual consistió en entrevistar a cada primigesta para darle a conocer la importancia de la investigación, y aplicarle la encuesta para determinar las características de su sexualidad.

Para recolectar datos se hizo las siguientes acciones:

- a) Se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Santa María del Socorro de Ica para ejecutar el estudio.
- b) Se realizó revisión bibliográfica en la biblioteca de la UAP y otros centros de estudio, lo que permitió formular el marco teórico.
- c) Se aplicó la encuesta durante el mes establecido para conocer las características de la sexualidad en las gestantes.
- d) Luego se procedió a vaciar los datos de las encuestas en la sábana de datos Excel, para determinar cómo es la sexualidad en las primigestas.
- e) Se aplicó la estadística descriptiva, realizando la interpretación y discusión final.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se utilizó la técnica de la estadística descriptiva, mediante el análisis de datos porcentuales y promedios ponderados, con la utilización de las frecuencias relativas y absolutas, los cuales estarán reflejados en tablas y gráficos estadísticos con su respectiva interpretación.

Para realizar la codificación y vaciado de los datos se utilizó el Software Microsoft Excel 2016, y para obtener las frecuencias y porcentajes se hizo uso del Programa estadísticos SPSS Versión 21.

1.8.2. Instrumentos

El instrumento de recolección de datos, fue un cuestionario de elaboración propia, validado por expertos en el tema. Este instrumento ha sido elaborado de acuerdo a la variable principal e interviniente, y al objetivo del presente estudio.

Consta de 3 partes:

a) Datos sociodemográficos: con 6 preguntas como: Edad, Lugar de procedencia, Grado de instrucción, Estado civil, Ocupación, Trimestre de embarazo.

b) Características de la sexualidad: Con 6 preguntas.

c) Actividad sexual: con 7 preguntas, determinando si: El deseo sexual, la satisfacción sexual, la humedad vaginal, la frecuencia de relaciones sexuales, la facilidad de alcanzar el orgasmo, la práctica del sexo oral, y el deseo sexual de su pareja hacia ella.

1.9. JUSTIFICACIÓN.

El obtener información sobre las características de la sexualidad en la gestante en su primer embarazo, constituye un estudio de gran importancia para el campo del bienestar sexual de las mismas y por ende de las buenas relaciones maritales con su pareja. El profesional de obstetricia al analizar las alteraciones sexuales en la gestante, tendrá el conocimiento y la habilidad para abordar los diversos problemas de la gestante relacionado a su sexualidad. El estudio se justifica por su importancia dentro del mejoramiento de la salud de la mujer en el contexto de su integridad sexual y desempeño de género, elemento clave en la convivencia familiar.

El estudio es importante, porque se estará aportando diversos datos estadísticos sobre el impacto de la gestación en la sexualidad de la mujer, considerando el contexto peruano, en comparación con otras investigaciones que dan a conocer el impacto de este estudio a nivel internacional. Asimismo el estudio es importante porque con los resultados se estarán analizando las posibles soluciones a nivel institucional y de educación y abordaje obstétrico para el mejoramiento de la calidad de vida de la gestante en relación a su sexualidad.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1.FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes.

Antecedentes Internacionales

Gómez S. en el estudio: **La expresión de la sexualidad en la mujer gestante. Madrid, España 2012.** En sus resultados encontró que: El miedo y la preocupación de la mujer gestante a mantener relaciones sexuales con penetración quedan reflejados en el estudio. Este miedo obedece, a veces, a influencias provenientes del entorno que hacen que cesen los encuentros sexuales, incluso durante el primer trimestre de gestación, sin causa justificada en un 46% de gestantes. Durante el segundo trimestre aumenta el deseo sexual con penetración en un 35% de gestantes, siendo este deseo recíproco en la pareja. Durante el tercer trimestre la mujer manifiesta una menor propensión a mantener relaciones sexuales 56%, no por falta de deseos sino debido a mayor dificultad la evolución fisiológica del embarazo hace que la mujer sienta pesadez y dificultad de movimiento. El hombre, por su parte, se retrae, a mantener relaciones por miedo a dañar

tanto al feto como a la mujer, debido al miedo no justificado y procede del desconocimiento acerca de la fisiología de la mujer y del proceso del embarazo reduciendo su deseo sexual a 26%,⁽¹³⁾.

La investigación de Escudero R. titulado: Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y el puerperio. Granada, España 2015. En sus resultados encontró: La edad promedio de las gestantes es de 30 (50.5%), las gestantes tuvieron estudios básicos/medios (64%), eran nulíparas (55%), casadas (91.9%). En la evolución de la sexualidad se encontró: Frecuencia Coital disminuyó a lo largo de la gestación en un 57.7%; en la frecuencia de orgasmo existe una disminución progresiva, siendo más evidente en el último trimestre en 43.3% de gestantes; en cuanto a la satisfacción sexual solo el 27% de gestantes refieren satisfacción; en cuanto a dolor coital o molestias, el 56.1% de gestantes refiere que se incrementa en el tercer trimestre de gestación.⁽¹⁴⁾.

Levin A. en el estudio: Cambios en la actividad sexual durante la gestación, Argentina 2012. En sus resultados encontró: que el 32.7% de gestantes presentaban edades de 20 – 24 años, el 93.3% de embarazadas tienen pareja estable, el 37.5% tienen estudios de secundaria incompleta, 53.8% son amas de casa. En relación al deseo sexual, casi el 80% refirió que notó cambios en el deseo sexual después de quedar embarazada. El deseo sexual disminuyó considerablemente en el tercer trimestre 85.7%, en relación a la pareja, el 56.2% refiere que el deseo sexual de su pareja hacia ella no se modificó. En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, el 75% refiere que disminuyó luego de quedar embarazada, sobretodo en el tercer trimestre (85.7%). En cuanto a la satisfacción sexual, esta disminuyó en el tercer trimestre en un 75%, la posición más utilizada durante las relaciones sexuales fue de costado

37.5%. El 47.1 de las gestantes creen que las relaciones sexuales pueden dañar o perjudicar al bebé. El 80.8% de las embarazadas creían que falta información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo⁽¹⁵⁾.

Pichucho G; y Suquillo F. en la tesis: **Actividad sexual y modificaciones de la misma en pacientes embarazadas, Ecuador 2015.** En sus resultados encontraron que en las mujeres embarazadas que fueron entrevistadas durante el período de tiempo de Abril a Julio del 2015 se observó que la edad promedio fue entre 25 años, el 32.63% de las mujeres recibieron información sobre sexualidad en su control prenatal. El 40% de gestantes cree en la abstinencia de relaciones sexuales en el 3er trimestre de gestación. Según la frecuencia de relaciones sexuales se observó una marcada disminución en el II trimestre (50%), en el III trimestre (46.5%) y en el I trimestre (31.5%). En cuanto al deseo sexual disminuyó en el III trimestre (57.8%), en el I trimestre (52.7%), en el II trimestre (50%). La lubricación disminuye en III trimestre (52.1%), en el II trimestre (46.7%), en el I trimestre (26.4%). En cuanto a los orgasmos se encontró que disminuye en el II trimestre (50.2%), I trimestre (47.4%) y en el III trimestre (42.2%). Dolor en el coito aumenta en el II trimestre (20%), en cuanto a la comunicación con la pareja, esta no se altera considerablemente⁽¹⁶⁾.

Antecedentes Nacionales.

Timaná E., en el estudio: **Sexualidad de las gestantes atendidas en la Clínica Santa Bárbara. Lima, Perú 2015.** En sus resultados, encontró que 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%). En conclusión las gestantes realizan actividad sexual, sin embargo presentan temores que no les permiten llevar una sexualidad plena, creencias que pueden ser eliminadas con consejería e información necesaria⁽⁷⁾.

Tarco N., en el estudio: **Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el hospital de Ventanilla. Lima, Perú 2017.** En sus resultados encontraron: 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% optó por la posición sexual “de costado”; en el tercer trimestre el 63.4% no tuvo deseo sexual, el 63.4% y 59.5% no presentó interés sexual y lubricación respectivamente, el 34.6% no practicó relaciones sexuales, el 79% no alcanzó el orgasmo, el 88.3% no practicó la variante de sexo oral y la posición sexual fue la “de costado” para el 66.24%. Concluyen que en el primer trimestre de embarazo la actividad sexual no presentó cambios significativos respecto a antes del embarazo; en el segundo trimestre la actividad sexual ha disminuido a débil o difícil y en el tercer trimestre ha disminuido aún más⁽¹⁷⁾.

Cachique S. en el estudio: **Conductas sexuales de gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Lima, Perú 2013.** En sus resultados encontró que el 34,3% de las gestantes presentaban edades entre 20 y 24 años. La práctica sexual más utilizada por ellas fue el sexo vaginal, con 71,4%. La frecuencia de las prácticas sexuales fue dos veces por semana, con 24,3%. Tanto la respuesta sexual de las gestantes como su deseo, excitación, orgasmo y satisfacción habían aumentado. La postura sexual que tuvo mayor relevancia fue la de la mujer colocada encima, con una 47,1%. Conclusión: la conducta sexual en el embarazo no varió, pese a los cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales que se experimentan en esta etapa⁽¹⁸⁾.

Antecedentes Regionales y/o Locales.

Prada F. en la tesis: Influencia del embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín Noviembre 2015 a Enero 2016 – Ica. En sus resultados encontró: El embarazo influye en la frecuencia coital de las mujeres que acuden a este centro de salud. La mayoría de las gestantes manifestaron que sus relaciones sexuales disminuyeron significativamente. La satisfacción sexual disminuyó en la segunda mitad del embarazo con respecto a la primera mitad del embarazo de 25.5% a 15%. Las que a veces presentaron satisfacción sexual aumentó de 25 a 32.5% y en la opción de nunca tuvieron satisfacción sexual se mantuvo similar en la segunda mitad del embarazo. Asimismo en la primera mitad del embarazo disminuyó el interés por las relaciones sexuales de 16.67% a 9.17%, mientras que los que a veces tuvieron interés, aumentó de 25% a 31.67% y los que nunca tuvieron interés aumentó de 8.33% a 9.17%. Así la calidad de las relaciones sexuales se ve disminuidas durante la gestación en relación a cuando no estaban embarazadas⁽¹⁹⁾.

2.1.2. Bases Teóricas

2.1.2.1. La Salud Sexual y reproductiva.

Definición.

La salud sexual es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas. La salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva⁽²⁰⁾.

La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual⁽²⁰⁾.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas

(conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una fuente importante de bienestar y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. En la mujer, esta capacidad está limitada a los días fértiles del ciclo menstrual, en el período comprendido entre la menarquia y la menopausia, mientras que en el hombre esta capacidad es más prolongada ⁽²⁰⁾.

La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida. La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas. La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor. La salud sexual y reproductiva de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida ⁽²⁰⁾.

Propósito.

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. La Salud Reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad de la pareja para reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia; en esta condición está incluido el derecho del hombre y la mujer a recibir información y acceso a los métodos de regulación de la fertilidad de su elección que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos⁽²¹⁾.

Esto conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos y asequibles. El derecho a servicios de salud de calidad, para la atención del embarazo, el parto puerperio y el recién nacido, el derecho a servicios de promoción y educación para la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida y la prevención del cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generales en el climaterio y de la violencia sexual⁽²¹⁾.

Los cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual. Su propósito

es alcanzar para todos los grados más altos posibles de salud reproductiva y sexual ⁽²¹⁾.

