

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“SALUD SEXUAL Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS  
EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA ENTRE JULIO DEL 2015 A FEBRERO DEL 2016”  
TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Ana Claudia Menéndez Pinto**

**Para optar por el Título Profesional de:**

**MEDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ**

**2016**

## RESUMEN

**Introducción:** La sexualidad está influenciada por especulaciones de la sociedad; y en la gestante tiene gran rechazo, además que por los cambios que ella sufre, puede estar más expuesta a sufrir de disfunción sexual.

**Objetivos:** Determinar la salud sexual e identificar las características epidemiológicas de las gestantes encuestadas en el Hospital Hipólito Unanue de julio 2015 - febrero 2016.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, diseño descriptivo, corte transversal. La población estuvo conformada por 300 gestantes encuestadas en el servicio de obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados:** La edad promedio fue 27,32 años, la mayoría entre 18 - 23 años. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 19,33 años. Se muestra a favor del coito durante la gestación (70,33%), no creen en mitos sobre ello (76,33%). Durante la gestación hay disminución de la frecuencia de relaciones sexuales (15 a 4 coitos/mes) y una disminución en el índice de función sexual femenina (16,2); se compromete: Orgasmo (2,44), Excitación (2,44) y deseo sexual (2,7).

**Conclusiones:** Hay disminución de la función sexual durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre; los dominios más comprometidos son: el deseo, excitación y orgasmo; se evidencia disminución en la frecuencia de relaciones sexuales. Las gestantes del estudio en su mayoría son jóvenes; no creen en mitos sobre la sexualidad; y aprueban las relaciones sexuales durante la gestación. Existe asociación entre la función sexual y la edad de la gestante.

**Palabras clave:** gestación, función sexual femenina.

## ABSTRACT

**Introduction.** Sexuality is influenced by society's speculations; and the pregnant has great rejection, besides by the changes she suffers, may be more at risk of sexual dysfunction.

**Objectives:** Determine sexual health and identify surveyed pregnant women's epidemiological characteristics in Hipolito Unanue's Hospital since July 2015 to February 2016.

**Materials y methods:** Observational study, descriptive design, cross-section. Population consisted of 300 pregnant women surveyed in Hipolito Unanue's Hospital obstetrics service in Tacna who met the inclusion and exclusion criterion.

**Results:** The average age was 27.32 years, most between 18 to 23 years. The first sexual intercourse's average age was 19.33 years. It's in favor of intercourse during pregnancy (70.33%) don't believe in myths about it (76.33%). During pregnancy there is a decrease in the frequency of sexual intercourse (15-4 coitus/ month) and a decrease in the rate of female sexual function (16.2); agrees: Orgasm (2.44) Excitation (2.44) and sexual desire (2.7).

**Conclusions:** There's a decreased sexual function during pregnancy, especially in the first quarter; the most committed domains are: desire, arousal and orgasm; evidenced decrease in the frequency of sex. Study's pregnant women are mostly young; they don't believe in myths about sexuality; and condone sex during pregnancy. There is an association between sexual function and the age of the mother.

**Palabras clave:** pregnancy, female sexual function.

## DEDICATORIA

*Dedico el presente trabajo a mis padres Ana y Jorge; que siempre han estado allí para ayudarme y guiarme, me han servido de soporte y siempre han tenido para mí una palabra de aliento para seguir adelante, y darme un impulso cuando sentía que me flanqueaban las fuerzas.*

*A mi hermana María Fernanda, por el gran apoyo que me ha brindado a lo largo de mi vida.*

*A mis amigos y maestros, los cuales me han brindado grandes experiencias y aprendizajes, no solo de forma académica, sino también experiencias de vida.*

*Les dedico el presente trabajo de investigación*

### **AGRADECIMIENTO**

*A mi familia; por su apoyo incondicional durante la realización de este trabajo*

*Al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, a quien considere una segunda familia en mi periodo de internado, y quienes amablemente me prestaron ayuda en lo que necesitaba para llevar a cabo mi tesis.*

*A mi amigo incondicional, quien estuvo allí para apoyarme no solo en la realización de mi tesis sino también en mi desarrollo universitario, dándome palabras de aliento y fuerzas para seguir adelante*

*A todos ellos.*

*Eternamente gracias.*

## INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN</b>   | <b>2</b>  |
| <b>ABSTRACT</b>  | <b>3</b>  |
| <b>DEDICATORIA</b>   | <b>4</b>  |
| <b>AGRADECIMIENTO</b>  | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>7</b>  |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>                        | <b>9</b>  |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>                             | <b>15</b> |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES</b> | <b>38</b> |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN</b>                    | <b>41</b> |
| 4.1. DISEÑO  | 41        |
| 4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO   | 41        |
| 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA   | 43        |
| 4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS                              | 44        |
| 4.5. ASPECTOS ÉTICOS   | 47        |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS</b>                 | <b>48</b> |
| RESULTADOS   | 49        |
| DISCUSION  | 67        |
| CONCLUSIONES   | 73        |
| RECOMENDACIONES  | 75        |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>  | <b>76</b> |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>79</b> |

## INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad los temas relacionados a sexualidad siguen siendo tabú, y muchas veces se mantienen influenciados por especulaciones y mitos de la propia cultura; si esto ocurre en condiciones habituales, no es de extrañar que en la gestante el tema reciba un mayor rechazo de la sociedad.

La sexualidad y las relaciones sexuales son innatas en la persona, el ser humano es un ser social, y tienen la necesidad de relacionarse con otros, este aspecto ha llevado a la realización de múltiples investigaciones dirigidas al estudio de la sexualidad humana, gracias a ellas podemos saber que la respuesta sexual humana es un proceso en el que interactúan varios factores; y que la alteración de uno de ellos podría frustrarla, generando problemas en la persona. Esto es importante, ya que la gestante pasa por un largo proceso de acondicionamiento de su mismo cuerpo para poder albergar y satisfacer las necesidades de un nuevo ser, estos cambios pueden conllevar a que se alteren varios ámbitos de su vida, incluyendo su vida sexual; esto puede repercutir profundamente no solo en ella misma, sino también en su relación de pareja e incluso en el propio feto. Esto se ha demostrado en varios trabajos; uno de los más recientes realizado en Brasil donde se aprecia que la incidencia de disfunción sexual en gestantes llegó a triplicarse con respecto a la presentada antes de la gestación. Ya sea por cambios físico – psicológicos, o por factores culturales; es evidente que hay un significativo incremento en incidencia de disfunción sexual en la población de gestantes.

En el Perú, se registra alrededor de 396,839 partos en el 2011, solo en Tacna se registraron 4537 partos ese mismo año; la población de gestantes es un grupo grande que conlleva varios riesgos y es imprescindible brindarle una adecuada

atención y control, de forma integral tratando de satisfacer y mejorar su calidad de vida.<sup>1</sup>

Los problemas de sexualidad pueden afectar profundamente la integridad de la familia, y esto repercute en la misma persona, experimenta sentimientos de culpa, atenta directamente contra su autoestima, causa conflictos dentro de su familia, incluso puede llegar a la violencia familiar, que es un problema frecuente en la sociedad, pero lamentablemente es enmascarado y muchas veces no es denunciado.<sup>2</sup> Sin embargo todos estos problemas pueden ser solucionados simplemente dando una adecuada información y consejería no solo a la gestante sino también a la pareja.

El Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, cuenta con un servicio de Gineco – Obstetricia, en el que se brinda atención integral a la Gestante; solo en el 2014 se registraron 3306 partos en el nosocomio; y más de 9 mil atenciones en consultorio externo de obstetricia. La sexualidad, como tema de estudio presenta muchas limitaciones en la obtención de la información, ya sea por el nivel cultural de la persona y la negativa de hablar sobre el tema, sin embargo es preciso contar con la información, ya que como se ha expuesto es una situación minimizada y rechazada por muchos; como profesionales de salud, debemos contar con todos los recursos disponibles para poder brindar una adecuada atención que satisfaga todas las necesidades de nuestros pacientes, para lograr mejorar su calidad de vida.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. 2011

<sup>2</sup> Vladislavovna Doubova S, Pámanes González V, Billings D, Torres Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev Saúde Pública 2007;41(4):582-90



# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Si hablamos de salud sexual la OMS la define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"; hablamos de una alteración en la salud sexual de la persona si es que hubiera alguna disfunción o incapacidad en alguna de las áreas de la sexualidad; El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions clasificó 6 tipos de trastornos que llevan a disfunción sexual y por lo tanto a un deterioro de la salud sexual ( alteraciones en el deseo, trastorno de la excitación, trastorno de la lubricación, falla orgásmica, falta de satisfacción y/o dolor sexual); posteriormente Rosen y cols desarrolló un instrumento que cumplía con la clasificación de la International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions , que servía para medir la función sexual de la mujer y valorar los posibles trastornos en cada área de la sexualidad.

En la actualidad, se han enfocado estudios sobre las relaciones sexuales y la presencia de algún tipo de disfunción en distintos grupos, sin embargo pocos son los trabajos que enfoquen la salud sexual de una mujer gestante. Según Bridges, la satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer; múltiples estudios concuerdan con que la satisfacción sexual de la mujer está relacionada a diversos factores; muchas veces la falta de alguno de ellos puede llevarla a una disfunción sexual. Este factor se

agrava más en la gestante, que pasa por una gran variedad de cambios tanto físicos, como psicológicos, emocionales y hormonales; lo cual afecta el desarrollo de una adecuada relación sexual.<sup>3</sup>

En nuestro país, hay muy pocos estudios sobre sexualidad en gestante. Según lo describe Gómez et al: “El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su pareja; así mismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella”. Esto es un problema no solo para la gestante, en quien este aspecto puede causar a una disfunción sexual y depresión, sino también en la pareja, que se ve limitada o tiene temores y paradigmas sobre mantener relaciones sexuales con su pareja embarazada. Muchas veces este problema es subestimado, debido a que en la actualidad en nuestro país hablar sobre sexualidad aún se considera un tabú lo que ocasiona que problema no pueda ser abordado y a largo plazo puede afectar a la paciente.<sup>4</sup>

La disfunción sexual es un problema que no exceptúa a ningún grupo poblacional, pueden acarrear problemas no solo porque puedan deberse a problemas físicos y biológicos, sino también representa un estigma psicológico y social, es una fuente de problemas no solo personales sino también en el ámbito de pareja, por lo cual es factible investigarlo en la embarazada, en vista a los múltiples cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales por los que pasas por un tiempo prolongado, los cuales podrían contribuir a una posible disfunción sexual. Estos conocimientos son útiles para poder analizar la situación actual de la gestante, evaluándola de forma integral y aportando nuevos enfoques, para lograr satisfacer todas las

---

<sup>3</sup> Bridges, S.K., Lease, S.H. y Ellison, C.R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling y Development*, 82 (2), 158-166.

<sup>4</sup> Gómez López E, Aldana Calva E, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana* (2006) Vol. 14 No. 2, pp. 28-35

necesidades, ya que por su misma condición de gestante, muchas veces se priorizan ciertas condiciones dejando de lado otras, las cuales pueden afectar directa o indirectamente la salud de la gestante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo es la salud sexual y cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes encuestadas en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue entre julio del 2015 a febrero del 2016?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la salud sexual e identificar las características epidemiológicas de las gestantes encuestadas en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue entre julio del 2015 a febrero del 2016

### **1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO**

1. Determinar las características epidemiológicas de las gestantes encuestadas en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue entre julio del 2015 a febrero del 2016.
2. Analizar si existen cambios en la función sexual de la embarazada con respecto a su vida habitual.
3. Identificar las áreas de la sexualidad más afectadas de la mujer durante la gestación.
4. Conocer los paradigmas de las gestantes sobre la sexualidad durante el embarazo.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La salud sexual en la gestante es un tema minimizado considerado tabú por la sociedad, incluida la misma gestante, es debido a esta causa que muchas de ellas desconocen lo que pueden o no pueden hacer, alterando así su vida sexual, esto conlleva en ellas problemas, que pueden involucrar también la estabilidad de su familia, al poder tener problemas de pareja. Actualmente en nuestra localidad e institución no se encuentran datos sobre el nivel de función sexual de nuestras gestantes es por eso que el siguiente trabajo aportara:

A nivel institucional, nos brindará datos sobre cómo se encuentra la función sexual de las gestantes que serán encuestadas, a través de la puntuación obtenida por el índice de función sexual que se les aplicará, de igual forma obtendremos las características epidemiológicas de este grupo de gestantes encuestadas y los conocimientos que poseen sobre sexualidad; de esta forma servirá para poder direccionar herramientas o métodos para impartir una buena educación sexual y ayudar a que logren tener una función sexual ideal.

A nivel personal, como médico en formación es importante tener en cuenta la salud integral del paciente, en este trabajo se tomó un tema considerado tabú tanto por el personal de salud y por el paciente, del cual se sabe poco al no ser muy estudiado, para así poder tener conocimiento de la situación actual en la que se encuentran las gestantes con respecto a su sexualidad.

#### **1.5. DEFINICION DE TÉRMINOS**

El siguiente trabajo se enfocará principalmente al estudio de la función sexual en el grupo de gestantes encuestadas, para lo que se definen los siguientes términos:

- **Función Sexual:** Es la integración armónica del sexo (netamente biológico) con la sexualidad (que se manifiesta mediante la actitud psicológica frente al sexo e implica, al mismo tiempo, la expresión de sentimientos).<sup>5</sup>
- **Sexualidad:** Un aspecto central del ser humano, 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.<sup>5</sup>
- **Coito:** se refiere al acto sexual, biológicamente funcional a la reproducción, en que entran en contacto los genitales de los participantes.<sup>6</sup>
- **Deseo sexual o líbido:** Energía sexual que es la base de las distintas manifestaciones de la sexualidad y de la obtención de placer.<sup>6</sup>
- **Excitación sexual:** Se conoce como la acción de provocar cambios mentales y físicos en el cuerpo que preparan y facilitan a la persona para que se produzca la relación sexual.<sup>7</sup>
- **Lubricación:** segregación del flujo vaginal, un líquido viscoso segregado por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina con diversos fines. La lubricación de los labios, en cambio, se debe a las glándulas de Bartolino. Relacionada con la excitación femenina, es el equivalente a la erección masculina.<sup>6</sup>
- **Orgasmo:** Culminación, punto máximo de la excitación sexual, masculina o femenina. resultando en contracciones musculares rítmicas en la región pélvica caracterizadas por el placer sexual. A menudo se

---

<sup>5</sup> Cerviño, M., Hernández, G., Moruno, T., Varilla, M., Moral, M., Lorenzo, A. y Blaya, R. (2009). La sexualidad humana. En: Coeducación: dos sexos en un solo mundo. [Curso online]. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de España. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF).

<sup>6</sup> Thomas Lathrop Stedman. Diccionario de ciencias medicas. 25ª. Edición. Maryland. 1993.