2.1.2.2. Los derechos sexuales y reproductivos.

Son parte inseparable e indivisible del derecho a la salud y de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción ⁽²²⁾.

Toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil, entre otros, a los servicios de atención que incluyan la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de atención.
- A ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción ⁽²²⁾.

La orientación/consejería en salud sexual y reproductiva como derecho.

Es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. La consejería consiste en

proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria ⁽²²⁾.

1. La consejería a cargo del personal de salud consta de cinco pasos:
2. Establecer una relación cordial.
3. Identificar las necesidades de la usuaria/o.
4. Responder a las necesidades de la usuaria/o.
5. Verificar la comprensión de la usuaria/o.
6. Mantener la relación cordial ⁽²²⁾.

2.1.2.3. Sexualidad en la gestación.

La gestación trae consigo cambios en todos los aspectos de la vida de la mujer y de su grupo familiar. Entre ellos, la sexualidad se ve modificada por transformaciones en la mujer suscitadas por el desarrollo fetal y la adaptación biológica, social y espiritual al estado de gestación. Esta constante dinámica repercute en cierta forma en la vivencia de la sexualidad de la mujer y su pareja porque en ellos se genera una serie de expectativas por el afrontamiento de nuevos roles y la capacidad interna de dar respuesta apropiada a esta nueva situación que en la mayoría de los casos está acompañada de sentimientos positivos como deseo, alegría, satisfacción, confrontados con otros como miedo, angustia y preocupación que acompañan el desarrollo de la gestación ⁽⁵⁾.

El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. 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 de la futura criatura y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer. Se reportan algunos cambios como por ejemplo la

disminución del interés sexual del hombre al final del embarazo, o incluso antes, de forma involuntaria y sin razón consciente, con excepción del miedo a dañar físicamente al feto o a la mujer, y no con poca frecuencia en relación con la prohibición por el médico ⁽⁵⁾.

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para unos la gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales ⁽³⁾.

Algunas parejas encuentran que bien avanzada la gestación hay incomodidad producida por el globuloso vientre femenino y se hace necesario modificar las posiciones coitales, y se reporta la posición lateral, manejables y agradables para las mujeres. Específicamente se piensa que durante el último trimestre del embarazo, se pierde interés sexual en las féminas por su apariencia física, o por temor a dañarlas, lo que hace que disminuya la libido ⁽³⁾.

Existe el mito de que las mujeres no sienten deseos sexuales durante el embarazo. Esta época suele ser descrita como una época de beatitud en que los más caros deseos de la mujer están satisfechos, se les pinta como totalmente absorbidas por la gestación y no pueden interesarse en otra cosa. Si quienes la rodean, y su pareja en particular, se figura que el embarazo es un estado asexuado y paradisiaco para ella, será muy difícil expresar deseos sexuales, y esos meses pueden convertirse en un árido desierto sexual ⁽³⁾.

Durante una gestación normal se puede mantener la actividad sexual habitual (siempre que no existan evidencias de infección genital u otra complicación) sin temor a que se produzca algún

daño fetal, pero la actividad sexual debe evitarse cuando exista amenaza de aborto o parto pretérmino.⁶ La opinión más generalizada es que la actividad sexual no suele causar daño antes de las últimas 4 semanas de gestación, los riesgos y beneficios de las relaciones sexuales al final del embarazo no se han establecido con claridad, no se ha logrado demostrar que influyan como causa de parto pretérmino, rotura de membranas amnióticas, hemorragias o infección⁽³⁾.

Durante el primer trimestre del embarazo se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual. Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante este período tienen una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de esta, mientras que otras presentan un aumento de la libido. Los cambios del cuerpo pueden hacer dolorosa la estimulación, como ocurre con la vasocongestión mamaria (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumenta a medida que avanza la gestación). Esto se hace evidente desde los primeros meses y toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada⁽²³⁾.

Se reporta un aumento de la actividad sexual durante el segundo trimestre de la gestación a diferencia de lo que ocurre en el tercero, cuando se produce una considerable reducción de la actividad sexual acompañado de un aumento de la fatigabilidad y una disminución de la libido. Un porcentaje mínimo consideró que se perdía el interés sexual por ellas, atribuido a su apariencia física, a su incomodidad o al temor a lesionar el feto. Otras causas citadas que influyen en la disminución de las relaciones sexuales en el tercer trimestre de la gestación fueron la torpeza para realizar el

coito debido al aumento progresivo del vientre, o por indicación médica ⁽²⁴⁾.

2.1.2.4. Cambios Sexuales según Trimestre de Gestación

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. 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" ⁽²⁵⁾.

Por ende, todos estos factores pueden afectar de manera positiva o negativa la sexualidad, y más aún durante el embarazo. A medida que la gestación avanza, trimestre a trimestre, van surgiendo distintas manifestaciones que influyen en la sexualidad de la embarazada:

Primer Trimestre:

Las alteraciones en la silueta y la imagen corporal, sumadas a las principales manifestaciones somáticas del embarazo, afectan la sexualidad. La aparición de las náuseas, los vómitos, el cansancio, la somnolencia y la tensión mamaria; llevan a la embarazada a tener menor apetencia para el sexo.

Sin embargo, algunas mujeres experimentan un incremento del impulso sexual debido a que la congestión vascular pélvica produce

un estado sexualmente más receptivo. A su vez, otras están más receptivas que antes ya que desaparece el miedo al embarazo⁽¹⁴⁾.

Segundo Trimestre:

Las manifestaciones somáticas del primer trimestre disminuyeron o han desaparecido y provocan un sentido de bienestar y un incremento de la autoestima en la embarazada, a los que se agrega un aumento de la congestión vascular pélvica, generando un aumento del deseo sexual⁽¹⁴⁾.

Tercer Trimestre:

El gran tamaño del útero genera incomodidades que pueden terminar provocando una disminución en el interés sexual. A esta altura es común que exista una disminución en la frecuencia de la actividad sexual, debido a factores físicos y psicológicos⁽²⁶⁾.

Dentro de los factores físicos, se destacan el cambio inevitable de la imagen de la embarazada, pues se siente “gorda” y poco atractiva, la pirosis, las contracciones uterinas y la dificultad para encontrar una posición adecuada. Entre los factores psicológicos en esta fase prevalecen la ansiedad por el nacimiento y la preocupación por la proximidad del parto; al mismo tiempo es común que aparezca el miedo a dañar al bebé⁽¹³⁾.

2.1.2.5. Deseo Sexual durante el Embarazo

William Masters y Virginia Johnson publicaron los primeros trabajos sobre la fisiología de la respuesta sexual humana, describiendo sus fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución⁽²⁷⁾.

El deseo es la primera fase del ciclo de respuesta sexual en los seres humanos y consiste en un sentimiento de atracción sexual hacia alguien. Se caracteriza por las fantasías sexuales y por el deseo de tener actividad sexual, se inicia con cualquier tipo de

estimulación de carácter sexual que sea excitante para el individuo. Normalmente el deseo es provocado por estímulos sensoriales, como ver a alguien que nos atrae, oír la voz de esa persona o sentir su aroma. El deseo sexual durante el embarazo varía de mujer a mujer, como en otras situaciones de la vida. Algunas mujeres mantienen el deseo sexual durante toda la gestación, en comparación con el período previo a esta, y otras sufren una disminución del mismo. Sin embargo, se considera normal la falta de deseo sexual en el embarazo como en el posparto ⁽²⁸⁾.

Los hombres también sufren alteraciones en el deseo sexual durante el embarazo de su pareja, siendo la disminución del deseo el más común. Éste puede disminuir a medida que progresa la gestación, generalmente a partir del segundo trimestre debido a las alteraciones corporales de la mujer y al miedo a perjudicar el embarazo o dañar al feto. Hacia el final del tercer trimestre puede ser bastante mayor la necesidad de cercanía, apoyo emocional y acogimiento que el deseo de relaciones sexuales u orgasmos ⁽²⁹⁾.

2.1.2.6. 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 ⁽³⁰⁾.

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 ⁽²⁹⁾.

Masters y Johnson ⁽²⁷⁾ estudiaron a un grupo de 101 mujeres, encontrando que durante el primer trimestre las nulíparas notaron una disminución del interés sexual, mientras que 57 de las 68 multíparas estudiadas no notaron cambios. Durante el segundo trimestre el 80% de las encuestadas, independientemente de la paridad, manifestaron una mejoría en las relaciones sexuales en relación con el primer trimestre y las etapas previas a la gestación. En el tercer trimestre la mayoría de las gestantes mostraron un menor deseo sexual y una menor frecuencia coital ⁽²⁷⁾.

2.1.2.7. Satisfacción Sexual durante el Embarazo

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 e incremento de la tensión arterial y la ventilación pulmonar. Existe un sentimiento de intenso placer y una alteración variable del nivel de conciencia ⁽³⁰⁾.

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% ⁽²⁹⁾.

A su vez, durante el embarazo, el orgasmo femenino puede producir contracciones uterinas dolorosas y prolongadas, y se ha

asociado este hecho con parto pretérmino y con bradicardia fetal sin que exista evidencia suficiente para ello ⁽³⁰⁾.

Además, la satisfacción sexual en el embarazo está íntimamente relacionada con los sentimientos de felicidad sobre la gestación, con continuar viéndose atractiva y con la comprensión de que en una gestación sana, la actividad sexual y el orgasmo no dañan al feto ⁽²⁸⁾.

2.1.2.8. Posiciones Sexuales y Embarazo.

Con la progresión del embarazo 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 y satisfacción sexual. La posición de la mujer en decúbito dorsal y el hombre encima no es la más adecuada ya que su peso sobre el abdomen materno es muy incómodo para la gestante. La mujer arriba suele ser una de las posiciones más cómodas, ya que ella controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual. Otra alternativa favorable, es la posición en que ambos adoptan el decúbito lateral, ya que se logra una buena distribución del peso corporal y la penetración no es muy profunda ⁽³⁰⁾.

2.1.2.9. 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 ⁽³¹⁾.

Para otras, sin embargo, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten paradójicamente libres del temor y/o del deseo del embarazo y, ayudadas por los efectos hormonales, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes. La sexualidad durante el embarazo implica cambios en los factores físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales, que guardan una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de la pareja ⁽³¹⁾.

Cambios Físicos.

En la embarazada podemos encontrar numerosos cambios físicos que afecten a su confort y bienestar, y por lo tanto, que influyen en su sexualidad. Entre ellos destacaremos los más importantes ⁽¹⁴⁾.

En primer lugar nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, que impide adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Conforme este aumenta se va produciendo una protrusión de las costillas inferiores y elevación de unos 4 cm del diafragma, que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea. Este crecimiento también influye sobre el sistema cardiovascular, ya que se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho.

El sistema cardiovascular también cursa con otras alteraciones como son el aumento del gasto cardiaco (para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto), una reducción de la resistencia vascular sistémica, y un ligero descenso en la presión arterial media, debido a la dificultad para el retorno venoso en miembros inferiores y por compresión del útero sobre la vena cava inferior. Estos cambios pueden influir de forma negativa en la vida sexual de la pareja provocando, sobre todo, cansancio y somnolencia⁽¹⁴⁾.

También, se produce un aumento del flujo sanguíneo, lo que provoca mayor sensibilidad genital y mamaria, mejorando, así, el placer en los encuentros sexuales y haciéndolos mucho más agradables, alcanzando el clímax más fácilmente.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvico-ureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. Está infección genital en uno o ambos conyugues contraindicaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o parto prematuro⁽¹⁴⁾.

También, nos encontramos que al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones. 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 momento del parto⁽¹⁴⁾.