<sup>7</sup> ecured.cu. excitación sexual. Cuba: Ecured. 2011. Disponible en:

[http://www.ecured.cu/Excitaci%C3%B3n\\_sexual](http://www.ecured.cu/Excitaci%C3%B3n_sexual)

asocian con otras acciones involuntarias, incluyendo espasmos musculares en múltiples áreas del cuerpo, una sensación de euforia en general y, frecuentemente, se exteriorizan movimientos del cuerpo y vocalizaciones.<sup>6</sup>

- **Satisfacción:** La satisfacción es un estado de la mente, generado por una mayor o menor, según corresponda, optimización de la retroalimentación cerebral, por la cual las diferentes zonas cerebrales compensan el potencial energético dando una sensación de plenitud.<sup>13</sup>
- **Dispareunia:** Es el coito doloroso tanto en mujeres como en hombres.<sup>6</sup>
- **Disfunción sexual:** Dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.<sup>6</sup>
- **Paradigma:** Es el resultado de los usos, y costumbres, de creencias establecidas de verdades a medias; un paradigma es ley, hasta que es desbancado por otro nuevo.<sup>26</sup>

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**Castro et al (2013) “Prevalencia de disfunción sexual en primigestas, Municipio de Río Branco”**, realizó un estudio en Río Branco en Brasil, en el cual buscaba estimar la incidencia de disfunción sexual en primigestas, antes y durante el embarazo; entrevistó a 778 primigestas; encontrando una prevalencia del 23.9% de disfunción sexual antes del embarazo, y del 67.7% durante el embarazo. Antes de la gestación los principales factores eran: falta de deseo sexual (20.2%), dispareunia (1,2%), e insatisfacción sexual (3.3%); esto empeora en la gestación donde: la falta de deseo sexual llega a 51%, la dispareunia fue de 14.4%, la disminución de lubricación de 29.1%, y la insatisfacción sexual aumento a 10.8%. encontrándose una disminución de la función sexual en el primer embarazo.<sup>8</sup>

De forma similar, en el trabajo realizado por **Kuljarusnont et al (2011) “prevalencia de disfunción sexual en gestantes tailandesas”** en Tailandia, encontraron una gran porcentaje de disfunción sexual durante el embarazo, se determinó una constante alteración en la función sexual durante todo el periodo de gestación; la prevalencia de disfunción sexual fue del 90.8%; durante el primer trimestre la prevalencia fue de 58.1%, durante el segundo trimestre fue de 61.5% y en el tercer trimestre fue de 88.7%. Los índices de disfunción sexual

---

<sup>8</sup> Castro de Lima A., Geromel Dotto L., Villeta Mamede M. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1544-1554, ago, 2013.

van aumentado conforme avance la edad gestacional; además en este estudio también se evidenció una disminución en la frecuencia de relaciones sexuales y el cambio en las posición de preferencia de la relación sexual.<sup>9</sup>

**Contreras (2010) “Estudio del Comportamiento de la Función Sexual en Mujeres Embarazadas.”:** encontró en su trabajo que antes de su embarazo las pacientes manifestaron tener una frecuencia de relaciones sexuales alta (52,5%); un deseo sexual medio (37,5%) y un patrón del ciclo sexual monorgásmico (70%). Durante el embarazo la frecuencia sexual disminuyó progresivamente de un nivel medio durante el primer trimestre (46,25%), hasta el cese de toda actividad sexual durante el tercer trimestre (36,25%); igualmente el nivel de deseo sexual fue bajo a lo largo de los tres trimestres de gestación y el patrón del ciclo sexual fue monorgásmico (50,99%). El miedo a ejercer la función sexual se presentó en 63,75% de las gestantes. Determinó que el embarazo modifica la conducta sexual de las mujeres, altera el deseo sexual y hace más difícil la obtención del orgasmo en la medida que avanza el estado gestacional.<sup>10</sup>

**Piñero et al (2010) “Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo.”,** evidenció que el interés sexual permanece constante durante el primer y segundo trimestre, disminuyendo en el tercero. En general las relaciones sexuales sufren una disminución a lo largo del embarazo siendo más marcadas en el tercer trimestre, aunque prácticamente todas se

<sup>9</sup> Kuljarusnont S., Russameecharoen K., Thitadilok W. Prevalence of Sexual Dysfunction in Thai Pregnant Women. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. October 2011, Vol. 19, pp. 172-180

<sup>10</sup> Contreras T. Iris. Estudio del Comportamiento de la Funcion Sexual en Mujeres Embarazadas. Barcelona: Universidad de Oriente Núcleo Anzoategui. 2010



encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual, además encontró que una parte de las encuestadas aumenta su interés y mejora su vida sexual.<sup>11</sup>

En el trabajo realizado por **Lima et al (2009) “prevalencia de disfunción sexual durante la gestación”**; en Sao Paulo, se encontró que hay una alteración en la función sexual durante el embarazo, caracterizada por una disminución significativa de todos los ítems del FSFI (Female Sexual Function Index) tanto en embarazadas adultas como en adolescentes, los resultados mostraron que la función sexual tiene un patrón similar en el primer y segundo trimestre, teniendo una significativa disminución que lleva a una disfunción en el tercer trimestre, sin embargo las gestantes adolescente mostraron mejores índices de función sexual en comparación a las adultas; la disfunción sexual entre las mujeres embarazadas fue en adolescentes: 40.8% en el primer trimestre, 31.2% en el segundo trimestre, y 63.2% en el tercer trimestre; y en las mujeres adultas fue de : 46.6% en el primer trimestre, 34.2% en el segundo trimestre, y de 73.3% en el tercer trimestre.<sup>12</sup>

En el trabajo realizado por **Cutipa et al (1998), comportamiento sexual durante el embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de octubre a diciembre de 1998”**, se evidencio un gran porcentaje de estantes jóvenes siendo más predominante el grupo de 20 a25 años de edad; en su mayoría convivientes (65.5%), con grado de instrucción secundaria (62%); además

<sup>11</sup> Piñero Navero S, Alarcos Merinio G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Inv. 2011 Ene-Feb.; 8(50).

<sup>12</sup> Lima Leite A, Salles Campos A, Cardoso Dias A, Mahmed Amed A, De Souza E, Camona L. Prevalence of Sexual Dysfunction During Pregnancy. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(5): 563-8

muestran aprobación en mantener relaciones sexuales durante el embarazo (58.5%); mantenían relaciones sexuales hasta el tercer trimestre de embarazo, y en un 58% presentaron disminución del deseo sexual, 39 % se encuentran insatisfechas; y un 59% presento una disminución importante en su sexualidad.<sup>13</sup>

En el trabajo de **Gonzales et al (1989) “comportamiento sexual femenino durante el embarazo en el Hospital Integrado de Ilo”**, se evidenció que el grupo mayoritario era comprendido por gestante de entre 26 a 30 años de edad, en su mayoría convivientes (50,43%), con grado de instrucción de secundaria; 78,63% desaprueban tener relaciones coitales en la gestación; solo un 38,46% mantenía relaciones sexuales durante la gestación, reportando un promedio de 9 coitos por mes.<sup>14</sup>

En el trabajo de **AMBIA (2001) “comportamiento sexual femenino en el embarazo en el centro de salud La Natividad”**, se encontró que la mayoría acepta las relaciones sexuales en el embarazo (56,5%); el deseo sexual decrece paulatinamente con forme avanza la gestación de la misma forma que el orgasmo; antes de la gesta las gestantes tenían un promedio de 7 a 10 coitos por mes; disminuyendo a 3 a 6 coitos por mes.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Cutipa S, Melendez, L. “comportamiento sexual durante el embarazo en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna de octubre a diciembre de 1998”.

<sup>14</sup> Gonzales, S. “comportamiento sexual femenino durante el embarazo en el Hospital Integrado de Ilo”, ILO 1989

<sup>15</sup> Ambia, J. Comportamiento Sexual Femenino durante el embarazo en el Centro de Slud la Natividad Julio 2000 – Junio 2001

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. SALUD SEXUAL Y SEXUALIDAD:**

La sexualidad es un aspecto fundamental de los seres vivos, nos acompaña desde los primeros pasos que dimos sobre la tierra, y en la actualidad los problemas relacionados con ella son subestimados tanto por el personal de salud, así como por el mismo afectado.

La sexualidad es definida por la OMS como un aspecto central del ser humano, que a lo largo de su vida que 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. De esta forma, la sexualidad es individualizada de acuerdo a la persona y la libre expresión de ella, sin alteraciones ni represiones se refiere a la salud sexual.

La salud sexual es definida por la OMS como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Para la realización de una adecuada sexualidad debe haber una relación armónica entre un bienestar integral del individuo, y la libertad para ejercer su sexualidad, para lo cual hay leyes que lo amparan, entre ellos se pueden citar:

- Derecho a un alto nivel de salud sexual, que incluye la facilidad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

- Poder buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad.
- Educación sobre sexualidad.
- Respeto por la integridad corporal.
- Libre elección de pareja.
- Decidir ser sexualmente activo o no.
- Relaciones sexuales de mutuo acuerdo.
- Matrimonio consensual.
- Decidir si, y cuando tener hijos.
- Llevar una vida sexual satisfactoria, placentera y segura.

De todo lo expuesto podemos recalcar que para el logro de una adecuada salud sexual, debe haber una activa comunicación entre la persona y el personal de salud, el cual debe resolver los problemas de las personas y facilitarle la información necesaria para que ella pueda ejercer plenamente su sexualidad.<sup>16</sup>

### **2.2.2. SEXUALIDAD:**

La sexualidad no es una cualidad innata en la persona, sino que se va forjando con el paso de los años y las vivencias del individuo; de esta forma la sexualidad depende de las características psíquicas, físicas y biológicas de la persona, de la existencia o no de la pareja, el contexto sociocultural donde se desarrolle el individuo, etc. Es por eso que la sexualidad es un componente complejo de la persona que abarca diferentes niveles de la misma:

**2.2.2.1. Dimensión psíquica:** La sexualidad tiene estrecha relación con la formación de la personalidad de la persona; es así como la

identidad sexual forma parte de la identidad general que identificara a la persona. La regulación del deseo sexual, la búsqueda del placer y la satisfacción sexual constituyen una de las motivaciones más importantes de la existencia humana en todas las edades. En la medida en que no tiene prefijados sus destinos, este sentimiento de búsqueda de satisfacción puede ser derivado de otros fines y constituye en una de las principales fuentes de creatividad. Por lo cual la esfera psíquica juega un rol muy importante en la ejecución de las relaciones sexuales.<sup>17,18</sup>

**2.2.2.2. Dimensión Social:** el ser humano es un ser social, las relaciones interpersonales y la necesidad de interactuar con otros son elementos innatos de cada persona. En el terreno de las relaciones interpersonales, la sexualidad constituye una de las formas privilegiadas de comunicación en relación con la intimidad, donde se transmiten los principales afectos como el amor, el enamoramiento, la atracción, el cariño, el apego, etc.

**2.2.2.3. Dimensión físico/biológica:** La dimensión físico/biológica es crucial en distintos ámbitos de la vida sexual, como son: la procreación, el deseo sexual, la respuesta sexual, etc. Todos ellos están influenciados por la anatomía sexual. Así mismo la alteración física o fisiológica (del funcionamiento), puede acarrear distintos trastornos sexuales o enfermedades, que afecten a la vida sexual de la persona. A diferencia de las otras especies, la evolución intelectual de la persona acarreo múltiples cambios en ella, y la finalidad de la reproducción

varía con esta, ahora no hablamos de las relaciones coitales como medio de procreación y sobrevivencia de la especie, las necesidades del ser humano cambiaron con el pasar de los siglos debido a que ya no nos encontramos en el estado de necesidad de procrear para evitar la extinción (actualmente ocurre todo lo contrario). Por ello, la reproducción, por su propia evolución, debe entenderse no como una obligación de las mujeres, sino como una opción libre y voluntaria. Esta última afirmación se convierte en un desiderátum, puesto que la fecundidad humana siempre ha estado sometida a manipulaciones de carácter sociopolítico.<sup>17</sup>

### **2.2.3. RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

La respuesta sexual humana se refiere a la serie de cambios fisiológicos por los que pasa el organismo cuando el individuo está bajo la influencia de estímulos que desencadenen respuestas específicas que potencialmente pueden desencadenar en el orgasmo.

A lo largo de los últimos años han aparecido diferentes modelos para definir la respuesta sexual humana. A principios de la década de 1950, **Masters y Johnson**, tras estudiar la fisiología y psicología sexual humana, desarrollaron el modelo sexual lineal tanto para hombres como para mujeres, con estadios secuenciales de excitación, meseta, orgasmo y resolución.<sup>19</sup>

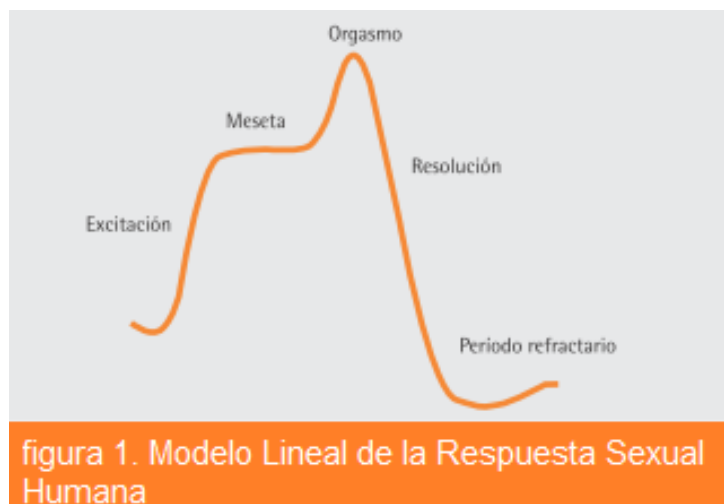


figura 1. Modelo Lineal de la Respuesta Sexual Humana  
fuente: Gutierrez Teira, B. La Respuesta Sexual Humana. AMF 2010;6(10):543-546

### 2.2.3.1. FASES DEL CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Como Se observa en la imagen anterior la respuesta fisiología del cuerpo humano a la estimulación sexual se ha dividido en 5 fases:

- a) **FASE DE DESEO:** En la fase de deseo sexual se distingue el impulso sexual (o drive en la literatura americana), sensación física de estar sexualmente necesitado, urgencia sexual, el individuo siente deseos de estar con su pareja. Este impulso está mediado por hormonas tales como la testosterona, algunos neuropéptidos y feromonas. Podría considerarse una respuesta más bien de carácter instintivo.

Este impulso se ve afectado negativamente por la dieta, el estrés, las enfermedades tanto crónicas como agudas, y por la depresión. La percepción del impulso tiene una enorme variación individual así como de género. El impulso sexual es habitualmente más pronunciado en el hombre.