Esta pérdida de tono en el suelo pélvico puede causar incontinencia urinaria de esfuerzo, que se traduce en pequeñas pérdidas de orina al realizar algún tipo de esfuerzo (levantar peso, risas, saltar, bailar...) y la necesidad de ir al baño más a menudo.

El fortalecer los músculos del suelo pélvico ayudará a la futura madre a:

- Evitar o disminuir la incontinencia.
- Facilitará el parto, ya que tenerlos en buenas condiciones disminuirá los desgarros.
- Incrementará la circulación sanguínea en la zona, ayudando a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
- Evitar el prolapso del útero, vejiga y otros órganos después del parto.
- Incrementar el placer sexual al tonificar los músculos vaginales⁽¹⁴⁾.

La mejor forma de trabajar la musculatura del suelo pélvico es realizar los ejercicios de Kegel. Estos se pueden realizar antes, durante y/o después del embarazo y ayudarán a tonificar los músculos de la zona genital, ayudando a prevenir incontinencia urinaria y prolapsos. Por otro lado, puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior⁽¹⁴⁾.

Y por último, nombraremos las alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma (también llamado melasma o máscara del embarazo), así como la línea de alba y el oscurecimiento de las areolas debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los

melanocitos. También pueden aparecer, dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer, estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso. 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 ⁽¹⁴⁾.

Cambios Hormonales

Se han descubierto niveles medibles de hCG 8 días después de la concepción, estos valores continúan aumentando con rapidez hasta alcanzar su máximo en el primer trimestre de embarazo lo cual puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo⁽³²⁾. Otra hormona especialmente importante es el estrógeno. Durante la primera parte del embarazo, la producción de estrógenos se encuentra a cargo del cuerpo lúteo. Posteriormente, la placenta y la corteza adrenal del feto son responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el embarazo desde valores de 2 ng/ml durante el primer trimestre hasta 14 ng/ml al final del tercer trimestre. 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. Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer ⁽¹⁴⁾.

Durante el embarazo, el 90% de la progesterona producida en la placenta pasa a la circulación materna y el 10% restante a la circulación fetal: los niveles de progesterona a lo largo del embarazo aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital. 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 ⁽¹⁴⁾.

Durante la gestación normal en el primer, segundo y tercer trimestre los niveles de prolactina están alrededor de 75, 116 y 216 ng/ml, respectivamente. El nivel máximo lo alcanza en la semana 25 y empieza a disminuir hacia la 38ª semana ⁽³²⁾.

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 ⁽³³⁾. Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación 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.

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 ⁽¹⁴⁾.

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 ⁽³³⁾.

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 ⁽²⁸⁾.

También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo. La edad de la gestante y las expectativas son fundamentales ⁽³³⁾. 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 ⁽¹⁴⁾.

Cambios Culturales

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexuado, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto ⁽²⁸⁾.

Frecuentemente la sexualidad ha sido ignorada en el diálogo entre la embarazada y el profesional sanitario o se le han impuesto a ésta arbitrarios períodos de abstinencia (presumiblemente para asegurar el éxito del embarazo) o el obstetra no ha sido adecuadamente claro y explícito sobre alguna indicación de cambio en la actividad sexual. La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas recomendaciones pueden llevar a limitar de

forma extrema los contactos sexuales o directamente anularlos. En ambas situaciones se puede ver alterada su relación de pareja. La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censuradora que no aprueba la sexualidad general y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito independientemente a su consecuencia fisiológica ⁽¹⁴⁾.

Habría que tener en cuenta que todas estas manifestaciones relativas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo a los valores vigentes de cada estrato sociocultural. Los comportamientos sexuales colocan en evidencia las varias y diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, religión, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo como un todo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y de experimentar la sexualidad ⁽¹⁴⁾.

Respuesta sexual (RS): Diferencias respecto a la gestación

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 ⁽³¹⁾. 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 ⁽²⁹⁾. No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales ⁽³⁰⁾. La RS 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 la precedente ⁽¹⁴⁾.

2.1.3. Definición de Términos.

- **Sexualidad**

Es el conjunto de condiciones que caracterizan el sexo de cada persona. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo

- **Salud Sexual**

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

- **Gestante**

Es el estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto, comprendida entre las 37 semanas (259 días) y 42 semanas (294 días).

- **Primigesta**

Se entiende por primigesta aquella mujer que está embarazada por primera vez. Es llamado también primigrávida.

- **Trimestre Gestacional**

Las etapas del embarazo se dividen en tres trimestres de aproximadamente tres meses cada uno. Cada trimestre del embarazo trae nuevos cambios. Usted experimentará emociones diferentes y tendrá diferentes signos físicos al avanzar en el embarazo.

- **Características Sociodemográficas**

Son las características de la población en estudio, en relación a su condición en la sociedad y que tienen en común, tales como la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, entre otros.

- **Edad:**

Son los años cumplidos de la paciente primigesta, desde su nacimiento hasta el momento de la ejecución de la investigación.

- **Procedencia:**

Es el lugar de donde proviene la paciente primigesta, pudiendo ser de la zona urbana o rural.

- **Estado Civil:**

Condición de la paciente primigesta según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Medible en: Soltero, conviviente, casado.

**CAPÍTULO III.
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS**

3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

3.1.1. OBJETIVO 1. Identificar las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.

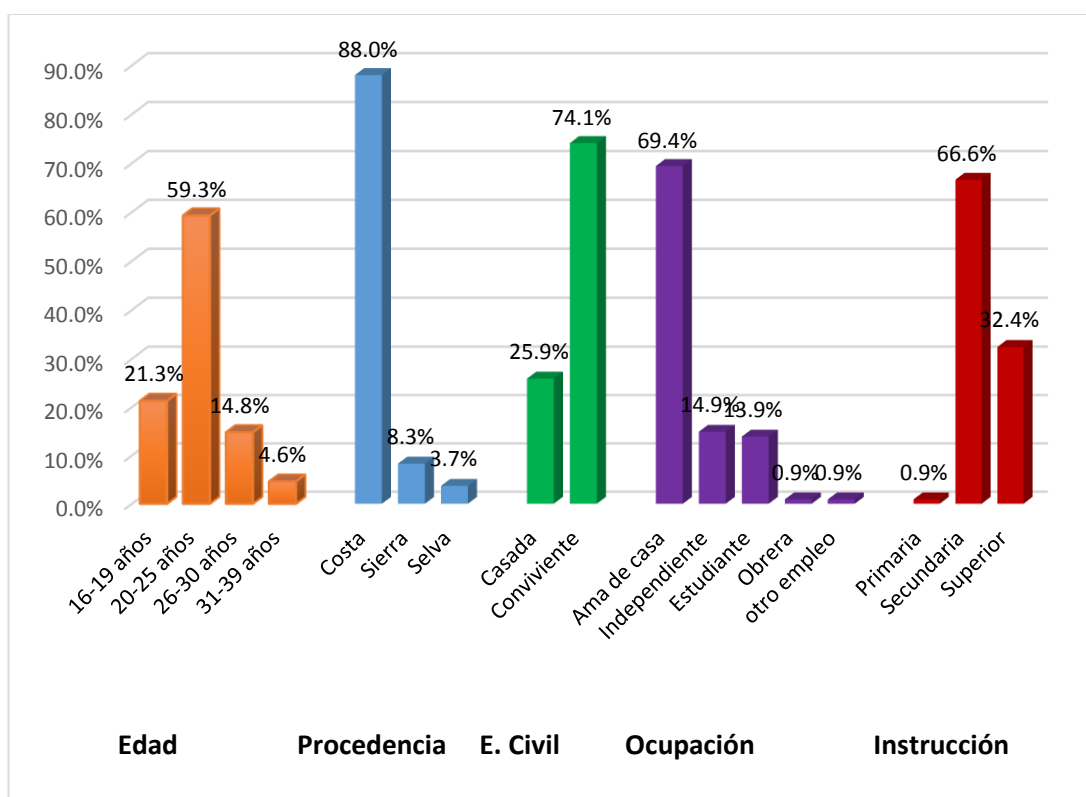
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 1. Características sociodemográficas de las Primigestas.

Edad	N°	%
16-19 años	23	21.3
20-25 años	64	59.3
26-30 años	16	14.8
31-39 años	5	4.6
Total	108	100%
Procedencia	N°	%
Costa	95	88.0
Sierra	9	8.3
Selva	4	3.7
Total	108	100%
Estado civil	N°	%
Casada	28	25.9
Conviviente	80	74.1
Total	108	100%
Ocupación	N°	%
Ama de casa	75	69.4
Trabajo independiente	16	14.9
Estudiante	15	13.9
Empleada	1	0.9
Obrera	1	0.9
Total	108	100%
Instrucción	N°	%
Ninguna	0	0.0
Primaria	1	0.9
Secundaria	72	66.6
Superior	35	32.4
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 1. Características sociodemográficas de las Primigestas



Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Interpretación: En relación a las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, se observa:

- 59.3% de las primigestas tienen edades entre 20 a 25 años, 21.3% entre 16 a 19 años, 14.8% entre 26 a 30 años, y 4.6% entre 31 a 39 años de edad.
- El 88% provienen de la costa, 8% provienen de la Sierra, y 3.7% provienen de la selva.
- El 74.1% tienen estado civil conviviente, y el 25.9% manifestaron estar casadas.
- El 69.4% son amas de casa, 14.9% son trabajadoras independientes (comerciantes), 13.9% son estudiantes, 0.9% tienen otro empleo, y 0.9% trabajan como obreras.
- El 66.6% tienen nivel de instrucción secundaria, 32.4% educacional superior, y 0.9% educación primaria.

3.1.2. OBJETIVO 2. Determinar las características de la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.

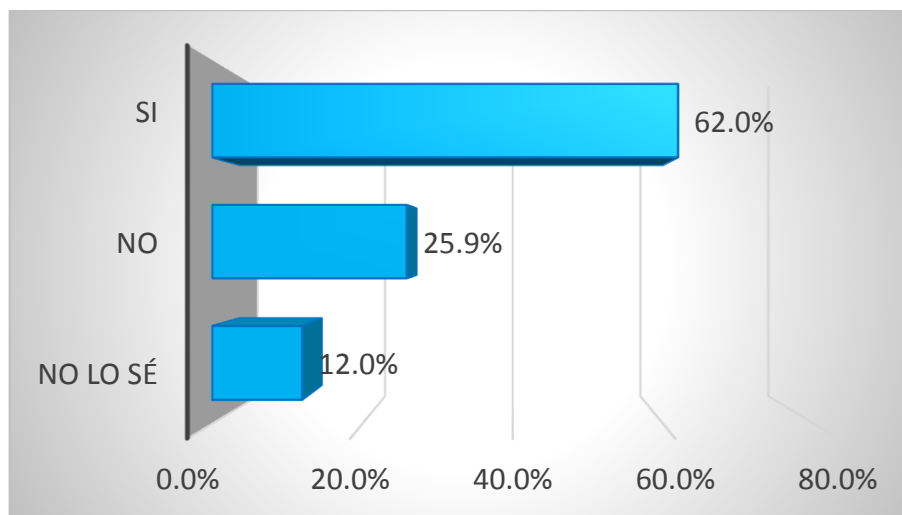
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 2. Conocimiento sobre: Si las relaciones sexuales dañan al feto.

Las relaciones sexuales pueden dañar al feto	N°	%
SI	67	62.0
No	28	25.9
No lo sé	13	12.0
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 2. Conocimiento sobre: Si las relaciones sexuales dañan al feto.