El otro componente del deseo sexual es la motivación psicológica, estando condicionado por los sentimientos internos de afecto y de amor, así como por los estímulos externos, tales como los atributos físicos del individuo, su forma de comunicarse, los olores, el lenguaje corporal, etc. Se produce expectación consciente de la manifestación sexual, pero en cierta medida modulada por las normas sociales y culturales imperantes. La motivación psicológica puede verse afectada por las respuestas emocionales como tabúes, fobias. También presenta una enorme variación individual y de género.<sup>20</sup>

**b) FASE DE EXCITACIÓN:** Durante la fase de excitación se produce una gran vasodilatación del área pelviana. En la mujer, principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores. Esto se traduce en una lubricación importante de la vagina y del introito vaginal.

El clítoris aumenta de volumen, se produce una erección de los pezones. Luego se produce una expansión del tercio superior de la vagina, con elevación del útero. En algunas mujeres suele producirse un rubor sexual, enrojecimiento de la cara anterior del tronco.



En el hombre, la vasocongestión del área genital lleva a la erección del pene, se produce un endurecimiento y cambio del ángulo de presentación del pene, dada por el llene sanguíneo de los cuerpos cavernosos. El aumento de tamaño del glande, está dado por el llene sanguíneo del cuerpo esponjoso. También suele producirse una erección de los pezones y rubor sexual.<sup>20</sup>

- c) **FASE DE MESETA:** En la fase de meseta se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Estos cambios consisten en la aparición de tono parasimpático mantenido y vasocongestión máxima. También se produce miotonía con aumento del tono muscular. Hay un aumento de la presión arterial (PA), de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardíaca (FC).

En la mujer, aumenta el tamaño del útero, el clítoris se retrae bajo su capuchón, produciéndose su máximo crecimiento. Hay dilatación de los músculos vaginales, produciéndose la plataforma orgásmica y se produce cambio de color de los labios. Estos cambios son indicación de un orgasmo inminente.

En el hombre, los cuerpos esponjosos llegan a su máxima plétora sanguínea, produciendo aumento considerable de volumen y rigidez del pene. Se produce secreción de las glándulas de Cowper, responsables de la lubricación. Hay elevación y crecimiento testicular.<sup>20</sup>

- d) **FASE DE ORGASMO:** La fase orgásmica lleva a una serie de cambios generales en el hombre y en la mujer. El tono sexual parasimpático cambia a tono simpático. Se produce el cambio

máximo de la presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca. Comienzan las contracciones rítmicas de los músculos del piso de la pelvis. Apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo. Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrido el orgasmo.

En la mujer se producen cambios en el cuello del útero al dilatarse el orificio cervical externo (OCE) y en la dirección del eje del canal, que se desplaza hacia atrás para sumergir el orificio cervical externo en el lago seminal que se localiza en el fondo del saco vaginal posterior.

Además hay contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica: fascículos pubeocoxígeos del elevador del ano, del útero y del esfínter anal externo. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y espasmo carpopedal (músculos extensores mano y pie)

En el hombre, se produce la eyaculación, contracción del conducto deferente, de la próstata y del conducto eyaculador, con expulsión de semen. Se produce la contracción de los músculos bulbocavernosos, pubeocoxígeos (piso pélvico) y del ano. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y el espasmo carpopedal.<sup>20</sup>

- e) **FASE DE RESOLUCIÓN:** En la fase de resolución se presentan cambios generales que afectan al hombre y a la mujer. Todos los parámetros que se habían visto cambiar como presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca vuelven a

sus valores iniciales. Puede aparecer sudoración en la superficie corporal. Al mantenerse el tono parasimpático genital, permite volver a la fase de excitación con respuesta orgásmica múltiple. Si se restablece el tono parasimpático visceral, el cuerpo se hace insensible a la estimulación erotogénica, apareciendo el período refractario. En la fase de resolución todos los cambios ocurridos en los genitales vuelven a su condición inicial. En la mujer, existe una mayor predisposición a los orgasmos múltiples (tono parasimpático genital). Algunas mujeres presentan una vuelta al tono parasimpático visceral, por lo que presentaría un período refractario.

En el hombre, se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección del pene, hay un regreso de todas las estructuras genitales a su condición inicial. La detumescencia del cuerpo esponjoso produce una disminución del volumen, especialmente el correspondiente al glande.

Existe posibilidad de múltiples orgasmos, sólo si persiste el tono parasimpático genital y la vasocongestión se mantiene. Si no se produce esta persistencia sobreviene el período refractario, el que puede ser corto en la adolescencia (minutos); pero con el transcurso de los años se va alargando, llegando a horas o días.

Si no ocurre orgasmo previo, esto lleva a una vasocongestión pélvica crónica, con una resolución pasiva.

En el hombre se traduce en un cuadro conocido como "bolas azules"; gran congestión testicular, con aumento del paquete

vascular intraescrotal. Esto produce una sensación dolorosa que tarda alrededor de 1 hora en resolverse.

En la mujer, este mismo fenómeno es mucho más frecuente que en el hombre y recibe el nombre de "labios azules", demorándose varias horas en resolverse.

Para el hombre es fácil reconocer la fase orgásmica, por acompañarse de la eyaculación de semen. Sin embargo, en la mujer a veces se da la pregunta ¿cómo saber si fui orgásmica? Se producen espasmo musculares irregulares, contracturas. Hay cambios en la expresión facial. Pueden ocurrir vocalizaciones: jadeos, gemidos, risas, llanto, maldiciones, etc. Luego de producirse un estado de relajación del ensueño sexual, el cuerpo se tensa. Puede venir un abandono de la tensión con ondas de placer localizado en la región pelviana. A veces suele ocurrir pérdida momentánea del conocimiento, con un profundo sentido de relajación, sensación de acabamiento total.<sup>20</sup>

**FIGURA 2. Fases fisiológicas de la respuesta sexual humana**

| Fase              | Órganos genitales   |  | Extragenitales   |
|-------------------|---|--|--|
|                   | Hombre  | Mujer  | Ambos sexos  |
| <b>Excitación</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erección del pene</li> <li>Aumento del tamaño y elevación de los testículos</li> <li>Tumescencia del glande, púrpura</li> <li>Secreción mucóide</li> <li>Secreción prostática y seminal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumescencia del clítoris y labios menores</li> <li>Lubricación vaginal</li> <li>Alargamiento de la vagina</li> <li>Estrechamiento del tercio externo de la vagina</li> <li>Elevación del clítoris</li> <li>Secreción de las glándulas parauretrales de Skene</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erección de los pezones</li> <li>Aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>Elevación uterina</li> <li>Aumento de la ventilación</li> <li>Rubor sexual</li> <li>Aumento de las areolas mamarias</li> <li>Aumento del tono muscular</li> </ul> |
| <b>Orgasmo</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contracción de vesículas, próstata y conducto deferente</li> <li>Contracción de músculo bulbo e isquiocavernoso con salida de líquido seminal</li> <li>Contracción del esfínter anal</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contracción uterina</li> <li>Contracción de la plataforma orgásmica vaginal</li> <li>Contracción del esfínter anal</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Espasmos musculares</li> <li>Aumento de la taquicardia</li> <li>Secreción de oxitocina</li> </ul>   |
| <b>Resolución</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Involución de la erección</li> <li>Periodo refractario</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de la congestión pelviana</li> <li>Pérdida de la tumescencia de clítoris y labios menores</li> <li>Puede retornar a la fase orgásmica</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sudoración</li> <li>Descenso de la presión arterial</li> <li>Descenso de la frecuencia cardíaca</li> <li>Secreción de prolactina</li> </ul>   |

#### **2.2.4. VARIACIÓN DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA**

Recientemente, Basson et al. Definieron el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina (figura 2) en el que hay un feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual (deseo «espontáneo») o, más frecuentemente, puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo (deseo «reactivo»). Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer (sea con orgasmo o sin él), y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada), el relax o el bienestar. Todos estos elementos configuran la predisposición de las mujeres, descrita al principio, a tener posteriores encuentros o actividades sexuales, es decir, son estímulos para pasar de una postura sexual neutra a la excitación y el deseo.

Si el resultado es negativo, como en los casos de dispareunia, disfunción sexual de la pareja, por efecto de medicamentos, etc., se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa.

Algunas mujeres tienen deseo espontáneamente. El espectro es muy amplio entre ellas y se puede relacionar con el ciclo menstrual, con el pico que hay a mitad del ciclo de testosterona y androstendiona. En general, disminuye con la edad y en cualquier edad aumenta con cada nueva relación. El hecho de que el desarrollo del acto sexual en las mujeres no siga un modelo lineal que comienza con el deseo sexual es importante a la hora de hablar de la disfunción sexual femenina. Distintos estudios concluyeron que la causa más común entre las mujeres era el escaso deseo sexual pero en muchos de estos casos se desarrollaría deseo durante el acto sexual.

La correlación en los hombres entre la excitación subjetiva y la congestión genital no se ve en las mujeres. La excitación sexual femenina está modulada por pensamientos y emociones desencadenadas por el estado de excitación sexual.<sup>19</sup>

#### **2.2.5. VARIACIONES EN LA SEXUALIDAD DE LA GESTANTE**

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y se inician precozmente. Dichos cambios son muy variables y están condicionados por los aspectos planteados anteriormente (cambios fisiológicos de la gestante, cambios psicológicos de la pareja y situaciones más relacionadas con aspectos más sociales).

En el PRIMER TRIMESTRE, La primera manifestación materna del embarazo, que es la que ofrece más valor como síntoma es este, es la ausencia de menstruación (amenorrea). La amenorrea gestacional se debe a los cambios hormonales que se instauran como consecuencia del mantenimiento del cuerpo lúteo. Hay un aumento gradual del tamaño del útero.

La contractilidad uterina; las contracciones intermitentes del útero durante el ciclo menstrual continúan en el curso de la gestación y pueden ser percibidas en el inicio del embarazo por la gestante como la misma sensación que experimenta inmediatamente antes de la menstruación. Desde el inicio del embarazo aumenta las secreciones vaginales, lo que se traduce por un aumento de flujo vaginal. Se habla de “perdidas blancas”. En las mamas, las cuales aumentan de volumen debido a la hipertrofia e hiperplasia de las glándulas, y presentan congestión de las venas superficiales a causa de la hiperemia. Los pezones se hacen eréctiles e hipersensibles, y se observa una hipertrofia de las glándulas sebáceas situadas en la areola que los rodea (tubérculos de Montgomery). En etapas más avanzadas de la gestación estas modificaciones se hacen progresivamente más notorias, con un aumento de la grasa.<sup>24</sup>

No es raro que se instauren modificaciones peculiares de los sentidos del gusto y del olfato, las cuales pueden determinar modificaciones del apetito, con deseo intenso de alimentos que la gestante nunca ha ingerido y sensación de repugnancia ante ciertos olores. De la misma forma puede notarse un aumento en la salivación. Son frecuentes las náuseas y los vómitos. Estos suelen ser matutinos, aunque hay embarazadas que los presentan a todas horas, imposibilitando incluso una correcta alimentación, lo que se conoce como hiperémesis gravídica; esto se debe al aumento de la hormona b-HCG durante esta etapa del embarazo. La gestante suele experimentar también distensión abdominal y estreñimiento. Estos trastornos digestivos persisten unas semanas, pero suelen corregirse espontáneamente a los 3-4 meses. Con alguna frecuencia la gestante presenta en este momento fatiga y trastornos del sueño (habitualmente sueño

excesivo). También el carácter de la embarazada puede sufrir algunos cambios, haciéndose más susceptible a las emociones y deprimiéndose su ánimo con cierta facilidad.

Los cambios hormonales, grandes y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias. El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores, pero sí parece coincidente que el primer trimestre de embarazo habitualmente se acompaña de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante. <sup>23,24</sup>

Un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en esta etapa del embarazo. Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor.

Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios. <sup>20,21</sup>

En el SEGUNDO TRIMESTRE, En el aparato genital continúan las modificaciones iniciadas en el primer trimestre. Sus características



generales vienen determinadas por el reblandecimiento y la relajación de los tejidos, su hiperplasia (aumento del número de células) e hipertrofia ( aumento del tamaño celular) así como la hiperemia ( aumento de la vascularización) a este nivel.

El útero sufre de un reblandecimiento progresivo y aumenta de tamaño, se vuelve hiperémico al aumentar sus necesidades circulatorias por la misma hipertrofia e hiperplasia, y para cubrir las necesidades del feto. Durante este periodo la gestante puede experimentar contracciones intermitentes leves conocidas como contracciones de Braxton-Hicks. También hay una hipersecreción cervical que determina la formación del tapón mucoso (espeso, viscoso y opaco) también llamado opérculo. Este tapón ayuda durante el embarazo a impedir que los microorganismos penetren en el útero y es expulsado, junto con unas estrías de sangre, cuando el cérvix se borra al final del embarazo o al principio del parto para posibilitar el paso del feto. Las náuseas y los vómitos van disminuyendo con el transcurso de las semanas, puede haber reflujo esofágico, hipercloridria e hipomotilidad intestinal.<sup>23,24</sup>

Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.<sup>20,21</sup>

En el TERCER TRIMESTRE, se inicia una fase de sobrecarga, caracterizada por una mayor fatigabilidad de la gestante, el gran

responsable de ello es el útero, ya enormemente agrandado para poder albergar al feto que crece día a día, así como el aumento del volumen del líquido amniótico y el desarrollo progresivo de la placenta.

En las últimas semanas del embarazo las contracciones intermitentes del útero aumentan progresivamente en intensidad y frecuencia y pueden llegar a borrar el cérvix. Se reflejan inicialmente con dolor en el bajo vientre para, a medida que se acerca el inicio del parto, localizarse a nivel lumbar. Los movimientos del feto son, al final del embarazo más potentes y pueden incluso ser dolorosos. Las molestias se localizan principalmente en los huesos de la pelvis, donde tiene lugar la separación de la sínfisis púbica, y de las sincondrosis sacroilíacas, lo cual puede llegar a causar dolor e hiperestesia sobre la sínfisis del pubis y las articulaciones sacroilíacas (“artropatía pelviana del embarazo”). Se produce una exageración de la “postura de orgullo”, que puede llegar a provocar lumbalgia intensa especialmente en gestantes que ya padecieron una alteración a este nivel antes de la gestación.<sup>24</sup>

La piel del abdomen aparece muy distendida por el crecimiento fetal hasta el punto de que algunas mujeres presentan estrías por rotura del tejido conectivo subyacente y aumento de las depresiones características (irregulares, onduladas y de color rosado o púrpura), aparece sobre todo en las mamas, el abdomen y los muslos

Muchas gestantes presentan edemas en las extremidades inferiores, puesto que el útero representa en este momento un obstáculo para

la circulación sanguínea, resultando favorecida la dilatación de los capilares y el paso de fluidos desde el interior de los vasos sanguíneos hacia el exterior. <sup>23,24</sup>

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital muchas veces por miedo a desencadenar el parto. La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles. <sup>20,21</sup>

**2.2.4. DISFUNCION SEXUAL:** Es la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.

Las disfunciones sexuales pueden manifestarse al comienzo de la vida sexual de la persona o pueden desarrollarse más adelante. Algunas de ellas pueden desarrollarse paulatinamente con el tiempo, y otras pueden aparecer súbitamente como incapacidad total o parcial para participar de una o más etapas del acto sexual. Las causas de las disfunciones sexuales pueden ser físicas, psicológicas o ambas. <sup>22</sup>

El informe del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction clasificó la Disfunción sexual en:

### **I. Alteraciones del deseo sexual.**

IA) Deseo sexual hipoactivo: es la deficiencia o la ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales, y/o del deseo de realizar la actividad sexual, o receptividad para ella, lo que causa malestar personal.