Interpretación: 62% de las primigestas manifiestan que las relaciones sexuales si pueden dañar al feto, 25.9% no pueden dañarlo, y 12% no lo sabe.

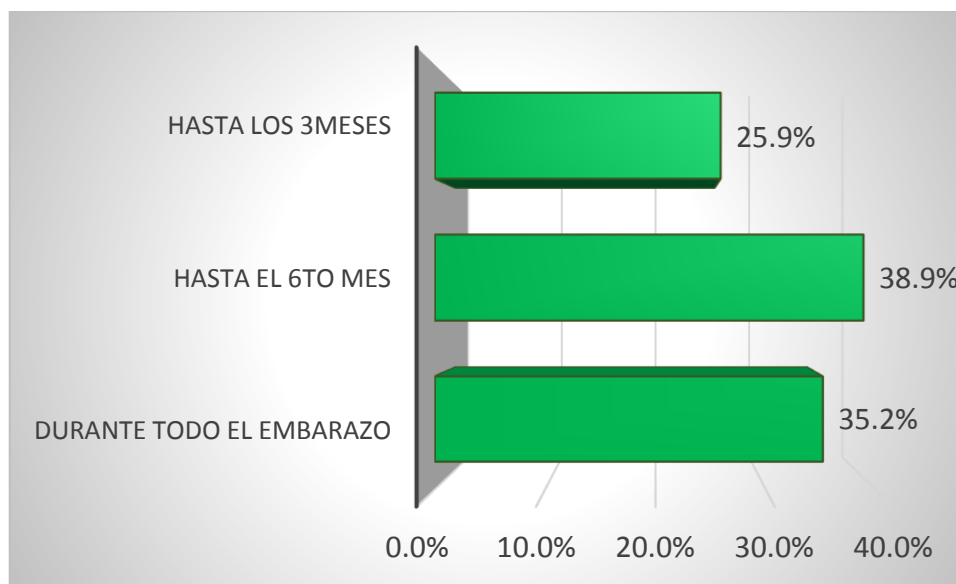
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 3. Percepción de las relaciones sexuales, según periodo de gestación

Hasta que etapa de su embarazo puede tener relaciones sexuales	N°	%
Hasta los 3 meses	28	25.9
Hasta el 6to mes	42	38.9
Durante todo el embarazo	38	35.2
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 3. Percepción de las relaciones sexuales, según periodo de gestación



Interpretación: 38.9% de las primigestas manifiesta que hasta el 6to mes de embarazo se puede tener relaciones sexuales, 35.2% durante todo el embarazo, y 25.9% manifiesta que sólo hasta los 3 meses.

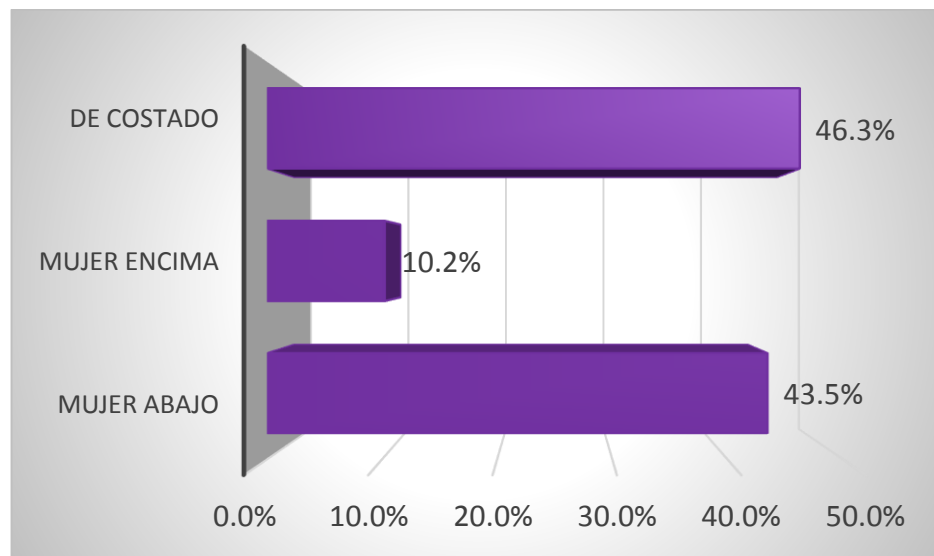
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 4. Posición sexual más utilizada durante las relaciones sexuales

Posición utilizada	N°	%
De costado	50	46.3
Mujer encima	11	10.2
Mujer abajo	47	43.5
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 4. Posición sexual más utilizada durante las relaciones sexuales



Interpretación: El 46.3% de las primigestas manifiesta que la posición en las relaciones sexuales mayormente son de costado, 43.5% mujer abajo, y 10.2% mujer encima.

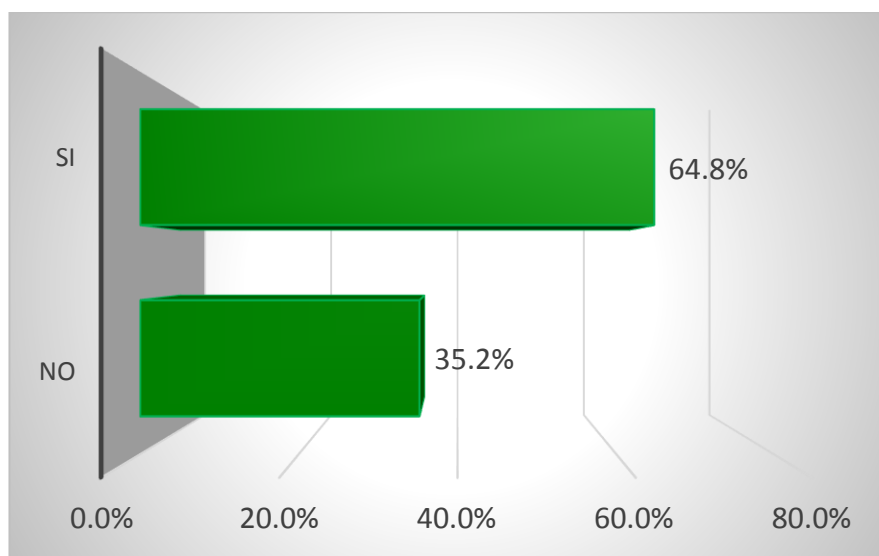
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 5. Problemas o molestias provocadas por las relaciones sexuales

Tuvo Problema o molestia en las relaciones sexuales	N°	%
Si	70	64.8
No	38	35.2
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 5. Problemas o molestias provocadas por las relaciones sexuales



Interpretación: 64.8% manifiesta que si tuvo problema o molestia provocada por las relaciones sexuales en el embarazo, y 35.2% manifiesta que no.

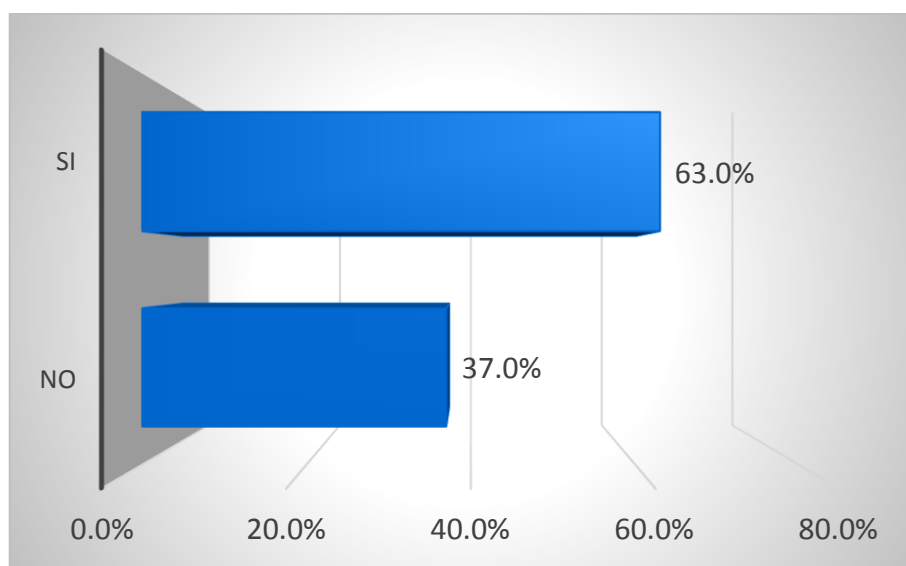
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 6. Cambio en su deseo sexual.

Cambió deseo sexual durante el embarazo	N°	%
Si	68	63.0
No	40	37.0
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 6. Cambio en su deseo sexual.



Interpretación: El 63% de las primigestas afirma que si notó un cambio en su deseo sexual después de quedar embarazada, y 37% manifiesta que no.

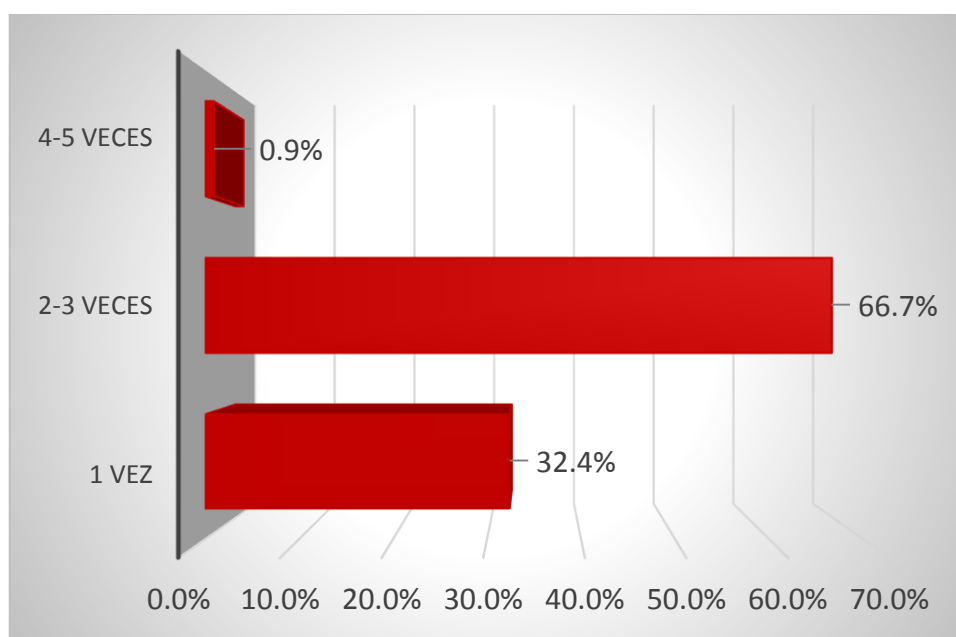
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 7. Frecuencia de relaciones sexuales por semana

Relaciones sexuales por semana	N°	%
1 vez	35	32.4
2 a 3 veces	72	66.7
4 a 5 veces	1	0.9
Total	108	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 7. Frecuencia de relaciones sexuales por semana



Interpretación: 66.7% de las primigestas manifiestan que tienen relaciones sexuales 2 a 3 veces por semana, 32.4% 1 vez por semana, y 0.9% 4 a 5 veces por semana.

3.1.3. OBJETIVO 3. Determinar la actividad sexual según trimestre de embarazo, en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018.