IB) Aversión sexual: es la aversión fóbica persistente o recurrente al contacto sexual, que incluye su evitación, lo que causa malestar personal.

**II. Alteración de la excitación sexual.** Es la incapacidad persistente o recurrente para llevar a cabo o mantener una excitación sexual suficiente, causante de malestar personal. Puede expresarse como falta de excitación subjetiva o falta de lubricación vaginal, o bien con otras respuestas somáticas.

**III. Alteraciones del orgasmo.** Es la dificultad persistente o permanente para obtener un orgasmo, así como su retraso o ausencia tras una suficiente estimulación sexual y excitación, lo que causa malestar personal.

### **IV. Alteraciones relacionadas con el dolor durante el acto sexual.**

IVA) La dispareunia es el dolor genital persistente o recurrente asociado con el acto sexual.

IVB) El vaginismo es el espasmo involuntario, persistente o recurrente, de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la penetración vaginal, lo que causa malestar personal.

IVC) El dolor no relacionado con el coito es el dolor genital persistente o recurrente inducido por la estimulación sexual no coital.<sup>23</sup>

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Es por eso que el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción.

En algunos casos, para los médicos puede ser necesario llevar a cabo una anamnesis cuidadosa acerca de la función sexual, con especial énfasis en la sensibilidad de la paciente hacia el tema y prestando atención a su grado de comodidad durante el interrogatorio. Los cuestionarios validados, como el Índice de Función Sexual Femenina y la Escala de Distrés Sexual pueden ser herramientas útiles en la evaluación de la función sexual. El elemento básico de la evaluación de la paciente es una historia clínica completa y detallada, que incluya una historia médica y psicosocial, un examen físico y exámenes complementarios orientados a la disfunción. Las pruebas diagnósticas especializadas, como la biotensiometría o los estudios vasculares genitales (ecografía Doppler dúplex), aunque no siempre están indicados, pueden corroborar las impresiones de la evaluación inicial. Hay que recalcar que no debe ignorarse la reacción psicológica secundaria a estos factores orgánicos.<sup>22</sup>

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. HIPÓTESIS:

Al ser un trabajo de tipo observacional no precisa de hipótesis.

#### 3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLES                          | INDICADORES              | CATEGORIAS   | ESCALA  |
|------------------------------------|--------------------------|--|---------|
| CARACTERÍSTICAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS | EDAD                     | 18-23<br>24-28<br>29-33<br>34-38<br>39 – 45  | ORDINAL |
|                                    | ESTADO CIVIL             | Soltera<br>Casada<br>Conviviente   | NOMINAL |
|                                    | CREENCIAS<br>RELIGIOSAS  | Católica<br>Evangélico<br>Adventista<br>Otras  | NOMINAL |
|                                    | GRADO DE<br>INSTRUCCIÓN  | Analfabeta<br>Primaria incompleta<br>Primaria completa<br>Secundaria incompleta<br>Secundaria completa<br>Superior | NOMINAL |
|                                    | TRIMESTRE DE<br>EMBARAZO | I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre   | NOMINAL |
| ANTECEDENTES<br>GINECOLOGICOS      | NÚMERO DE<br>GESTAS      | Primigesta<br>2-4 embarazos<br>>4 embarazos  | ORDINAL |
|                                    | ABORTOS                  | Ninguno<br>1<br>2<br>3<br>>3   | ORDINAL |
|                                    | PARTOS                   | Vaginales  | NOMINAL |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|   |  | Cesáreas  |         |
|   | HIJOS VIVOS  | Sin hijos<br>1-2<br>3-4<br>>4   | ORDINAL |
|   | INICIO DE RELACIONES SEXUALES  | <15<br>15 - 20<br>21 - 25<br>26 - 30<br>>30                           | ORDINAL |
| S<br>A<br>L<br>U<br>D<br><br>S<br>E<br>X<br>U<br>A<br>L | APROBACIÓN DE RELACION COITAL EN GESTACIÓN                                 | SI<br>NO  | NOMINAL |
|   | FRECUENCIA DE RELACION COITAL ANTES DE GESTACION                           | No tiene<br>>15 al mes<br>De 15 a 4 al mes<br>Menos de 4 al mes       | NOMINAL |
|   | FRECUENCIA DE RELACION COITAL EN LA GESTACION                              | No tiene<br>Más de 15 al mes<br>De 15 a 4 al mes<br>Menos de 4 al mes | NOMINAL |
|   | CREENCIAS EN MITOS Y/O TABUS   | SI<br>NO  | NOMINAL |
|   | CREE QUE PUEDE DAÑAR AL FETO TENIENDO RELACION COITAL                      | SI<br>NO  | NOMINAL |
|   | CREE QUE SERA MAL VISTA POR TENER RELACION COITAL DURANTE SU GESTACION     | SI<br>NO  | NOMINAL |
|   | CREE QUE VA EN CONTRA DE SU RELIGION TENER RELACION COITAL EN SU GESTACION | SI<br>NO  | NOMINAL |

|  |  |   |         |
|--|--|---|---------|
|  | DESAPRUEBA<br>SU APARIENCIA  | SI<br>NO  | NOMINAL |
|  | SE SIENTE<br>INCOMODA<br>RELACION<br>COITAL<br>DURANTE SU<br>GESTACION | SI<br>NO  | NOMINAL |
|  | DESEO  | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |
|  | EXCITACIÓN   | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |
|  | LUBRICACION  | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |
|  | ORGASMO  | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |
|  | SATISFACCION   | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |
|  | DOLOR  | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |
|  | FUNCION<br>SEXUAL  | Pre gestación<br>I trimestre<br>II trimestre<br>III trimestre | ESCALA  |

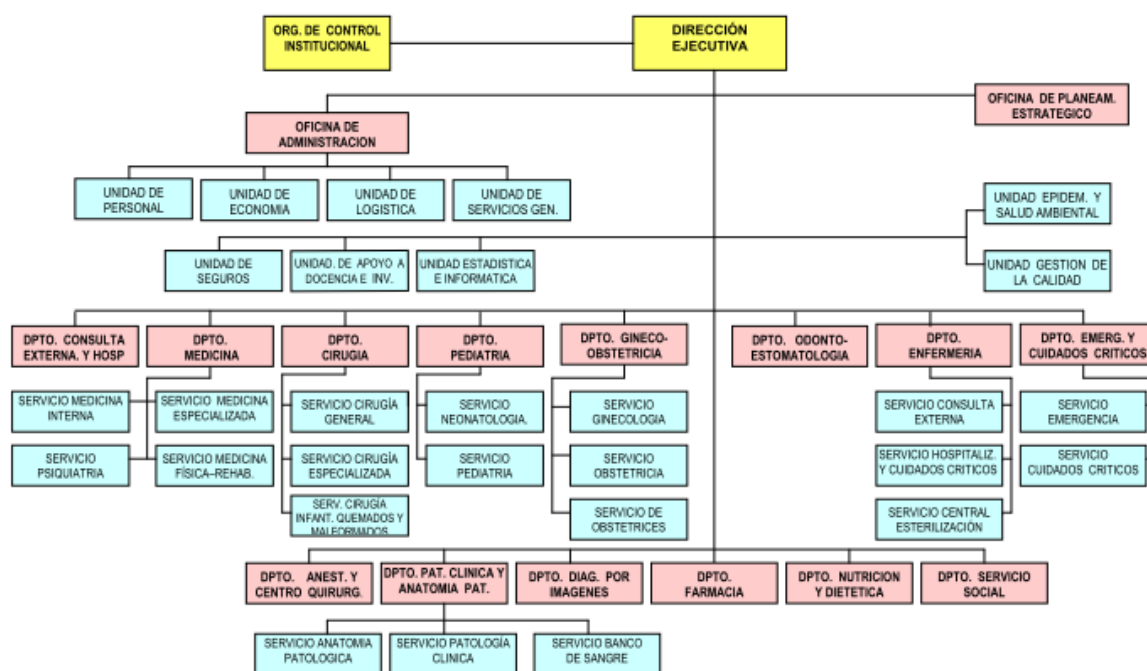


## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

**4.1. DISEÑO:** Tipo de estudio observacional, de diseño descriptivo, de corte transversal.

**4.2. AMBITO DE ESTUDIO:** El Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inició sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas. Actualmente el hospital cuenta con los servicios de:



Dentro de estos, el servicio de gineco-obstetricia, es la unidad orgánica encargada de la atención integral de la patología gineco-obstétrica durante el ciclo reproductivo,

pre-concepcional, concepcional y post - concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer; depende de la Dirección General y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a) Brindar la atención integral y complementaria a la mujer y la madre en todos sus ciclos de vida por problemas fisiológicos, patológicos, de salud individual o colectiva.
- b) Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de la mujer y su pareja, en lo que concierne a su ciclo reproductivo y en el ámbito de su competencia, según las normas y protocolos vigentes.
- c) Atender las enfermedades propias de los órganos de reproducción de la mujer, en sus aspectos médico y quirúrgico.
- d) Promover la lactancia materna e incentivar la relación madre-recién nacido.
- e) Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica, orientada a brindar un servicio eficiente y eficaz.
- f) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- g) Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- h) Programar y evaluar la atención ginecológica y obstétrica, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

**4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:** Se trabajará con una muestra a conveniencia de gestantes encuestadas que cursen el primer trimestre, segundo trimestre y tercer trimestre de embarazo, las cuales acuden a su control en el servicio de obstetricia y hayan aceptado participar en el test:

|                   | <b>Número de<br/>pacientes</b> |
|-------------------|--------------------------------|
| Primer trimestre  | 100                            |
| Segundo trimestre | 100                            |
| Tercer trimestre  | 100                            |
| <b>TOTAL</b>      | <b>300</b>                     |

#### **4.3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Gestantes entre 18 y 45 años
- Primigestas o multigestas
- Atendidas en los consultorios externos u hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue.
- Que se encuentren en cualquier trimestre de la gestación.

#### **4.3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Mayores de 45 años
- Contraindicación de relaciones coitales (ej. Placenta previa, amenaza de aborto, etc)
- Falta de colaboración de la gestante

#### **4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

a) Se elaboró una ficha de recolección de datos, para obtener los datos socio epidemiológicos de las gestantes, además se incluyeron en la obtención de datos, los antecedentes Gineco-obstétricos que pueden ser obtenidos de las historias de las pacientes, se consideró los siguientes rangos en edad: 18-23 años, 24-28 años, 29-33 años, 34-38 años y 39 – 45 años tomándose en cuenta que las gestantes encuestadas deben tener entre 18 a 45 años y para conveniencia del trabajo, para poder ser analizado con otros estudios similares; sobre el estado civil se consideró tres dominios: soltera (a pesar que la gestante figure como soltera esto no la excluye de poder tener relaciones sexuales ni de tener una pareja sin necesidad de estar conviviendo), conviviente y casada; sobre religión se tomó como dominios la religión católica, evangélica y adventista ya que en el estudio fueron la que mayor cantidad de gestantes profesaban, en la categoría otros incluyen religiones profesadas por grupo individuales o demasiado pequeños para ser significativos dentro de esta se encuentra (mormones, testigos de Jehova y ateos); Grado de instrucción, que incluye los ítems: analfabeta, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, y superior; sobre el trimestre de gestación incluye los ítems primer, segundo y tercer trimestre; también se incluían preguntas sobre antecedentes ginecológicos, en los que se incluyeron, número de gestas, que se subdividió( tomando en cuenta la gesta actual) en las primigestas, multigestas; de igual forma se incluyó el número de abortos partos vaginales, cesáreas e hijos vivos y finalmente el inicio de relaciones sexuales; en el cual se usaron rangos de: menor de 15 años, 15 – 20 años, 21 – 25 años, 26 – 30 años, mayores de 30, se eligió estos rangos para conveniencia del estudio para el análisis con estudios similares, de igual forma sobre la frecuencia de relaciones sexuales los expertos mencionan que no existe una frecuencia ideal y que el ritmo de relaciones sexuales depende de cada

pareja, por lo que se optó por los rangos de mayor e igual a 4 veces por semana (más de 15 veces al mes), menos de 4 veces por semana (de 4 a 15 veces por mes) y menos de 4 veces al mes, para conveniencia de nuestro trabajo y así facilitar la comparación de datos con estudios similares; y el comportamiento sexual de la gestante, dentro de este último se incluyen ítems sobre sus creencias y posibles paradigmas, un punto importante aquí es el realizado en la pregunta sobre creencia en mitos, en la actualidad y nuestra cultura hay múltiples mitos y creencia propias de nuestra sociedad, a las gestantes se les interrogo sobre los mitos más conocidos como los siguientes:

- Una mujer embarazada no debe tener relaciones porque es impuro.
- El bebé puede darse cuenta de lo que los padres hacen.
- Puedes embarazarte otra vez, aun estando embarazada.

Y se marcó las opciones si lo creían o no; de igual forma el resto de interrogantes.

b) el segundo instrumento utilizado es un test que evalúa la función sexual de las mujeres, realizado por Rosen y cols. En el año 2000. El FSFI es un cuestionario auto administrado. La paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor). Del análisis factorial se deducen 6 dominios diferentes que explora el cuestionario: Deseo (ítems 1,2); Excitación (ítems 3, 4, 5, 6); Lubricación (ítems 7, 8, 9, 10); Orgasmo (ítems 11, 12, 13); Satisfacción (ítems 14, 15, 16); y Dolor (ítems 17, 18, 19). En el trabajo de Rosen et al. Se aplicó el cuestionario a una muestra de 259 mujeres voluntarias (128 con diagnóstico de trastorno de la excitación sexual según criterios del DSM-IV y 131 sanas que eran el grupo control). La fiabilidad medida mediante la alfa de Cronbach y test-retest fue elevada con los dos métodos, para todos los dominios y en las dos muestras. Se trata de un cuestionario breve, sencillo y fácil de

aplicar. De momento, ha demostrado su fiabilidad y su capacidad para discriminar entre poblaciones enfermas y sanas, por lo que podría ser utilizado como instrumento de screening.