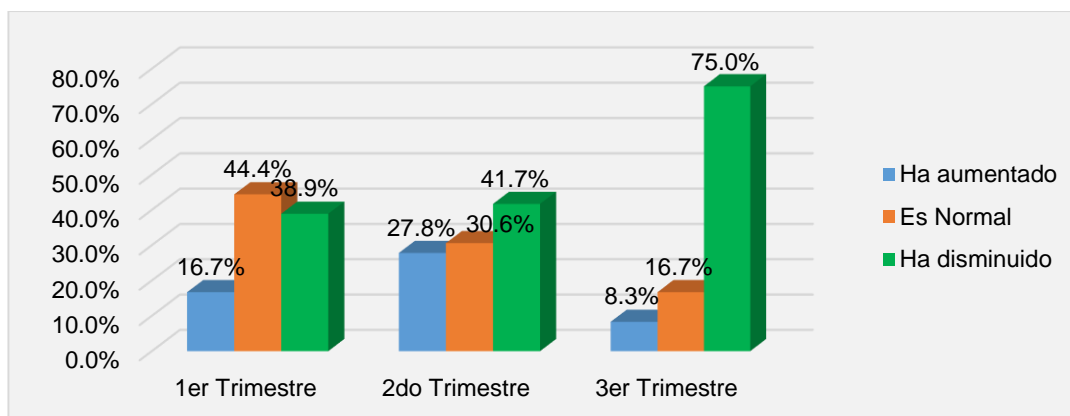
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 8. Apetito sexual.

Que tan fuerte es su deseo sexual (Apetito Sexual)	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	6	16.7	10	27.8	3	8.3
Es normal	14	44.4	11	30.6	6	16.7
Ha disminuido	16	38.9	15	41.7	27	75.0
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 8. Apetito sexual.



Interpretación: En relación al deseo sexual de las primigestas por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre de embarazo, 44.4% afirma que el deseo sexual es normal, 38.9% manifiesta que el deseo ha disminuido, y 16.7% afirma que el deseo sexual aumentó.
- En el 2do trimestre de embarazo, 41.7% afirma que el deseo sexual ha disminuido, 30.6% dice que es normal, y 27.8% afirma que ha aumentado su deseo sexual.
- En el 3er trimestre de embarazo, 75% afirma que su deseo sexual ha disminuido, 16.7% afirma que es normal, y 8.3% afirma que ha aumentado el deseo sexual.

Se observa que en el 3er trimestre de embarazo mayormente ha disminuido el deseo sexual de la primigesta (75%), el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción el deseo sexual es normal (44.4%), y en el 2do trimestre de embarazo mayormente ha disminuido el deseo sexual (41.7%).

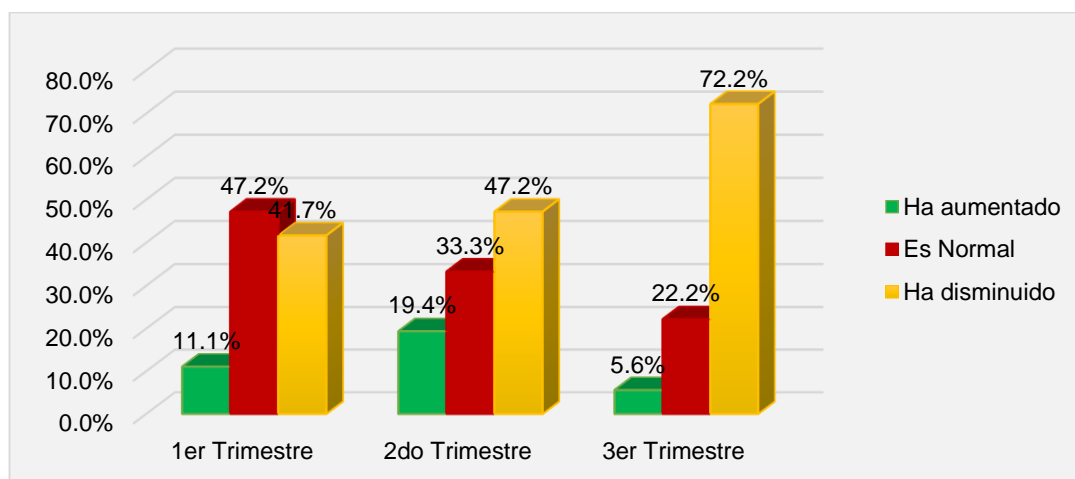
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 9. Satisfacción sexual.

Como es su satisfacción sexual	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	1	11.1	7	19.4	2	5.6
Es normal	17	47.2	12	33.3	8	22.2
Ha disminuido	15	41.7	17	47.2	26	72.2
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 9. Satisfacción sexual.



Interpretación: En relación a la satisfacción sexual de las primigestas por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre de embarazo, 47.2% manifiesta que la satisfacción es normal, 41.7% afirma que su satisfacción sexual ha disminuido, y 11.1% afirma que su satisfacción sexual aumentó.
- En el 2do trimestre de embarazo, 47.2% afirma que su satisfacción sexual ha disminuido, 33.3% manifiesta que es normal, y 19.4% afirma que su satisfacción sexual aumentó.
- En el 3er trimestre de embarazo, 72.2% afirma que su satisfacción sexual ha disminuido, 22.2% manifiesta que la satisfacción es normal, y 5.6% afirma que su satisfacción sexual aumentó.

Se observa que en el en el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido la satisfacción sexual de la primigesta (72.2%), en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la satisfacción sexual es normal (47.2%), y en el 2do trimestre mayormente ha disminuido la satisfacción sexual (47.2%).

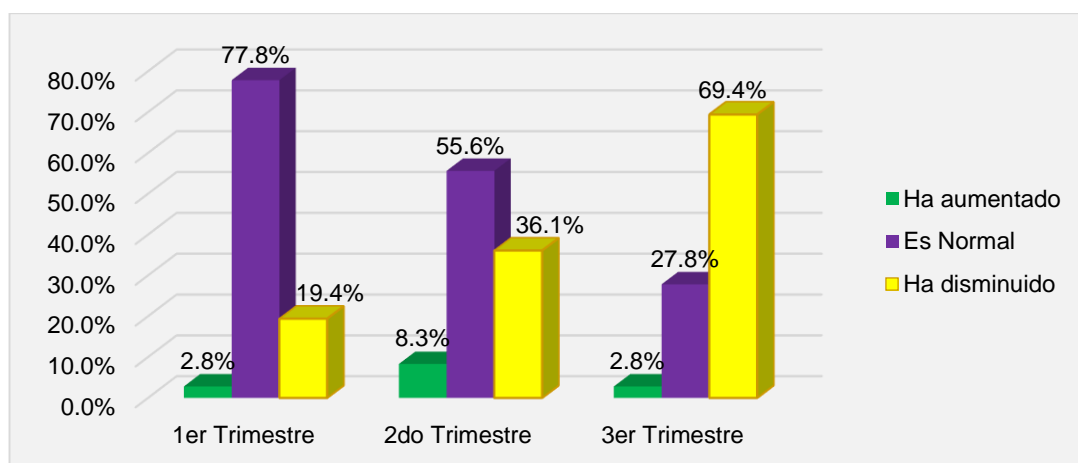
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 10. Humedad de la vagina durante las relaciones sexuales

Como es la humedad de su vagina	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	1	2.8	3	8.3	1	2.8
Es normal	28	77.8	20	55.6	10	27.8
Ha disminuido	7	19.4	13	36.1	25	69.4
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 10. Humedad de la vagina durante las relaciones sexuales



Interpretación: En relación a la humedad de la vagina durante las relaciones sexuales en las primigestas por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre de embarazo, 77.8% manifiesta que la humedad de su vagina es normal, 19.4% afirma que ha disminuido, y 2.8% afirma que la humedad de su vagina aumentó.
- En el 2do trimestre de embarazo, 55.6% manifiesta que la humedad de su vagina es normal, 36.1% afirma que ha disminuido, y 8.3% afirma que aumentó.
- En el 3er trimestre de embarazo, 69.4% afirma que la humedad de su vagina ha disminuido, 27.8% manifiesta que es normal, y 2.8% afirma que aumentó.

Se observa que en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la humedad de la vagina durante las relaciones sexuales es normal (77.8%), en el 3er trimestre en mayor proporción ha disminuido (69.4%), y en el 2do trimestre de embarazo mayormente es normal (55.6%).

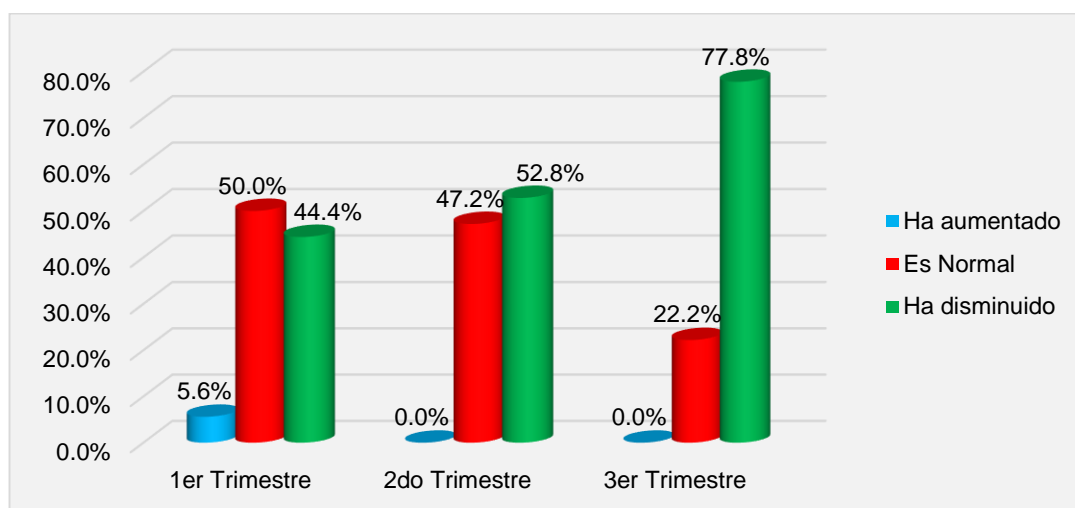
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 11. Percepción de la Frecuencia de relaciones sexuales.

La frecuencia de relaciones sexuales	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	2	5.6	0	0.0	0	0.0
Es normal	18	50.0	17	47.2	8	22.2
Ha disminuido	16	44.4	19	52.8	28	77.8
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 11. Percepción de la Frecuencia de relaciones sexuales.



Interpretación: En relación a la frecuencia de relaciones sexuales en las primigestas por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre de embarazo, 50% manifiesta que la frecuencia de relaciones sexuales es normal, y 44.4% afirma que ha disminuido, y 5.6% afirma que aumentó.
- En el 2do trimestre de embarazo, 52.8% manifiesta que la frecuencia de relaciones sexuales ha disminuido, y 47.2% afirma que es normal.
- En el 3er trimestre de embarazo, 77.8% manifiesta que la frecuencia de relaciones sexuales ha disminuido, y el 22.2% afirma que es normal.

Se observa que en el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción la frecuencia de relaciones sexuales ha disminuido (77.8%), en el 2do trimestre predominantemente ha disminuido (52.8%), y en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la frecuencia de relaciones sexuales es normal (50%).