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

| <b>Dominio</b>                  | <b>Preguntas</b> | <b>Rango</b> | <b>Factor</b> | <b>Score mínimo</b> | <b>Score máximo</b> |
|---------------------------------|------------------|--------------|---------------|---------------------|---------------------|
| Deseo                           | 1, 2             | 1-5          | 0,6           | 1,2                 | 6,0                 |
| Excitación                      | 3, 4, 5, 6       | 0-5          | 0,3           | 0                   | 6,0                 |
| Lubricación                     | 7, 8, 9, 10      | 0-5          | 0,3           | 0                   | 6,0                 |
| Orgasmo                         | 11, 12, 13       | 0-5          | 0,4           | 0                   | 6,0                 |
| Satisfacción                    | 14, 15, 16       | 0 (o 1)-5    | 0,4           | 0                   | 6,0                 |
| Dolor                           | 17, 18, 19       | 0-5          | 0,4           | 0                   | 6,0                 |
| <b>Rango total de la escala</b> |                  |              |               | <b>2,0</b>          | <b>36,0</b>         |

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron  $19,2 \pm 6,63$  en pacientes con disfunción sexual versus  $30,5 \pm 5,29$  en los controles, con un valor de  $P \leq 0,001$ .

Además, para utilidad en este estudio, se realizó otro instrumento que es una modificación del IFSF de Rosen, el instrumento modificado sigue la misma estructura y preguntas que el instrumento de Rosen, la única variación es que en vez de evaluar las últimas cuatro semanas; se remontará a la época cuando la paciente aún no había iniciado su gesta actual, es decir tratará de establecer su índice de función sexual habitual. Para lo cual este instrumento será validado por juicio de expertos.

En estudio que se realizara evaluará la función sexual de la gestantes versus la función sexual habitual; además también se analizará la función sexual en los distintos trimestres y los dominios de la sexualidad más comprometidos durante la gestación y en los distintos trimestres de la gestación. Además se determinó una evaluación cualitativa de los dominios que incluye:

Puntuación de deseo: baja (1,2 – 2); moderada (2.1 – 4); y alta (4.1 – 6)

Puntuación de excitación: baja (0 – 2); moderada (2.1 – 4); y alta (4.1 – 6)

Puntuación de lubricación: baja (0 – 2); moderada (2.1 – 4); y alta (4.1 – 6)

Puntuación de orgasmo: baja (0 – 2); moderada (2.1 – 4); y alta (4.1 – 6)

Puntuación de satisfacción: baja (0 – 2); moderada (2.1 – 4); y alta (4.1 – 6)

Puntuación de dolor: baja (0 – 2); moderada (2.1 – 4); y alta (4.1 – 6)

Puntuación de función sexual: baja (2 – 14); moderada (14.1 – 26); y alta (26.1 – 36)

Cabe resaltar que si los resultados eran moderados se consideró que tenían tenencia a bajo si eran inferiores a 2,5 y tendencia a alto si eran superiores a 3,5; además sobre el puntaje de dolor este es inversamente proporcional es decir, a mayor puntaje menos dolor.

#### **4.5. ASPECTOS ÉTICOS**

La información recolectada es estrictamente confidencial y de exclusivo manejo por parte del grupo investigador. Para lo cual se elaborara un consentimiento informado que deberá ser firmado por el encuestado. Los resultados serán expuestos de manera estadística o global, por lo cual no habrá distinción personal en ellos.

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos a través de los respectivos instrumentos serán codificados y posteriormente digitados. Con los resultados obtenidos se confeccionará una base de datos en computadora, se utilizará el programa estadístico SPSS v. 22 Para un procesamiento y el análisis estadístico, para lo cual se utilizara la prueba de ANOVA Y Post Hoc.

La información se recogerá en el test de función sexual femenina habitual y gestación y la ficha de recolección de datos los cuales serán elaborados y aprobados previamente, de acuerdo a los objetivos planteados para el presente trabajo de investigación.



## RESULTADOS

**TABLA N° 01**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRUPO ETAREO DE LAS  
GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 - FEBRERO  
2016”*

| EDAD         | Gestantes - HHUT |            |
|--------------|------------------|------------|
|              | N                | %          |
| 18 a 23      | 98               | 32.7       |
| 24 a 28      | 77               | 25.7       |
| 29 a 33      | 71               | 23.7       |
| 34 a 38      | 36               | 12.0       |
| 39 a 45      | 18               | 6.0        |
| <b>TOTAL</b> | <b>300</b>       | <b>100</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

Según la tabla 1 se puede apreciar que el grupo etareo de mayor frecuencia entre el grupo de 300 gestantes encuestadas fue el comprendido entre los 18 y 23 años de edad con 98 casos (32.7%), seguido de los grupos de: 24 a 28 años con 77 casos (25.7%); de 29 a 33 años con 71 casos (23.7%); de 34 a 38 años con 36 casos (12%) y gestantes de 39 a 45 años con 18 casos (6%).

**TABLA N° 02**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LUGAR DE  
 PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL  
 SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANE DE  
 TACNA. JULIO 2015 - FEBRERO 2016”*

| PROCEDENCIA                  | Gestantes - HHUT |            |
|------------------------------|------------------|------------|
|                              | N                | %          |
| Gregorio Albarracín Lanchipa | 92               | 30.7       |
| Tacna                        | 96               | 32.0       |
| Alto de la Alianza           | 30               | 10.0       |
| Ciudad Nueva                 | 48               | 16.0       |
| Pocollay                     | 17               | 5.7        |
| Otros                        | 17               | 5.7        |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>300</b>       | <b>100</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

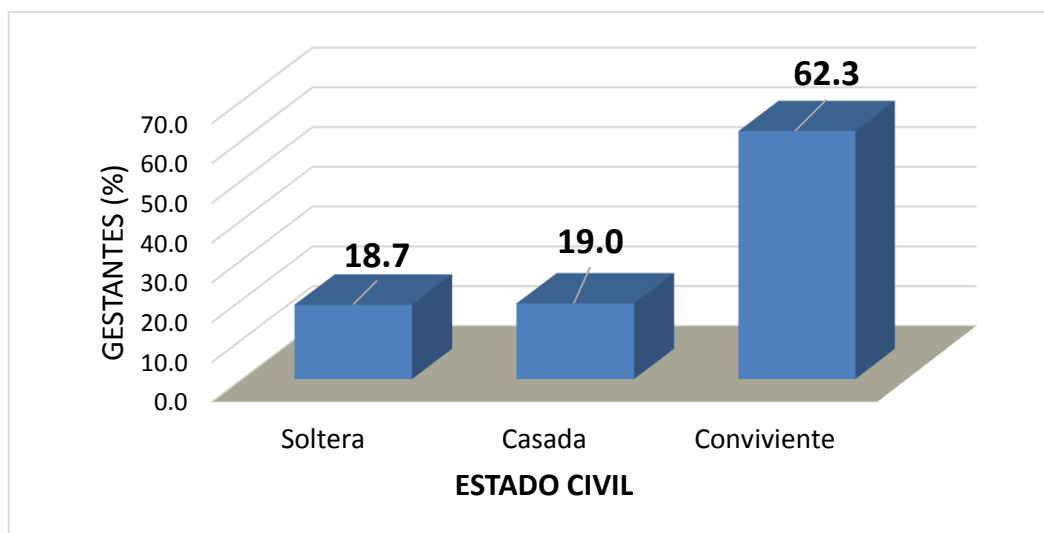
Según la tabla N° 02 respecto a la procedencia se aprecia que dentro de las 300 gestantes encuestadas la mayoría provienen del cercado de Tacna con 96 casos (32%); seguido de: distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa con 92 casos (30.7%); Ciudad Nueva con 48 casos (16%); Alto Alianza con 30 casos (10%); y por ultimo Pocollay con 17 casos (5.7%); además se registraron otros 17 casos (5.7%) de gestantes procedentes de otras provincias, departamentos y países.

**TABLA N° 03**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN RELIGION DE LAS  
GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 - FEBRERO  
2016”*

| RELIGIÓN     | Gestantes - HHUT |            |
|--------------|------------------|------------|
|              | N                | %          |
| Católica     | 232              | 77.3       |
| Evangelista  | 16               | 5.3        |
| Adventista   | 17               | 5.7        |
| Otros        | 35               | 11.7       |
| <b>TOTAL</b> | <b>300</b>       | <b>100</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

Según la tabla N° 03 respecto a la Religión; se encontró que la mayoría de gestantes encuestadas profesa la religión católica con 232 casos (77.3%); seguido de: adventistas con 17 casos (5.7%); Evangelistas con 16 casos (5.3%); el resto de gestantes que corresponden a 35 casos (11.7%) profesan otros tipos de religiones.



Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes

**FIGURA N° 01:** “DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 - FEBRERO 2016”

Según la figura N° 01 respecto a la variable “estado civil” se observa que las gestantes en su mayoría son convivientes (62.3%); seguidos de casadas (19%) y el resto son solteras (18,7%)

**TABLA N° 04**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE  
INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL  
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
DE TACNA. JULIO 2015 - FEBRERO 2016”*

| GRADO DE INSTRUCCIÓN         | Gestantes - HHUT |            |
|------------------------------|------------------|------------|
|                              | N                | %          |
| Primaria incompleta          | 2                | 0.7        |
| Primaria completa            | 6                | 2.0        |
| Secundaria incompleta        | 40               | 13.3       |
| Secundaria completa          | 178              | 59.3       |
| Superior universitario       | 37               | 12.3       |
| Superior técnico o instituto | 37               | 12.3       |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>300</b>       | <b>100</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

Según la tabla N° 04 respecto a su grado de instrucción se observa que de las 300 gestantes encuestadas: 178 (59.3%) cuentan con secundaria completa; 40 (13.3%) cuentan con secundaria incompleta; seguidas de 37 (12.3%) que cuentan con superior universitario y técnico/instituto respectivamente; 6 (2%) cuentan con primaria completa; y solo 2 (0.7%) cuentan con primaria incompleta; no se registraron gestantes analfabetas entre las 300 encuestadas.

**TABLA N° 05**  
*“DISTRIBUCION SEGÚN FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES  
 ANTES Y DURANTE LA GESTACION DE LAS GESTANTES  
 ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
 HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 - FEBRERO 2016”*

| Frecuencia de relaciones Sexuales | Gestantes – HHUT      |            |                      |            |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|----------------------|------------|
|                                   | Antes de la gestación |            | Durante la gestación |            |
|                                   | n                     | %          | n                    | %          |
| No tiene                          | 0                     | 0.0        | 105                  | 35.0       |
| Más 15 al mes                     | 65                    | 21.7       | 5                    | 1.7        |
| De 15 a 4 al mes                  | 177                   | 59.0       | 63                   | 21.0       |
| Menos de 4 al mes                 | 58                    | 19.3       | 127                  | 42.3       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>300</b>            | <b>100</b> | <b>300</b>           | <b>100</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

Según la tabla N° 05 con respecto a la frecuencia de relaciones sexuales se evidencia que antes del embarazo se registró que la mayoría de gestantes mantenían entre 15 a 4 relaciones sexuales al mes con 177 casos (59%) registrados, seguidos de más de 15 al mes con 65 casos (21,7%); y finalmente menos de 4 veces por mes con 58 casos (19,3%). Con respecto a las relaciones sexuales durante el embarazo en su mayoría las gestantes mantuvo relaciones menos de 4 veces al mes registrándose 127 casos (42,3%); otro grupo numeroso niega haber mantenido relaciones durante registrándose 105 casos (35%) en este grupo; en el resto de gestante se evidencia que 63 de ellas (21%) mantenía relaciones de 15 a 4 veces al mes, y 5 de ellas (1,7%) mantenía relaciones más de 15 veces por mes.

**TABLA N° 06**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES  
 SEXUALES Y NUMERO DE EMBARAZOS EN LAS GESTANTES ENCUESTADAS  
 EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE  
 TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”*

| <b>Inicio de Relaciones Sexuales</b> | <b>N</b>   | <b>(%)</b>   |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Menores de 15 años                   | 30         | 10,0         |
| De 15 a 20 años                      | 180        | 60,0         |
| De 21 a 25 años                      | 81         | 27,0         |
| De 26 a 30 años                      | 7          | 2,3          |
| Mayores de 30 años                   | 2          | ,7           |
| <b>Total</b>                         | <b>300</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Número de Embarazos</b>           |            |              |
| Primigesta                           | 135        | 45,0         |
| De 2 a 4 embarazos                   | 152        | 50,7         |
| Más de 4 embarazos                   | 13         | 4,3          |
| <b>Total</b>                         | <b>300</b> | <b>100,0</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

En la tabla 06, se evidencia la distribución de frecuencia según edad de inicio de relaciones sexuales y el número de embarazos. Según edad en la que iniciaron relaciones sexuales se observa que del grupo de 300 encuestadas en su mayoría inicio relaciones sexuales entre los 15 y 20 años, registrándose 180 casos (60%); seguido de 21 a 25 años con 81 casos (27%); menores de 15 años con 30 casos (10%); 26 a 30 años con 7 casos (2.3%) y mayores de 30 años con 2 casos (0.7%).

Según el número de gestas que presentan las gestantes encuestadas; se evidencia que en su mayoría son multigestas que tienen entre su segundo a cuarto embarazo, reportándose 152 casos (50.7%); seguidas de primigestas con 135 casos (45%); también se evidencia que dentro de las 300 gestantes encuestadas 13 gestantes (4.3%) presenta más de 4 gestaciones.

**TABLA N° 07**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NUMERO DE ABORTOS,  
 CESAREAS, PARTOS VAGINALES E HIJOS VIVOS EN LAS GESTANTES  
 ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
 HIPOLITO UNANUE DE TACNA, JULIO 2015 – FEBRERO 2016”*

| <b>ABORTOS</b>               | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|------------------------------|----------|------------|
| 1                            | 56       | 18,7       |
| 2                            | 9        | 3,0        |
| 3                            | 4        | 1,3        |
| Total                        | 69       | 23,0       |
| Total de encuestadas         | 300      | 100,0      |
| <b>CESAREAS</b>              |          |            |
| 1                            | 50       | 16,7       |
| 2                            | 16       | 5,3        |
| Más de 2 cesáreas            | 1        | ,3         |
| Total                        | 67       | 22,3       |
| Total de encuestadas         | 300      | 100,0      |
| <b>PARTOS VAGINALES</b>      |          |            |
| 1                            | 50       | 16,7       |
| De 2 a 4 partos<br>vaginales | 37       | 12,3       |
| Más de 4 partos<br>vaginales | 1        | ,3         |
| Total                        | 88       | 29,3       |
| Total de encuestadas         | 300      | 100,0      |
| <b>HIJOS VIVOS</b>           |          |            |
| Sin hijos                    | 162      | 54,0       |
| De 1 a 2 hijos               | 119      | 39,7       |
| De 3 a 4 hijos               | 18       | 6,0        |
| Más de 4 hijos               | 1        | ,3         |
| Total                        | 300      | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a loa gestantes.



En la tabla N° 08 se observa la distribución de frecuencia según número de abortos, cesáreas, partos vaginales y número de hijos vivos en las gestantes encuestadas. Se observa que dentro del grupo de encuestadas se registró que 69 gestantes (23%) del total de encuestadas presento abortos en alguna ocasión; de este grupo en su mayoría solo refiere haber presentado abortos una vez, registrándose 56 casos (18,7%); de la misma forma 9 (3%) gestantes presentaron aborto en dos oportunidades; y 4 (1,3%) presentaron abortos en 3 oportunidades.

Según la frecuencia con las que se realizaron cesáreas, se registró que 67 gestantes (22,3%) de las 300 encuestadas fueron sometidas a una cesárea en algún momento; de las cuales 50 gestantes (16,7%) fueron sometidas una vez; 16 (5,3%) fueron sometidas dos veces; y solo en un caso (0,3%) tuvo más de 2 cesáreas.

Según la frecuencia de partos vaginales; se evidencia que 88 gestantes (29,3%) de las 300 encuestadas dieron a luz mediante un parto vaginal; de las cuales: 50 gestantes (16,7%) dieron a luz una vez; 37 (12,3%) tuvieron entre 2 a 4 partos vaginales; y solo se registró un caso (0,3%) de una granmúltipara (más de 4 partos).

Con respecto a los hijos vivos; 162 gestantes (54%) no tienen hijos; del grupo restante: 119 (39,7%) tienen de 1 a 2 hijos; 18 (6%) tienen de 3 a 4 hijos; y solo 1 gestante (0,3%) tiene más de 4 hijos.



Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

**FIGURA N° 02:** “*APROBACION Y CREENCIA SOBRE RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO EN LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016*”

En la figura N° 02 se evidencian 7 interrogantes planteadas a las gestantes encuestadas sobre la aprobación y sus creencias con respecto a mantener relaciones sexuales durante el embarazo.

Sobre su aprobación con mantener relaciones sexuales durante la gestación se evidencia que 211 gestantes (70.3%) están de acuerdo con mantener relaciones durante la gestación, por el contrario 89 de ellas (29.7%) están en desacuerdo.

Sobre si creen o han escuchado algún mito sobre mantener relaciones durante el embarazo 229 gestantes (76,9%) no creen en mitos; las otras 71 gestantes (23.7%) restantes si creen en mitos sobre mantener relaciones durante el embarazo.

Sobre si creen que mantener relaciones sexuales durante el embarazo podría dañar al bebé: 216 gestantes (72%) no creen que el bebe pueda recibir algún tipo de daño; y 84 gestantes (28%) si creen que el bebe puede sufrir daño.

Sobre si creen que pueda ser mal visto por otras personas el mantener relaciones sexuales en el embarazo; 188 gestantes (62,7%) creen que no es mal visto; por el contrario 112 gestantes (37,3%) creen que si puede ser mal visto el mantener relaciones sexuales durante la gestación.

Sobre si creen que la religión está en contra de los actos sexuales durante el embarazo; 283 gestantes (94.3%); no creen que la religión este en contra; y 17 gestantes (5.7%) si creen que sería mal visto por la religión.

Sobre si se sienten menos atractivas con su embarazo; 230 gestantes (76.6%) no se sienten menos atractivas con su embarazo; y 70 gestantes (23.3%) si se sienten menos atractivas.

Con respecto a si se siente incomoda manteniendo relaciones durante la gestación; 184 gestantes (61,3%) se sientes menos cómodas al mantener relaciones en su embarazo; en contraste con las 116 (38,7%) restantes quienes no sienten incomodidad al mantener relaciones durante su embarazo.

**TABLA N° 08**  
*“FUNCION SEXUAL HABITUAL DE LAS GESTANTES ENCUESTADAS  
 EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO  
 UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”*

| <b>Dominio</b> | <b>n</b>   | <b>Cuantitativo</b> | <b>Cualitativo</b>                   |
|----------------|------------|---------------------|--------------------------------------|
| Deseo          | 300        | 3.09                | Moderado                             |
| Excitación     | 300        | 3.61                | Moderado                             |
| Lubricación    | 300        | 3.93                | Moderado con tendencia Alto          |
| Orgasmo        | 300        | 3.67                | Moderado                             |
| Satisfacción   | 300        | 4.09                | Alto                                 |
| Dolor          | 300        | 4.09                | Alto                                 |
| <b>Total</b>   | <b>300</b> | <b>22.48</b>        | <b>Moderado con tendencia a Alto</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

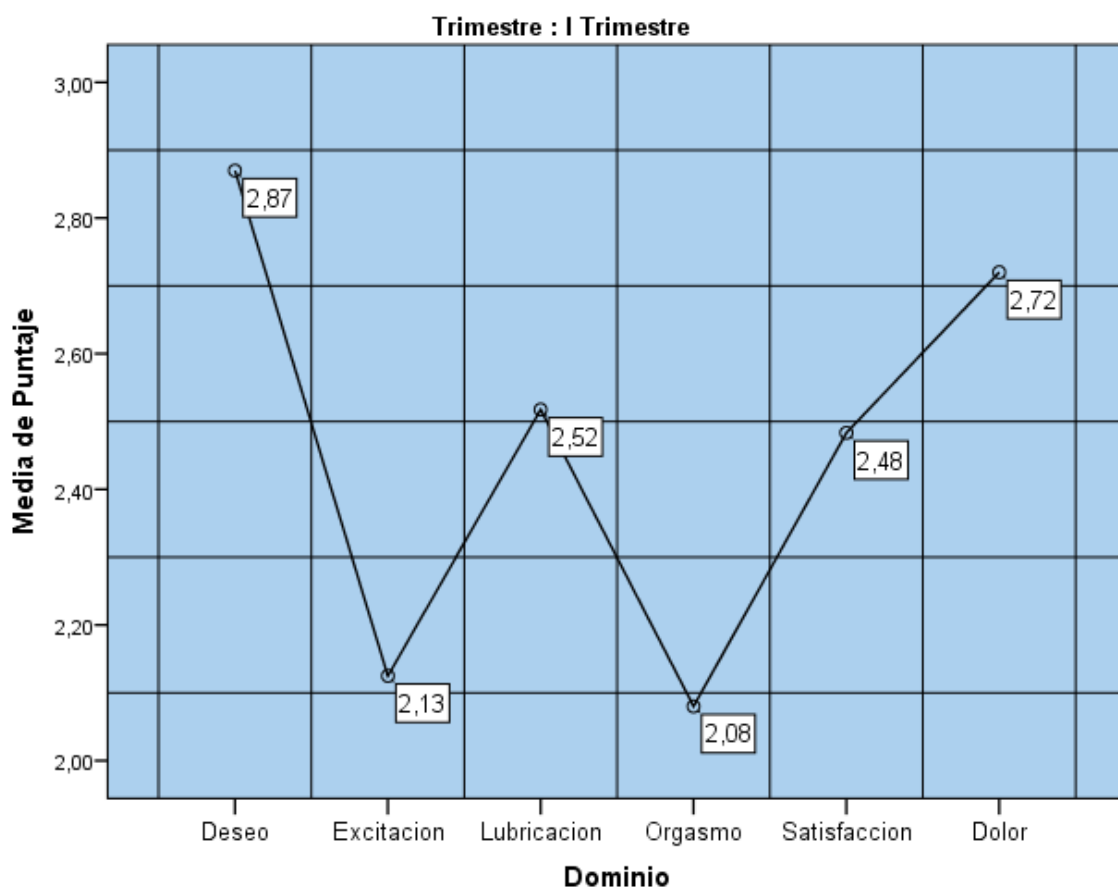
En la tabla N° 08 se aprecia los scores obtenidos del test de índice de función sexual habitual de las gestantes encuestadas; se obtuvo una puntuación total de 22.48 la cual se puede considerar de forma cualitativa como moderado con tendencia a alto. Además se evidencia las puntuaciones individuales obtenidas según los dominios: deseo 3,09 (moderado); excitación 3,61 (moderado); lubricación 3,93 (moderado con tendencia a alto); orgasmo 3,67 (moderado); satisfacción 4,09 (alto) y dolor 4,09 (alto).

**TABLA N° 09**  
*“FUNCION SEXUAL DURANTE LA GESTACION EN LAS GESTANTES  
 ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
 HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”*

| <b>Dominio</b> | <b>n</b>   | <b>Cuantitativo</b> | <b>Cualitativo</b>                   |
|----------------|------------|---------------------|--------------------------------------|
| Deseo          | 300        | 2.71                | Moderado                             |
| Excitación     | 300        | 2.44                | Moderado con tendencia a bajo        |
| Lubricación    | 300        | 2.82                | Moderado                             |
| Orgasmo        | 300        | 2.44                | Moderado con tendencia a bajo        |
| Satisfacción   | 300        | 2.86                | Moderado                             |
| Dolor          | 300        | 2.93                | Moderado                             |
| <b>Total</b>   | <b>300</b> | <b>16.20</b>        | <b>Moderado con tendencia a bajo</b> |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

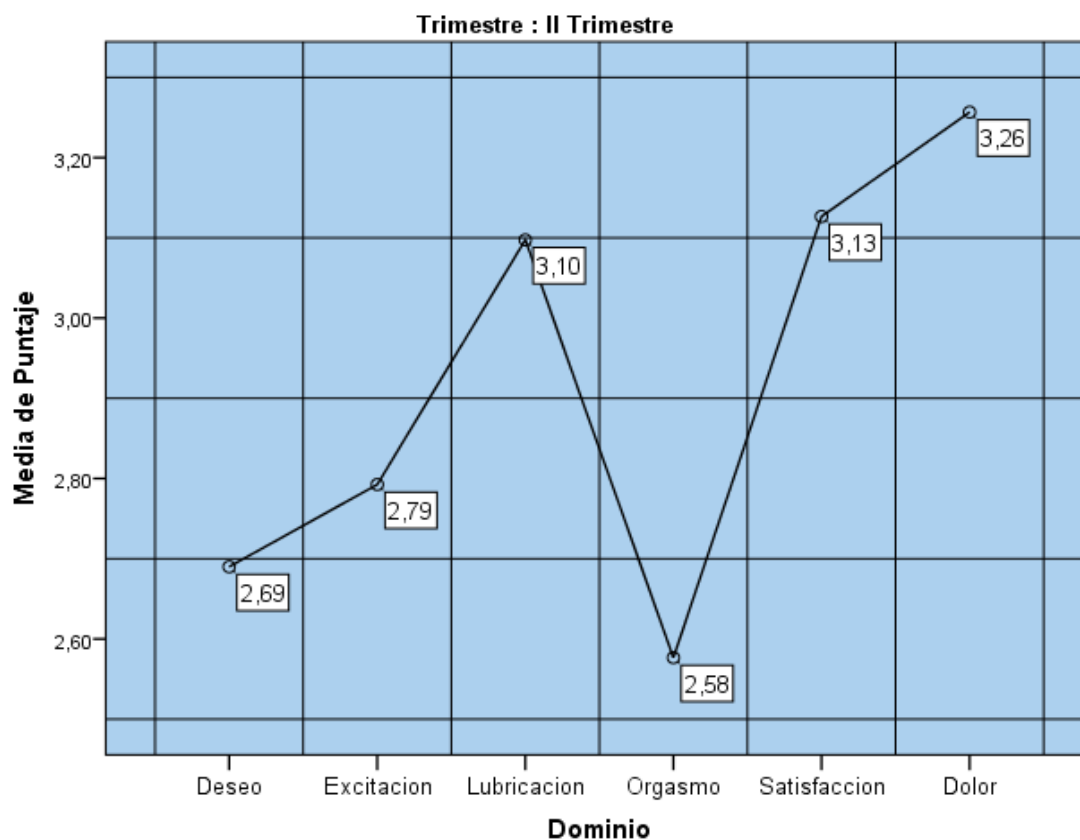
En la tabla N° 09 se aprecia los scores obtenidos del test de índice de función sexual en las últimas 4 semanas de las gestantes encuestadas; se obtuvo una puntuación total de 16,2 (moderado); Además se observa las puntuaciones individuales según dominios obteniéndose: deseo 2,71 (moderado); excitación 2,44 (moderado con tendencia a bajo); lubricación 2,82 (moderado); orgasmo 2,44 (moderado con tendencia a bajo); satisfacción 2,86 (moderado); y dolor 2,93 (moderado). Se realizó la prueba de ANOVA y Post Hoc a los resultados obtenidos de los dominios en la gestación para verificar que los cambios sean significativos (ver Anexo N° 04, 05 Y 06), y se evidencio que hay un compromiso significativo en los dominios deseo; excitación y orgasmo en el embarazo.



**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

**FIGURA N° 03:** “DOMINIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PRIMER TRIMESTRE EN LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”

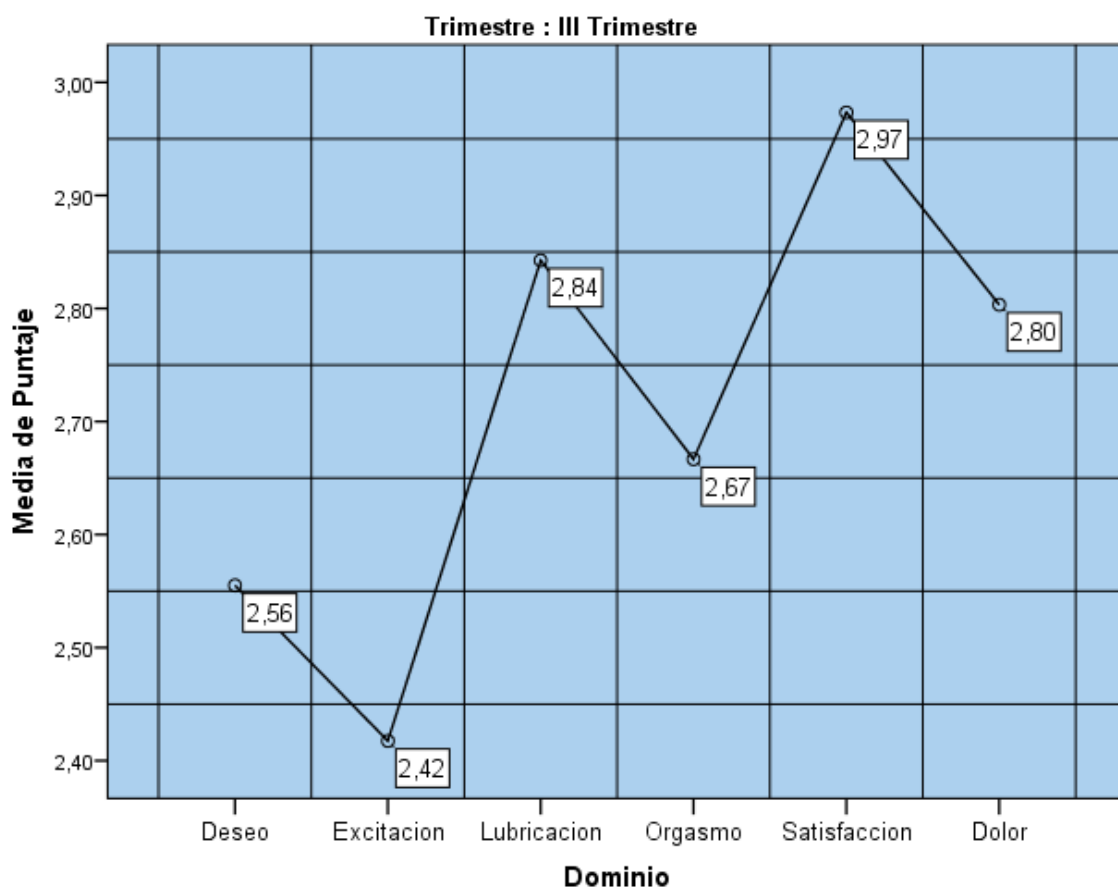
En la figura N° 03, se aprecian los scores obtenidos de los dominios de la función sexual de las gestantes que cursan en el primer trimestre de gestación; durante el primer trimestre se obtuvo un total de 14,8; se evidencia en el grafico que los dominios más comprometidos son los de excitación (2,13) y orgasmo (2,08).



Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

**FIGURA N° 04:** “DOMINIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”

En la figura N° 04, se aprecian los scores obtenidos de los dominios de la función sexual de las gestantes que cursan en el segundo trimestre de gestación; durante el segundo trimestre se obtuvo un total de 17,55; se evidencia en el grafico que los dominios más comprometidos son los deseo (2,69); excitación (2,79) y orgasmo (2,58).



**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

**FIGURA N° 05:** “DOMINIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL TERCER TRIMESTRE DE LAS GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”

En la figura N° 05, se aprecian los scores obtenidos de los dominios de la función sexual de las gestantes que cursan en el tercer trimestre de gestación; durante el tercer trimestre se obtuvo un total de 16,26; se evidencia en el grafico que los dominios más comprometidos son los deseo (2,56) y excitación (2,42).



**TABLA N° 10**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE FUNCION SEXUAL SEGÚN  
 GRUPO ETAREO EN EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES  
 ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
 HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO 2016”*

| Edad         | Función Sexual |             |            |             |           |             | Total      |            | P      |
|--------------|----------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|--------|
|              | bajo           |             | moderado   |             | Alto      |             | N          | %          |        |
|              | N              | %           | N          | %           | N         | %           |            |            |        |
| 18 a 23      | 25             | 25,5        | 29         | 29,6        | 44        | 44,9        | 98         | 100        | 0.0486 |
| 24 a 28      | 17             | 22,1        | 28         | 36,4        | 32        | 41,5        | 77         | 100        |        |
| 29 a 33      | 25             | 35,2        | 35         | 49,3        | 11        | 15,5        | 71         | 100        |        |
| 34 a 38      | 8              | 22,2        | 21         | 58,3        | 7         | 19,5        | 36         | 100        |        |
| 39 a 45      | 6              | 33,3        | 11         | 61,1        | 1         | 5,6         | 18         | 100        |        |
| <b>Total</b> | <b>81</b>      | <b>27,0</b> | <b>124</b> | <b>41,3</b> | <b>95</b> | <b>31,7</b> | <b>300</b> | <b>100</b> |        |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

En la tabla N° 10 se aprecia la distribución de frecuencia de la función sexual en el embarazo según el grupo etáreo de la gestante; del grupo de 18 a 23 años (n=98), el 25,5% tiene una función sexual baja, 29,6% tiene una función sexual moderada, y 44,9% tiene alta función sexual; en el grupo de 24 a 28 años (n=77), tienen función sexual: 22,1% baja, 36,4% moderada, 41,5% alta; el grupo de 29 a 33 años (n=71), el 35,2% tiene función sexual baja, el 49,3% moderada y el 15,5% baja; en el grupo de 34 a 38 años (n=36), el 22,2% tiene función sexual baja, el 58,3% moderada, y el 19,5% baja; finalmente en el grupo de 39 a 45 años (n=18) el 33,3% tiene función sexual baja, el 61,1% moderado, y el 5,6 tiene función sexual baja. Podemos afirmar que la edad de la gestante está asociada al nivel de función sexual que posee (p=0,0486).

**TABLA N° 11**  
*“DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE FUNCION SEXUAL EN EL  
 EMBARAZOSEGÚN INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS  
 GESTANTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL  
 HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. JULIO 2015 – FEBRERO  
 2016”*

| Edad de inicio de relaciones sexuales | Función sexual |             |            |             |           |             | Total      |            | P     |
|---------------------------------------|----------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|-------|
|                                       | bajo           |             | moderado   |             | alto      |             | N          | %          |       |
|                                       | N              | %           | N          | %           | N         | %           |            |            |       |
| Menos de 15 años                      | 6              | 20,0        | 15         | 50,0        | 9         | 30,0        | 30         | 100        | 0,054 |
| De 15 a 20 años                       | 40             | 22,2        | 64         | 35,6        | 76        | 42,2        | 180        | 100        |       |
| De 21 a 25 años                       | 29             | 35,8        | 42         | 51,9        | 10        | 12,3        | 81         | 100        |       |
| De 26 a 30 años                       | 5              | 71,4        | 2          | 28,6        | 0         | 0,0         | 7          | 100        |       |
| Más de 30 años                        | 1              | 50,0        | 1          | 50,0        | 0         | 0,0         | 2          | 100        |       |
| <b>Total</b>                          | <b>81</b>      | <b>27,0</b> | <b>124</b> | <b>41,3</b> | <b>95</b> | <b>31,7</b> | <b>300</b> | <b>100</b> |       |

**Fuente:** Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.

EN la tabla N° 11, se aprecia la distribución de frecuencia sobre el nivel de función sexual de las gestantes según el inicio de sus relaciones sexuales; se evidencia en el grupo de menores de 15 años (n=30) que el 20% tiene una función sexual baja, el 50% moderado, y el 30% alto; en el grupo de 15 a 20 años (n=180), el 22,2% tiene una función sexual baja, el 35,6% moderado y el 42,2% bajo; en el grupo de 21 a 25 años (n=81), el 35,8% tiene una función sexual baja, el 51,9% moderado y el 12,3% bajo; en el grupo de 26 a 30 años (n=7), el 71,4% tiene una función sexual baja, el 28,6% moderado, y 0% alto; finalmente en el grupo de más de 30 años (n=2); 50% tienen una función sexual baja y el otro 50% tiene una función sexual moderada. Podemos afirmar que el nivel de función sexual de la gestante no está asociado a la edad e inicio de relaciones sexuales (p=0,054).

## DISCUSIÓN

Luego de haber visto y descrito los resultados obtenidos podemos comentar lo siguiente:

La edad promedio de las 300 gestantes entrevistadas fue de  $27.32 \pm 6.37$  años (rango de 18 a 43 años), este resultado difiere del estudio realizado por PIÑERO, donde se encontró que la edad promedio en el grupo de gestantes era de 31,27 años. Siendo el grupo etáreo de mayor frecuencia el de 18 a 23 años de edad con un 25,7% (tabla y grafico N° 01), lo cual coincide parcialmente con el estudio realizado por CUTIPA<sup>19</sup> el cual encontró predominancia en el grupo de 20 a 25 años con un 37%; y difiere del resultado de GONZALES<sup>20</sup> donde la predominancia estaba en el grupo de 26 a 30 años, puede deducirse que esto se debe a que la población estudiada tiene tendencia a gestantes con mayor edad. Contrastando estos resultados podemos deducir que actualmente hay una tendencia a encontrar más gestantes en grupo cada vez más jóvenes.

Respecto al lugar de procedencia que se registraron de las gestantes encuestadas, en nuestro trabajo se encontró que en su mayoría nuestro grupo de estudio proviene del cercado de Tacna (32%); sin embargo también se ha hallado un gran porcentaje proveniente del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa (30,7%), por lo que podemos deducir que casi la mitad de atenciones de gestantes impartidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, provienen únicamente de estos dos lugares.

Con respecto a la religión que practican las gestantes estudiadas; apreciamos que en su mayoría profesan la religión católica (77,3%); además se evidenció que hay un buen número de gestantes que profesan la religión evangélica y adventista; en contraste durante el estudio se evidenció que solo se encuentran casos aislados de otras religiones diferentes a las antes mencionadas.

Según el estado civil; se encontró que el predominante era el de las convivientes con un 62,3%, siendo este resultado similar a los encontrados en los estudios de PAMO<sup>22</sup> que lo halló en un 65,6% de los casos y al de GONZALES, con un 50,3%.

Sobre el grado de instrucción; encontramos que en nuestro estudio las mayoría de gestantes cuentan con secundaria completa correspondiente al 59,3% del total; dichos resultados coinciden con los encontrados en estudios de GONZALES (50%); Y CUTIPA (62%); Sin embargo difieren con los encontrados en el estudio de PIÑERO<sup>11</sup>, donde el grado de instrucción de mayor predominancia fue el de superior con 46,7%, esto puede deberse a que el trabajo de Piñero se realizó en España, donde el nivel de instrucción de la población es superior al de nuestra localidad, en nuestro trabajo se encontró el nivel superior universitario y técnico en el 12,3% respectivamente; así mismo se encontró que no se encuentran gestantes analfabetas, siendo en nivel más bajo de instrucción el de primaria incompleta, registrado solo en el 0,7% de las gestantes.

Sobre la frecuencia de relaciones sexuales que presentan las gestantes; se encontró que antes de su gestación en la mayoría de los casos mantenían relaciones sexuales entre 4 a 15 veces por mes (59%); durante la gestación se evidencia que el hábito sexual tiene una frecuencia predominante de menos de 4 veces al mes (42,3%), seguido de no tener relaciones sexuales (35%); estos datos contrastan con los encontrados en los estudios de GONZALES quien reportó un promedio de 9,43 coitos por mes; y al es AMBIA<sup>21</sup>, quien encontró que en su grupo mayoritario de 55,73% practicaban entre 3 a 6 coitos por mes. Se evidenció que en la mayoría de los casos de gestantes que no practican relaciones durante la gesta, se encuentran las gestantes del primer trimestre, seguidas de las gestantes del tercer trimestre.

Se evidencia que el inicio de relaciones sexuales de las gestantes encuestadas en nuestro estudio, el grupo mayoritario de 60% inicio relaciones sexuales entre los 15 y

20 años de edad, dicho resultado es similar al obtenido en el estudio de PIÑERO, donde el grupo mayoritario en comprendido entre 16 a 20 años; además se halló que la media de edad de su primer coito fue de 18,82 años; mientras que en nuestro estudio fue de 19,33 años de edad; de igual forma se evidencia que el 10% de gestantes inician relaciones sexuales antes de los 15 años de edad; podemos deducir de esta forma puede haber una asociación entre la tendencia de gestantes cada vez más jóvenes con el inicio de relaciones sexuales precoz que observamos actualmente.

De acuerdo al número de gestaciones que encontramos en nuestro estudio; vemos que el grupo mayoritario que corresponde al 50,7% lo conforman las multigestas que cursan entre su segundo y cuarto embarazo; seguido de las primigestas en un 45%; estos datos son similares al estudio de AMBIA quien encontró predominancia en el grupo de multigestas (58,78%), pero difiere con el estudio de PIÑERO donde la mayoría de gestantes eran primigestas, esto puede deberse a que en dicho estudio la mayoría de gestantes eran jóvenes.

Podemos apreciar también que en el grupo de gestantes encuestadas; se registraron que el 23% sufrió de abortos; en la mayoría de los casos en una ocasión (18,7%); dicho resultado es un poco superior al encontrado en el trabajo de PIÑERO donde se registró que se reportaron abortos en el 18% de la población encuestada. Con respecto al tipo de parto, en su mayoría fue parto vaginal (29,3%) predominantemente en una ocasión, solo un 22,3% de la población fue sometida a cesárea; finalmente con respecto a los hijos vivos en su mayoría las gestantes tienen de 1 a 2 hijos (39,7%), durante el estudio se registraron que casi todas las multigestas tienen hijos vivos, sin embargo hubo casos aislados donde sus hijos habían fallecido, por lo que no se le consideró.

Se realizó un cuestionario de 7 preguntas para evaluar el comportamiento sexual de las gestantes de forma subjetiva; cuando se les cuestionó sobre si creían en algún mito sobre el coito en el embarazo la mayoría correspondiente al 76,33%, refieren que NO

CREEN en mito ni creencias sobre el coito durante el embarazo; este resultado contrasta con el obtenido en el estudio de AMBIA, donde se registró que el 97,7% de las gestantes NO CREEN en mitos sobre las relaciones sexuales durante el embarazo. Sobre la aprobación de mantener relaciones sexuales durante el embarazo, la mayoría de las gestantes correspondientes al 70,33% se mostró A FAVOR del coito durante el embarazo, solo el 29,67% se mostró en contra; datos similares se encontraron en el estudio de AMBIA donde 56,5% se mostró A FAVOR; sin embargo en el estudio de GONZALES se encontró que el 78,63% se mostró EN CONTRA del coito en el embarazo, esto puede deberse a que dicho estudio fue realizado en un centro de salud y al menos 30% de la población tenían un grado de instrucción bajo; en nuestro estudio encontramos que por lo menos dos tercios de la población no desaprueba el mantener relaciones sexuales durante su embarazo. Con respecto a si cree que podría ser al visto por otros el mantener relaciones sexuales durante el embarazo, la mayoría de gestantes (62,67%) creen que NO seria mal por otras personas el tener intimidad con su pareja durante la gestación. Con respecto a si creen que podrían causar algún daño al feto si tuvieran relaciones sexuales, el 72% creen que NO causarían ningún daño a su bebe, solo un 28% creen que SI podrían dañarlo, dentro del grupo que no tiene relaciones sexuales una parte refirió que el mayor motivo por el cual se abstienen de tener relaciones coitales es el temor de dañar al bebe, aquí podemos ver que solo el 28% tiene este temor, más adelante veremos otros motivos por los cuales no tienen relaciones sexuales. Sobre si se siente menos atractiva ahora que está gestando, el 76,67% de las gestantes refieren que NO se sienten menos atractivas con su gestación, solo un 23,33% SI se sienten menos atractivas con su embarazo; este podría ser otro motivo por el cual algunas de las gestantes no mantienen relaciones sexuales en su embarazo. Sobre si creen que la religión está en contra del coito durante el embarazo, en la mayoría de los casos correspondiente al 94,33% creen que la religión NO desaprueba el coito en el embarazo; como vemos la religión no es un impedimento ni prohibición del coito durante la gestación. Finalmente sobre si se sienten cómodas manteniendo relaciones sexuales durante el embarazo el grupo mayoritario

correspondiente al 61,33% refiere que SIENTEN INCOMODIDAD al mantener relaciones sexuales durante su gestación; podemos deducir que este podría ser otro motivo por el cual las gestantes no sienten interés en mantener relaciones sexuales durante su gestación.