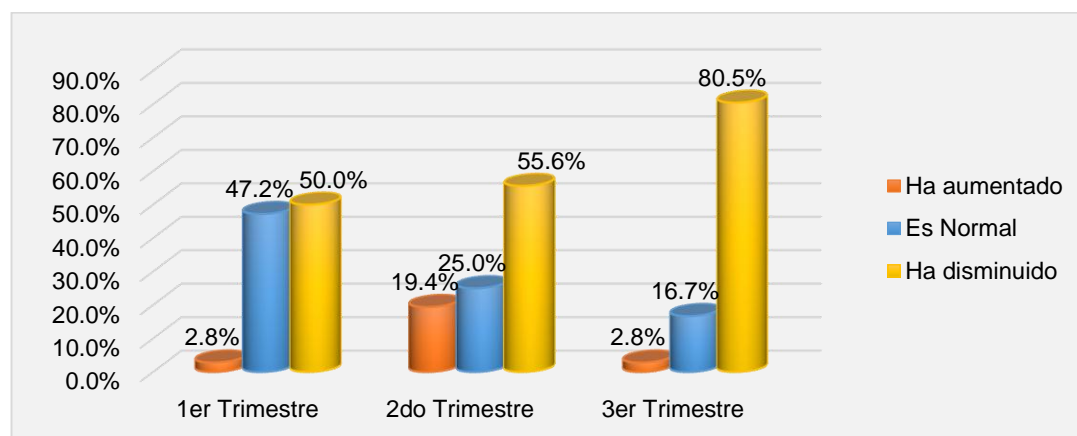
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 12. Facilidad de alcanzar el orgasmo.

La facilidad de alcanzar el orgasmo	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	1	2.8	7	19.4	1	2.8
Es normal	17	47.2	9	25.0	6	16.7
Ha disminuido	18	50.0	20	55.6	29	80.5
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 12. Facilidad de alcanzar el orgasmo.



Interpretación: En relación a la facilidad de alcanzar el orgasmo en las primigestas por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre de embarazo, 50% afirma que la facilidad de alcanzar el orgasmo ha disminuido, 47.2% manifiesta que es normal, y 2.8% afirma que aumentó.
- En el 2do trimestre de embarazo, 55.6% afirma que la facilidad de alcanzar el orgasmo ha disminuido, 25% manifiesta que es normal, y 19.4% afirma que aumentó.
- En el 3er trimestre de embarazo, 80.5% afirma que la facilidad de alcanzar el orgasmo ha disminuido, 16.7% manifiesta que es normal, y 2.8% afirma que aumentó.

Se observa que en el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción la facilidad de alcanzar el orgasmo ha disminuido (80.5%), en el 2do trimestre predominantemente ha disminuido (55.6%), y en 1er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido (50%).

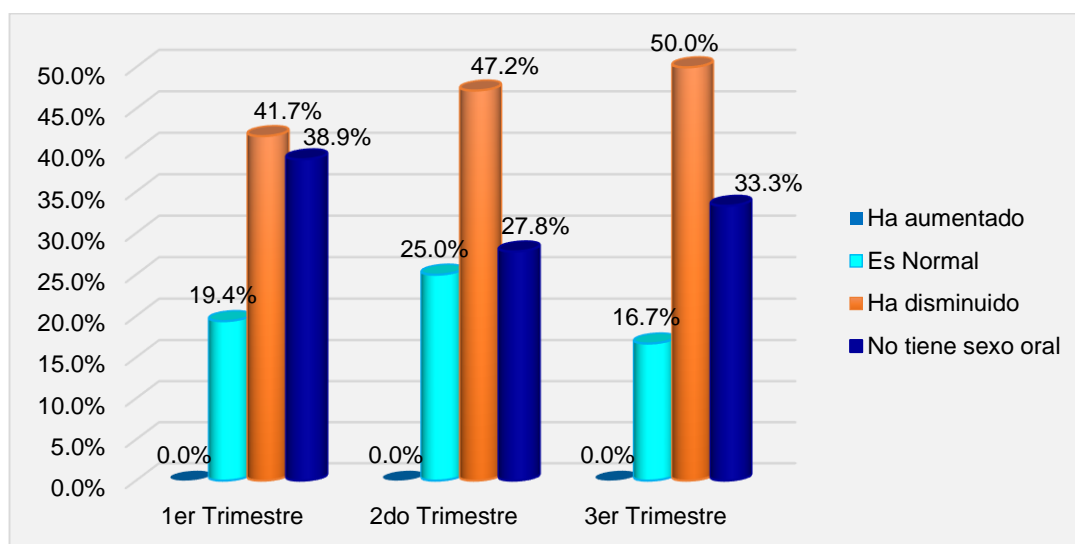
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 13. Práctica del sexo oral

La práctica del sexo oral	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Es normal	7	19.4	9	25.0	6	16.7
Ha disminuido	15	41.7	17	47.2	18	50.0
No tiene sexo oral	14	38.9	10	27.8	12	33.3
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 13. Práctica del sexo oral



Interpretación: En relación a la práctica del sexo oral en las primigestas por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre, 41.7% afirma que la práctica del sexo oral ha disminuido, 38.9% no tiene sexo oral, y 19.4% manifiesta que es normal.
- En el 2do trimestre, 47.2% manifiesta que la práctica del sexo oral ha disminuido, 27.8% no tiene sexo oral, y 25% manifiesta que es normal.
- En el 3er trimestre, 50% afirma que la práctica del sexo oral ha disminuido, 33.3% no tiene sexo oral, y 16.7% manifiesta que es normal.

Se observa que en el 3er trimestre la práctica del sexo oral ha disminuido (50%), en el 2do trimestre también ha disminuido (47.2%), y en el 1er trimestre la práctica de sexo oral también con mayor frecuencia disminuyó (41.7%).

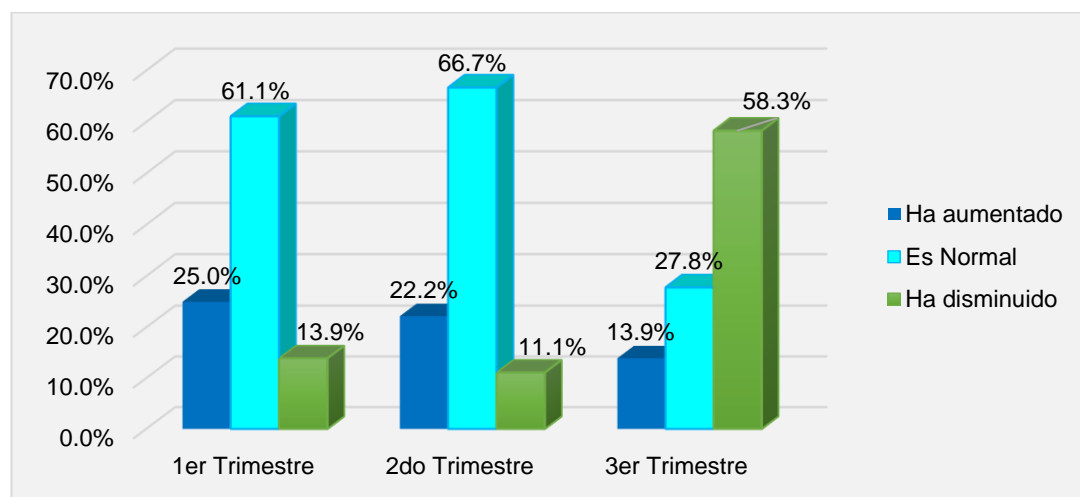
“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

Tabla 14. Percepción del deseo sexual de la pareja.

El deseo sexual de su pareja hacia usted	1° Trimestre		2° Trimestre		3° Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ha aumentado	9	25.0	8	22.2	5	13.9
Es normal	22	61.1	24	66.7	10	27.8
Ha disminuido	5	13.9	4	11.1	21	58.3
Total	36	100%	36	100%	36	100%

Fuente: Encuesta a las primigestas del Hospital Santa María del Socorro 2018

Gráfico 14. Percepción del deseo sexual de la pareja.



Interpretación: En relación al deseo sexual de su pareja hacia la primigesta, por trimestre, se puede observar que:

- En el 1er trimestre de embarazo, 61.1% refiere que el deseo sexual de su pareja es normal, 25% afirma que ha aumentado, y 13.9% afirma que ha disminuido.
- En el 2do trimestre de embarazo, 66.7% refiere que el deseo sexual de su pareja es normal, 22.2% afirma que ha aumentado, y 11.1% afirma que ha disminuido.
- En el 3er trimestre de embarazo, 58.3% afirma que el deseo sexual de su pareja ha disminuido, 27.8% refiere que es normal, y 13.9% afirma que ha aumentado.

Se observa que en el 2do trimestre predominantemente el deseo sexual de la pareja es normal (66.7%), en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción es normal (61.1%), y en el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido (58.3%).

3.2. INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio analizó mediante la estadística descriptiva la sexualidad de la primigesta atendida en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, determinando sus características sociodemográficas, su actividad sexual, y característica de la sexualidad. Considerando que la sexualidad es un aspecto muy importante para la gestante, quien necesita llevar una sexualidad plena y activa, el cual influye en su salud física y emocional.

Sin embargo, diversos estudios muestran cómo el proceso del embarazo afecta la sexualidad de la gestante por diversos aspectos como el mito de tener relaciones en el embarazo, el deseo sexual de la pareja, el deseo sexual que siente durante el embarazo, entre otros aspectos que deben ser analizados para conocer en qué medida el embarazo influye en la sexualidad de la primigesta.

Se analizó en primer lugar, las características sociodemográficas de las primigestas, encontrando en mayor proporción que son originarias de la costa (88%), de estado civil conviviente (74.1%), con ocupación ama de casa (69.4%), con instrucción educacional secundaria (66.6%), y edades comprendidas entre los 20 a 25 años de edad (59.3%). Estas características sociodemográficas hallados en las primigestas atendidas en el hospital socorro, son predominantes de la zona urbana, en donde las mujeres mayormente conviven, terminan únicamente la educación secundaria, y son amas de casa. Resultados que coinciden con el estudio de Timaná E. (2015)⁽⁷⁾, quien encontró en sus resultados que mayormente las gestantes tenían estudios secundarios (72.2%), eran convivientes (66.6%), y eran jóvenes adultas (63.8%).

En cuanto a la sexualidad de la primigesta, se analizó mediante 2 dimensiones: Características de la sexualidad y la actividad sexual. En la primera dimensión se analizó 6 aspectos importantes del comportamiento sexual de la mujer, encontrándose en mayor proporción que las primigestas creen que se puede tener relaciones sexuales sólo hasta el 6to mes del

embarazo (68.9%), frecuencia de relaciones sexuales a la semana es de 2 a 3 veces (66.7%), tuvieron algún problema o molestia provocada por las relaciones sexuales (64.8%), notaron un cambio en su deseo sexual (63%), creen que las relaciones sexuales pueden dañar al feto (62%), y la posición más utilizada para tener relaciones sexuales es de costado (46.3%). Resultados que concuerdan con el estudio de Timaná E. (2015) ⁽⁷⁾ quien encontró en sus resultados que 54.2% creen que el tener sexo puede provocar algún daño o aborto, y mayormente la posición más utilizada por las gestantes es de lado (34.7%), sin embargo el estudio de Cachique S. (2013)⁽¹⁸⁾ difiere con el resultado del presente estudio, al encontrar mayormente posición “encima” como más utilizada(47.1%). El estudio de Tarco N. (2017) ⁽¹⁷⁾ encontró en mayor proporción la posición sexual “de costado” (66.24), lo cual concuerda con el presente estudio.

La segunda dimensión analizada “actividad sexual” analizó 7 aspectos de la sexualidad, determinados por aumento, normal, o disminución de la actividad sexual, encontrando los siguientes resultados: Deseo sexual: En el 3er trimestre de embarazo mayormente ha disminuido el deseo sexual de la primigesta (75%), en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción el deseo sexual es normal (44.4%), y en el 2do trimestre mayormente ha disminuido el deseo sexual (41.7%), resultado que concuerda con el estudio de Pichucho G; y Suquillo F. (2015)⁽¹⁶⁾ que el deseo sexual disminuye significativamente en el III trimestre (57.8%), en el I trimestre (52.7%), en el II trimestre (50%) el deseo sexual durante los 3 trimestres del embarazo, también concuerdan con el estudio de Tarco N. (2017)⁽¹⁷⁾ y Levin A. (2012)⁽¹⁵⁾ quienes hallaron en sus resultados que es en el tercer trimestre del embarazo donde disminuye considerablemente la actividad sexual de la gestante.; satisfacción sexual: En el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido la satisfacción sexual de la primigesta (72.2%), en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la satisfacción sexual es normal (47.2%), y en el 2do trimestre mayormente ha disminuido la satisfacción sexual (47.2%), resultado que concuerda con el estudio de Levin A. que encontró que la

satisfacción sexual disminuye en el tercer trimestre en un 75%; humedad de la vagina: En el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la humedad de la vagina durante las relaciones sexuales es normal (77.8%), en el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido (69.4%), y en el 2do trimestre mayormente es normal (55.6%), concuerda con la investigación de Pichucho G; y Suquillo F.(2015)⁽¹⁶⁾ quienes encontraron que la lubricación disminuye mayormente en el III trimestre (52.1%); frecuencia de relaciones sexuales: En el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido (77.8%), en el 2do trimestre predominantemente ha disminuido (52.8%), y en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la frecuencia de relaciones sexuales es normal (50%), estudio que concuerda con el estudio de Levin A. (2012)⁽¹⁵⁾ refiere que las relaciones sexuales disminuyen sobretodo en el tercer trimestre de embarazo (85.7%) y con el estudio de Escudero R. (2015)⁽¹⁴⁾ quien halló que la frecuencia Coital disminuyó a lo largo de la gestación en un 57.7%; facilidad de alcanzar el orgasmo: En el 3er trimestre de embarazo en mayor proporción ha disminuido (80.5%), en el 2do trimestre mayormente ha disminuido (55.6%), y en el 1er trimestre de embarazo en mayor proporción la facilidad de alcanzar el orgasmo ha disminuido (50%) resultado que concuerda con la investigación de Escudero R. (2015)⁽¹⁴⁾ en la que existe una disminución progresiva del orgasmo durante la gestación, siendo más evidente en el último trimestre en 43.3% de gestantes, sin embargo difiere con el estudio de Pichucho G; y Suquillo F.(2015)⁽¹⁶⁾, quienes encontraron que el orgasmo disminuye más durante el II trimestre de gestación (50.2%).

CAPÍTULO IV.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

1. En mayor proporción las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2018, tienen edades comprendidas entre los 20 a 25 años de edad, provienen de la costa, son convivientes, son amas de casa, y tienen un nivel de educación secundaria.
2. En las características de la sexualidad, en mayor proporción las primigestas creen que las relaciones sexuales pueden dañar al feto, que solo se puede tener relaciones sexuales hasta el 6to mes, que la posición más utilizada durante la relación sexual es de costado, y algunas porque presentaron algún problema o molestia provocada por las relaciones sexuales, razón por la que tuvieron un cambio en su deseo sexual, espaciando sus relaciones sexuales 2 a 3 veces por semana.
3. En el 1er trimestre de embarazo el deseo sexual, la satisfacción sexual, la humedad de la vagina, la frecuencia de relaciones sexuales, y el deseo sexual de su pareja hacia ella es normal, sin embargo la facilidad de alcanzar el orgasmo y la práctica del sexo oral comienza a disminuir.
4. En el 2do trimestre de embarazo en la humedad de la vagina, y el deseo sexual de su pareja hacia ella es normal, sin embargo el deseo sexual, la satisfacción, la frecuencia de relaciones sexuales, la facilidad de alcanzar el orgasmo, y la práctica de sexo oral continúa disminuyendo.
5. En el 3er trimestre de embarazo el deseo sexual, satisfacción sexual, la humedad de la vagina, la frecuencia de relaciones sexuales, facilidad de alcanzar el orgasmo, la práctica del sexo oral, y el deseo sexual de su pareja hacia ella ha disminuido considerablemente.

4.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Hospital Santa María del Socorro de Ica, realizar estudios correlacionales - comparativos sobre la situación de las primigestas que acuden a su control prenatal, en relación a sus características sociodemográficas que pueden influir en el desarrollo de su gestación y salud sexual durante el embarazo.
2. Asimismo, se recomienda a dicha institución, fortalecer el programa de salud sexual y reproductiva, con constante capacitación del personal de salud encargado, para que a través de entrevistas, charlas y sesiones educativas, se mejore la percepción de la sexualidad de la población en general. Realizar las coordinaciones pertinentes con las instituciones educativas de su jurisdicción con la finalidad de brindar orientación a los alumnos desde la etapa preescolar sobre educación sexual, brindando información según en la etapa en el que se encuentran, para que así tengan una sexualidad saludable en las diferentes etapas de su desarrollo; fortalecer también el programa de control prenatal para que las pacientes desarrollen un embarazo en óptimas condiciones, evitando complicaciones que pueden comprometer la salud sexual de la primigesta.
3. A las primigestas que estén en el 1er trimestre de embarazo, se debe establecer precozmente la orientación y consejería en salud sexual, tanto para ella como para su pareja, para que puedan llevar eficientemente su sexualidad en los siguientes trimestres del embarazo, identificando mitos, temores, dudas, detectar posibles alteraciones o frustraciones dentro de su vida sexual y así poder disiparlas.
4. Asimismo en el 2do trimestre del embarazo, se deben impartir educación sexual, orientado eficientemente a la primigesta y a su pareja, poniendo énfasis en los cambios fisiológicos y físicos propios del embarazo que puedan deteriorar la actividad sexual, orientándoles sobre las posiciones que pueden optar, las diversas maneras de alcanzar el placer (sexo oral,

masturbación, caricias, juegos sexuales, etc.), logrando de esa manera un manejo eficiente de su sexualidad.

5. En las primigestas que estén en el 3er trimestre del embarazo, brindar consejería conjuntamente con la pareja, impartiendo enseñanza sobre la sexualidad saludable que deben practicar, así como prepararlos para el momento del parto, informándoles sobre los beneficios y efectos de las relaciones sexuales coitales ante el trabajo de parto, así como los cuidados sexuales que deben tener en cuenta.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Luque L. Apuntes sobre la sexualidad, el embarazo y la crianza en las mujeres inmigrantes marroquíes en la comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España 2016. Disponible en: <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/3669.pdf>
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Cifras sobre la salud materna en el Perú. Lima, Perú 2016.
3. Lores B. Sexualidad y embarazo. Artículo de EBM en buenas manos. Valencia, España 2017. Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/sexualidad-y-embarazo>
4. Iglesias J. Sexualidad en el embarazo. Revisión de la matrona. Rev. Portales médicos 2016. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sexualidad-embarazo/>
5. Guarnizo M; Pardo M. El significado de la sexualidad durante la gestación. Av. Enferm, Volumen 29, Número 2, p. 294-306, 2011
6. Balestena J; Fernández B; Sanabria J. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. Rev Ciencias Médicas vol.18 no.5 Pinar del Río sep.-oct. 2014
7. Timaná E. Sexualidad de las gestante atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho – Enero 2015. Clínica Santa Bárbara. Lima, Perú 2015.
8. Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. Colegio de Médicos de Barcelona, AEEM. Barcelona, España. 2015
9. Víctor J; et al. Sexualidad en la gestación. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú. 2008

10. García S; Duarte L; Mejías M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Rev. Enferm. glob. vol.11 no.28 Murcia oct. 2012
11. Piñero S., et al. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. Rev. Nure Investigación, nº 50, Enero – Febrero 2011.
12. Díaz de Rada A. Cultura, antropología y otras tonterías. 2º ed. Madrid: Trotta editorial; 2010.
13. Gómez S. La expresión de la sexualidad e la mujer gestante y puérpera. Tesis doctoral. Universidad Europea de Madrid. Madrid, España 2012
14. Escudero R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y el puerperio. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada, España. 2015.
15. Levin A. Cambios en la actividad sexual durante la gestación. Tesis pregrado. Universidad Abierta Interamericana. Rosario, Argentina 2012.
16. Pichucho G; y Suquillo F. Actividad sexual y modificaciones de la misma en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los centros de salud Unión de Ciudadelas y Pío XII durante los meses de abril a julio de 2015. Tesis pregrado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador 2015.
17. Tarco N. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla de Julio a agosto del 2016. Tesis pregrado. UNMSM. Lima, Perú 2017.
18. Cachique S. Conductas sexuales de gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Tesis pregrado. Universidad Wiener. Lima, Perú 2013.

19. Prada F. Influencia del embarazo en las relaciones coitales de las mujeres que acuden al centro de salud San Joaquín Noviembre 2015 a Enero 2016 – Ica. Tesis pregrado. Universidad Alas Peruanas-Obstetricia. Ica, Perú 2016.
20. Ministerio de salud (MINSA). Salud sexual y reproductiva. Lima, Perú. Actualizado al 2017. Disponible en:
https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10
21. Izquierdo A. Salud sexual y reproductiva. Rev. Cubana Enfermer vol.29 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2013
22. Ministerio de Salud (MINSA). Planifica tu futuro. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Lima, Perú. 2013. Disponible en:
<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/saludsexual.asp>
23. Valencia A. Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al centro de salud Carlos cueto fernandini, año 2015. Tesis pregrado. UNMSMS. Lima, Perú 2015.
24. López Y. Conducta sexual y su influencia con el tiempo de gestación. Tesis maestría. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2015.
25. Organización Mundial de la Salud - OMS. (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
26. Magallanes L; Soares R. Sexualidad en la gravidez. Rev. Ecos de Enfermagem, 2007; (262): 10-11
27. Masters W; Johnson V. Respuesta sexual humana. 1° Ed. Buenos Aires, Argentina. Interamericana (1972). Actualizado al 2016.

28. Berek & Novak's. Gynecology. 14th ed., Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
29. Reece A; Hobbins J. Obstetricia Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2010.
30. Cabero L; Saldivar D. Obstetricia y Medicina Materno-fetal. Ed. Médica Panamericana. 2007.
31. García M. Sexualidad en el Periodo Gestacional Trabajo de fin de grado. Universidad de Cádiz-Enfermería. España, 2014.
32. Rodríguez M. Algunos factores que influyen en el deseo sexual durante la gestación. Universidad de Lisboa. Facultad de Medicina. Lisboa 2009.
33. Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona; 2011. AEEM informa. La Sexualidad en el embarazo y puerperio Disponible en:
http://www.aeem.es/ampliar_informam.asp?id=9

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PRINCIPAL</p> <p>¿Cómo es la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018? • ¿Cuáles son las características de la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018? • ¿Cuál es la actividad sexual según trimestre de embarazo, en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018? 	<p>GENERAL</p> <p>Determinar cómo es la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018. • Determinar cuáles son las características de la sexualidad en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018. • Determinar cómo es la actividad sexual según trimestre de embarazo, en las primigestas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018. 	<p>Por ser un estudio descriptivo de una sola variable, no requiere de hipótesis</p>	<p>Variable Única. Sexualidad en las gestantes.</p> <p>Variable interviniente. Características sociodemográficas: Edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación</p>	<p>Tipo de investigación: Descriptivo – no experimental, de corte transversal, prospectivo.</p> <p>Población y muestra: Constituida por todas las primigestas que acudieron al Hospital Santa María del Socorro de Ica en el mes de Febrero 2018, con un total de 108 primigestas.</p> <p>La muestra se determinó con muestreo no probabilístico, teniendo una muestra de 108 gestantes primigestas casadas y convivientes (con plena actividad sexual), y aquellas que aceptaron participar en el estudio.</p> <p>Técnicas e instrumentos: La técnica utilizada fue la encuesta. Como instrumentos tenemos un cuestionario validado por expertos en el tema que determinan la sexualidad en la primigesta.</p>



“Sexualidad en el periodo gestacional en primigestas que acuden al Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENCUESTA

Buenos días. En esta oportunidad, estoy realizando un estudio para mejorar su calidad de vida, es por eso que le pido a Usted que conteste sinceramente a las preguntas que serán de gran beneficio para su vida y para la institución. Recuerde que esta encuesta es anónima y no tiene por qué escribir su nombre.

I. DATOS GENERALES: Marque la respuesta correcta.

- | | |
|---|--|
| 1. Edad:
a) 16-19 años
b) 20-25 años
c) 26-30 años
d) 31-40 años | 4. Ocupación
a) Ama de casa
b) Trabajo independiente
c) Empleada
d) Obrera
e) Estudiante |
| 2. Lugar de procedencia
a) Costa
b) Sierra
c) Selva | 5. Grado de instrucción
a) Ninguna
b) Primaria
c) Secundaria
d) Superior |
| 3. Estado Civil
a) Casada
b) Conviviente | 6. Trimestre de gestación:
a) 1° Trimestre
b) 2° Trimestre
c) 3° Trimestre |

II. SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL.

Lea detenidamente las preguntas y marque la respuesta que usted considere correcta.

II.1. Características de la sexualidad.

- 1) Cree usted que las relaciones sexuales pueden dañar al feto**
a) Si b) No c) No lo se
- 2) Hasta que etapa de la gestación cree usted que puede tener relaciones sexuales**
a) Los primeros 3 meses b) Hasta el 6to mes c) Durante todo el embarazo.
- 3) Qué posición durante las relaciones sexuales ha sido utilizado mayormente por usted durante el embarazo.**
a) De rodillas b) De costado c) De pie d) Mujer encima e) mujer abajo
- 4) Notó algún problema o molestia provocada por las relaciones sexuales durante el embarazo.**
a) Si b) No

5) Notó Ud. un cambio en el deseo sexual.

- a) Si b) No

6) Cuantas veces tiene relaciones sexuales con su pareja en una semana

- a) 1 vez b) 2 a 3 veces c) 4 a 5 veces d) Todos los días

II.2. Características de la sexualidad

1) Que tan fuerte es su deseo sexual actualmente

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido

2) Su satisfacción sexual actualmente

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido

3) Durante las relaciones sexuales, la humedad de su vagina

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido

4) La frecuencia de relaciones sexuales con su pareja

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido

5) La facilidad de alcanzar el orgasmo

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido

6) La práctica del sexo oral en las relaciones sexuales

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido d) No lo practica.

7) El deseo sexual de su pareja hacia usted.

- a) Ha aumentado b) Es normal c) Ha disminuido

Gracias por su participación.

JUICIOS DE EXPERTOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Mg. JULIA ELSA GARCIA GUTIERREZ

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

'SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, ICA 2018'

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

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

SUGERENCIAS:

.....


JULIA ELSA GARCIA GUTIERREZ
OBSTETRA GINECOLÓGICA
CUP 20047RNE 796-E-01

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Mg. Sirila Holga Cornejo Quispe

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

"SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, ICA 2018."

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Mg. S. Holga Cornejo Quispe
OBSTETRA ESPECIALISTA
C.O.P. N° 2927 - RNE. 1611 - E.C.

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Ma. Juana Diaz Ortiz

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

"SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, ICA 2018."

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....


Juana Diaz Ortiz
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
 OBSTETRA
 HOSP. SANTA MARIA DEL SOCORRO

AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL DONDE SE HA REALIZADO EL ESTUDIO



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



MEMORANDO MÚLTIPLE N° 006 -2018-HSMSI-UADI

PARA : DR. AUDIAS J. PÉREZ AGUIRRE
Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia
ING. CÉSAR PRADA VERA
Jefe de la Unidad de Estadística

ASUNTO : PRESENTACIÓN DE TESISTA

FECHA : Ica, 16 de Marzo del 2018

Me dirijo a usted, para presentar a la tesista Bach. FIGUEROA MALPARTIDA FIORELLA JESUS quien recogerá información para desarrollar la tesis titulada "SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018", para obtener el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Se le agradece brindar las facilidades en el marco de la Ley General de Salud.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA

LIC. OBST. GORINA DORA G. TORRES ROJAS
JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

C.C. Sra. Figueroa
Archivo
CDGTR/J-UADI

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica - Ica



**“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN
PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA
DEL SOCORRO, ICA 2018”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Mediante el presente escrito, declare que he sido informado(a), sobre el presente cuestionario que tiene por objetivo recoger información para determinar la **“SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL EN PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2018”**. Me han solicitado mi consentimiento para la responder las preguntas, orientándome que es absolutamente voluntaria y que se respetaran mis derechos, señalando que los datos que proporcionare se aplicaran solo con fines de estudio, serán de carácter reservado, confidencial, y anónimos.

Por tal motivo doy mi consentimiento para que puedan recoger datos para el tema de investigación, y procederé a responder el cuestionario en forma voluntaria.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

SÁBANA DE DATOS EXCEL

N°	Edad	Proced	Est Civil	Ocupac	Instrucc	Trimestre	SEXUALIDAD PRIMIGESTA												
							CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD						ACTIVIDAD SEXUAL						
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P8
1	3	1	2	2	4	1	2	2	4	2	2	1	1	1	2	3	1	3	3
2	2	1	2	5	4	1	2	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	1	4	1	2	3	5	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2
4	2	1	2	1	3	1	1	1	5	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3
5	2	3	2	2	4	1	2	2	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	3
6	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	3	2	2	2	3	2	3	1
7	2	3	2	1	4	1	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
8	2	1	2	1	4	1	2	2	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1
9	1	1	2	1	3	1	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
10	1	1	2	1	3	1	1	2	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
11	1	1	1	5	4	1	2	3	5	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2
12	2	1	2	1	3	1	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1
13	2	2	1	2	3	1	3	1	5	1	2	1	3	2	2	3	3	3	2
14	1	1	2	5	3	1	3	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
15	2	1	2	1	3	1	1	2	5	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3
16	3	1	1	2	4	1	2	3	4	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2
17	2	1	1	2	4	1	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
18	2	1	1	2	3	1	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1
19	2	1	2	5	4	1	1	1	5	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1
20	2	1	2	5	4	1	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	3	1	2	2	4	1	2	3	5	2	1	2	1	1	2	2	3	3	2

22	1	1	2	5	4	1	3	1	5	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
23	2	1	2	1	3	1	3	1	5	2	1	2	1	1	2	2	2	3	2
24	2	1	2	1	4	1	3	2	5	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2
25	2	1	2	5	4	1	3	1	4	2	1	1	3	3	2	3	3	2	2
26	2	1	2	1	3	1	2	2	4	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1
27	4	1	1	1	3	1	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	3	3	3
28	3	1	1	1	4	1	2	2	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1
29	2	2	2	1	3	1	2	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	2
30	2	1	2	1	3	1	1	1	5	2	1	1	3	3	3	3	3	3	2
31	2	1	2	1	3	1	1	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
32	1	1	2	1	3	1	3	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
33	2	1	1	2	4	1	2	3	5	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
34	2	1	2	1	4	1	1	1	5	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2
35	2	1	1	1	3	1	1	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	2	1	1	5	4	1	2	2	5	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
37	3	3	2	1	3	2	2	2	5	1	1	2	1	2	3	2	2	2	1
38	1	1	2	5	3	2	3	2	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
39	2	1	2	1	3	2	2	3	5	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1
40	2	1	2	1	4	2	1	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
41	2	1	2	1	4	2	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
42	2	1	2	1	3	2	2	2	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
43	3	1	1	1	4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	3	2
44	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	3	3	2	3	3	2
46	2	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2
47	2	1	2	5	4	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2

48	2	1	1	2	4	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
49	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1
50	2	1	1	1	4	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2
51	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
52	2	1	2	1	3	2	1	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
53	1	1	2	1	4	2	2	3	2	2	1	2	1	1	2	2	1	3	2
54	2	1	2	5	4	2	2	3	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2
55	2	1	2	5	4	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	2
56	3	2	1	2	3	2	1	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
57	3	1	2	1	4	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	3	2
58	3	1	1	2	4	2	2	3	2	1	1	2	1	1	3	2	1	2	2
59	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2
60	1	1	2	1	3	2	2	3	5	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2
61	1	1	2	1	3	2	2	2	5	1	1	1	3	3	2	3	3	3	2
62	2	1	2	1	4	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	3	1
63	1	1	2	1	3	2	1	3	5	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2
64	2	1	2	1	4	2	2	3	5	2	2	1	3	2	2	3	3	3	2
65	2	1	2	5	4	2	1	1	5	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3
66	2	1	2	1	3	2	3	3	5	1	1	1	1	3	2	2	3	3	1
67	2	1	2	1	3	2	3	2	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
68	3	1	2	1	4	2	2	3	5	2	1	1	3	3	2	3	3	3	3
69	2	1	2	1	3	2	2	3	4	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
70	2	1	1	1	3	2	1	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1
71	4	2	2	1	3	2	2	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
72	2	2	2	1	4	2	2	1	5	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2
73	2	1	2	1	4	3	1	1	5	2	1	2	3	3	2	3	1	3	1

74	1	1	2	1	4	3	1	2	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
75	2	1	1	1	4	3	2	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	1
76	2	1	2	1	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3
77	2	1	1	1	4	3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
78	2	1	2	2	4	3	2	3	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	1
79	4	1	2	1	4	3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
80	3	1	2	1	3	3	2	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1
81	2	1	2	1	3	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3
82	2	1	1	1	4	3	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3
83	2	2	2	2	4	3	1	1	5	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
84	1	1	2	1	3	3	1	1	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
85	3	1	2	1	3	3	3	2	2	1	2	1	3	2	3	3	2	3	2
86	3	2	2	4	4	3	2	3	2	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3
87	2	1	1	1	4	3	1	2	4	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3
88	4	1	2	3	4	3	2	1	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	2
89	2	1	2	1	3	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2
90	3	1	2	1	3	3	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	3
91	2	1	1	2	4	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3
92	1	1	2	1	3	3	1	2	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	2
93	1	1	1	1	3	3	2	2	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	2
94	2	2	1	2	4	3	1	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2
95	2	1	1	1	4	3	1	2	2	1	1	1	3	2	3	3	2	3	3
96	2	1	2	2	3	3	2	3	2	1	1	2	3	2	3	3	2	3	1
97	1	1	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
98	3	1	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
99	4	1	1	1	4	3	2	3	5	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2

100	2	1	1	1	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
101	1	1	2	1	3	3	3	2	4	1	2	1	2	3	3	2	3	3	3
102	1	1	2	1	3	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
103	2	3	2	1	3	3	2	3	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
104	3	1	2	1	3	3	1	1	5	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2
105	2	1	2	1	4	3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	2
106	1	1	1	5	3	3	1	2	4	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3
107	2	1	2	1	3	3	2	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2
108	1	1	2	5	4	3	2	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3