Para medir de forma más objetiva la salud sexual de la gestante y hacer una comparación con la que tenía antes de su gestación se les aplicó el test de ROSEN; obteniéndose que durante la gestación en general nuestro grupo encuestado obtuvo una puntuación de 16,20 mientras que de forma habitual tenían un total de 22,48; apreciamos un gran compromiso de la función sexual de la gestante; de igual manera podemos apreciar que dentro de los diferentes trimestres hay un mayor compromiso en el primer trimestre (14,8); una mejora en el segundo trimestre (17,55); y finalmente una nueva baja en el tercer trimestre (16,26) que no llega a ser tan baja como la registrada en el primero; este estudio contrasta con los realizados por LIMA <sup>12</sup>, donde es evidencia cierta similitud, de igual forma se encuentra un mayor compromiso de la sexualidad de la gestante; encontrándose que el trimestre más afectado fue el tercer trimestre, seguido del primero y finalmente el segundo; en el estudio realizado por KULJARUSNONT <sup>9</sup>, se encontró un gran compromiso de la sexualidad de la gestante, encontrándose un compromiso predominante en el primer trimestre, el cual disminuye en el segundo trimestre y vuelve a aumentar en el tercero.

Con respecto al dominio más comprometido en la gestación; a través del uso del ANOVA ( $\alpha = 0.05$ ; P valor = 0,000075; F = 5.314) , se acepta que si hay cambios en la sexualidad; se utiliza la comparación de múltiples (puntaje de HSD Tukey) analizándose los subconjuntos homogéneos; de esta forma vemos que la prueba de Post Hoc muestra que durante la gestación los dominios más significativos fueron los de Orgasmo (2,44), Excitación (2,44) y deseo sexual (2,7). Estos resultados difieren de los encontrados en el trabajo de CASTRO <sup>8</sup>, donde se encontró compromiso en los dominios de deseo sexual, dolor, lubricación y satisfacción. Además también se evaluó

que en cada trimestre los dominios más afectados son justamente el deseo sexual, la excitación y el orgasmo; siendo diferente la intensidad la cual depende del trimestre que curso la gestante; es así que en primer trimestre excite un mayor compromiso de los dominios de excitación (2,13) y orgasmo (2,08). En el segundo trimestre son el deseo (2,69); excitación (2,79) y orgasmo (2,58). Y finalmente en el tercer trimestre hay mayor compromiso en el deseo (2,56) y excitación (2,42). De esta forma podemos afirmar que hay un mayor compromiso del deseo sexual durante el tercer trimestre; la excitación está más comprometida durante el primer trimestre; de igual forma el orgasmo está más comprometido en el primer trimestre.

Sobre la asociación entre el grupo etéreo y el nivel de función sexual de la gestante, se aprecia que existe asociación entre ambos ( $p=0,0486$ ); se aprecia que mientras más joven es la gestantes mayor es el porcentaje en el que se encuentra una función sexual alta, se aprecia que entre los grupos de 18 a 28 años es donde hay mayor predominancia de un índice de función sexual alto; De igual forma, se realizó una asociación entre el nivel de función sexual y la edad de inicio de relaciones sexuales de la gestante; en el cual se evidencia que no existe asociación entre ambos ( $p=0,054$ ), ya que se ve que no siempre hay una función sexual alta en las gestantes que inician relaciones sexuales tempranamente.



## CONCLUSIONES

Del trabajo de investigación realizado en las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue entre Julio del 2015 y febrero del 2016, se ha llegado a las siguientes conclusiones

- PRIMERA:** El promedio de edad de 27,32 años de edad, la mayoría son gestantes de entre 18 a 23 años (25,7%); de igual forma en su mayoría: proceden de cercado de Tacna (32%) o Gregorio Albarracín Lanchipa (30,7%); profesan la religión católica (77,3%); tienen secundaria completa (59,3%); y son convivientes (62,3%). La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 19,33 años, la mayoría son multigestas que cursan entre su segundo y cuarto embarazo; 23% sufrieron abortos, 29,3% tuvieron parto por vía vaginal y 22,3% fueron sometidas a cesárea; finalmente 39,7% tienen entre 1 a 2 hijos
- SEGUNDA:** Hay deterioro de la sexualidad durante la gestación traducido en una disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y una disminución en el índice de función sexual femenina siendo de 16,2. De igual forma se evidencia que es mayor el compromiso en el primer trimestre, seguido del tercer trimestre.
- TERCERA:** Se encuentran cambios significativos en los dominios de Orgasmo (2,44), Excitación (2,44) y deseo sexual (2,7) frente a los otros dominios, lo cual se traduce en un mayor compromiso de estos dominios durante la gestación; y se confirma al evaluar los dominios de acuerdo a trimestre.

**CUARTA:** La mayoría de gestantes se muestra a favor del coito durante la gestación (70,33%), y refieren no creer en mitos y/o creencias sobre ello (76,33%); no creen que puedan dañar al feto (72%); ni que es mal visto el coito en la gesta (62,67%); ni que la religión lo prohíbe (94,33%); ni se sienten menos atractivas por el embarazo (76,67%), sin embargo no se sienten cómodas teniendo relaciones sexuales durante su gestación (61,33%), lo que se puede traducir en que las mujeres que no tienen relaciones coitales en su gesta lo más probable es que no se sientan cómodas.

**QUINTA** Podemos afirmar que existe asociación entre la edad de la gestante y el nivel del índice de función sexual de la gestante ( $p=0,0486$ ), evidenciando que mientras más joven la gestante más alta será la función sexual; sin embargo esta asociación no existe al comparar la función sexual de la gestante con la edad de inicio de relaciones sexuales ( $p=0,054$ ).

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA**

Durante la recolección de datos se pudo observar que hay un gran grupo de mujeres que desconocen temas de sexualidad en general; la salud sexual es un tema que debe incluirse en salud integral y como tal debe darse una mejor educación sexual a las mujeres sean gestantes o no.

### **SEGUNDA**

Para obtener mejor información sobre el tema de la sexualidad en gestantes sugerimos la realización prospectivas que incluyen el estudio de un grupo de gestantes y siguiendo la evolución del embarazo de dicho grupo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. Lima- Perú. 2011.
2. Vladislavovna Doubova S, Pámanes González V, Billings D, Torres Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev Saúde Pública. Mexico 2007;41(4):582-90
3. Bridges, S.K., Lease, S.H. y Ellison, C.R.. Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. Journal of Counseling and Development. USA 2004. 82 (2), 158-166.
4. Gómez López E, Aldana Calva E, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. Psicología Iberoamericana. Mexico 2006. Vol. 14 No. 2, pp. 28-35
5. Cerviño, M., Hernández, G., Moruno, T., Varilla, M., Moral, M., Lorenzo, A. y Blaya, R. (2009). La sexualidad humana. En: Coeducación: dos sexos en un solo mundo. [Curso online]. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de España. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF).
6. Thomas Lathrop Stedman. Diccionario de ciencias medicas. 25ª. Edición. Maryland. 1993.
7. ecured.cu. excitación sexual. Cuba: Ecured. 2011. Disponible en: [http://www.ecured.cu/Excitaci%C3%B3n\\_sexual](http://www.ecured.cu/Excitaci%C3%B3n_sexual)
8. Castro de Lima A., Geromel Dotto L., Villeta Mamede M. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, Municipio de Rio Branco, Acre, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil ago. 2013. 29(8):1544-1554.
9. Kuljarusnont S., Russameecharoen K., Thitadilok W. Prevalence of Sexual Dysfunction in Thai Pregnant Women. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. Thailandia October 2011, Vol. 19, pp. 172-180.

10. Contreras T. Iris. Estudio del Comportamiento de la Funcion Sexual en Mujeres Embarazadas. Barcelona: Universidad de Oriente Núcleo Anzoategui. Venezuela 2010.
11. Piñero Navero S, Alarcos Merinio G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Inv. España 2011 Ene-Feb.; 8(50).
12. Lima Leite A, Salles Campos A, Cardoso Dias A, Mahmed Amed A, De Souza E, Camona L. Prevalence of Sexual Dysfunction During Pregnancy. Rev Assoc Med Bras. Brasil 2009; 55(5): 563-8
13. Cutipa S, Melendez, L. “comportamiento sexual durante el embarazo en el Hospital Hipolito Unanue de Tacnade octubre a diciembre de 1998”.
14. Gonzales, S. “comportamiento sexual femenino durante el embarazo en el Hospital Integrado de Ilo”, ILO 1989
15. Ambia, J. Comportamiento Sexual Femenino durante el embarazo en el Centro de Slud la Natividad Julio 2000 – Junio 2001.
16. Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
17. Gómez Zapiain, J. Psicología de la sexualidad. País Vasco: Universidad del País Vasco. España 2010.
18. O’Grady J. P., Rosenthal M. Eds. Obstetrics: Psychological and Psychiatric Syndromes. New York: Elsevier 1992.
19. Gutiérrez Teira B. La Respuesta Sexual Humana. AMF 2010;6(10):543-546.
20. Solberg DA, Butller J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. N Engl J Med 1973; 288:1098
21. Perkins RP Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecl 179; 134:498
22. Basson, Rosemary (marzo de 2000). «Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and

- Classifications». *The Journal of Urology* (Estado Unidos de América) **163**:  
888-893.
23. Munárriz R, et al. Tratamiento de la disfunción sexual femenina. *Rev Int Androl*  
2004;2(1):28-36
24. Llusia Botella, Núñez Clavero. Tratado de Ginecología: Fisiológica Femenina.  
Ed. Científico-Médica Barcelona (España), 1982.
25. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth,  
Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom. *Obstetricia de Williams*. 23ª.  
Edición McGraw-Hill Interamericana, Méjico, 2011
26. Diccionario de la real academia española. Madrid 2016.

## ANEXOS

### ANEXO N° 01: SALUD SEXUAL Y CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS GESTANTES

**SOLICITAMOS SU COLABORACION RESPONDIENDO LA SGTE  
ENCUESTA SOBRE SALUD SEXUAL DE LA GESTANTE, ESTA ES UNA  
ENCUESTA ANONIMA, AGRADECEMOS SU COLABORACION ( gesta =  
embarazo)**

Edad: \_\_\_\_\_

Procedencia (distrito): \_\_\_\_\_

Religión: ( ) católica  
( ) Otras: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) soltera  
( ) casada  
( ) conviviente

Grado de instrucción ( ) analfabeta  
( ) primaria incompleta  
( ) primaria completa  
( ) secundaria incompleta  
( ) secundaria completa  
( ) superior universitario  
( ) superior técnico o instituto

#### II. Ginecoobtetricos

Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

Número de embarazos: a) primero  
b)segundo c)Tercero  
d) cuarto d) > 4

Aborto \_\_\_\_\_

cesáreas \_\_\_\_\_

Parto natural \_\_\_\_\_

hijos vivos \_\_\_\_\_

A qué edad inicio relaciones  
sexuales: \_\_\_\_\_

Frecuencia de relaciones sexuales antes de la  
gesta  
a) no tiene  
b) más de 4 a la semana  
C) menos de 4 a la semana  
d) menos de 4 al mes

Frecuencia de relaciones sexuales en la gesta  
a) no tiene  
b) más de 4 a la semana  
C) menos de 4 a la semana  
d) menos de 4 al mes

¿Ud. Cree en algún mito o creencia sobre  
mantener relaciones sexuales en la gestación?  
a) SI  
b) No

¿Está de acuerdo con las relaciones sexuales durante la gestación?

- a) SI
- b) No

¿Ud. cree que si mantiene relaciones sexuales podría causar algún daño al bebe?

- a) SI
- b) No

¿Cree que va en contra de la religión mantener relaciones sexuales durante el embarazo?

- a) SI
- b) No

¿cree ud. Que podría ser mal visto por otras personas el mantener relaciones sexuales en la gestación?

- a) SI
- b) No

¿Se siente menos atractiva por su embarazo?

- a) SI
- b) No

¿Se siente menos cómoda manteniendo relaciones sexuales durante el embarazo?

- a) SI
- b) No



## ANEXO N° 2: INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINO – GESTACION

**Instrucciones:** Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales. Marque sólo una alternativa por pregunta

1. ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?
  - Casi siempre o siempre (5ptos)
  - Muchas veces (4ptos)
  - Algunas veces (3ptos)
  - Pocas veces (2 ptos)
  - Casi nunca o nunca (1 pto)
  
2. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
  - Muy alto (5 p)
  - Alto (4 p)
  - Moderado (3 p)
  - Bajo (2 p)
  - Muy bajo o nada (1 p)
  
3. ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
  
4. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy alto (5 p)
  - Alto (4 p)
  - Moderado (3 p)
  - Bajo (2 p)
  - Muy bajo o nada (1 p)
  
5. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy alta confianza (5p)
  - Alta confianza (4p)
  - Moderada confianza (3p)
  - Baja confianza (2p)
  - Muy baja o nada de confianza (1p)

6. ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
7. ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
8. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Extremadamente difícil (5p)
  - Muy difícil (4p)
  - Difícil (3p)
  - Poco difícil (2p)
  - No me es difícil (1p)
9. ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
10. ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Extremadamente difícil (5p)
  - Muy difícil (4p)
  - Difícil (3p)
  - Poco difícil (2p)
  - No me es difícil (1p)
11. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )

- frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
12. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Extremadamente difícil (5p)
  - Muy difícil (4p)
  - Difícil (3p)
  - Poco difícil (2p)
  - No me es difícil (1p)
13. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)
  - Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
14. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)
  - Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
15. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)
  - Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
16. ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)

- Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
17. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
18. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
19. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy alto (5 p)
  - Alto (4 p)
  - Moderado (3 p)
  - Bajo (2 p)
  - Muy bajo o nada (1 p)

### ANEXO 3: INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINO – HABITUAL

**Instrucciones:** *Estas preguntas son sobre su sexualidad habitual (antes de comenzar con su embarazo). Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales. Marque sólo una alternativa por pregunta*

1. ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?
  - Casi siempre o siempre (5ptos)
  - Muchas veces (4ptos)
  - Algunas veces (3ptos)
  - Pocas veces (2 ptos)
  - Casi nunca o nunca (1 pto)
  
2. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
  - Muy alto (5 p)
  - Alto (4 p)
  - Moderado (3 p)
  - Bajo (2 p)
  - Muy bajo o nada (1 p)
  
3. ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
  
4. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy alto (5 p)
  - Alto (4 p)
  - Moderado (3 p)
  - Bajo (2 p)
  - Muy bajo o nada (1 p)
  
5. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
  - No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy alta confianza (5p)
  - Alta confianza (4p)
  - Moderada confianza (3p)
  - Baja confianza (2p)
  - Muy baja o nada de confianza (1p)

6. ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
7. ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
8. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Extremadamente difícil (5p)
  - Muy difícil (4p)
  - Difícil (3p)
  - Poco difícil (2p)
  - No me es difícil (1p)
9. ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
10. ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Extremadamente difícil (5p)
  - Muy difícil (4p)
  - Difícil (3p)
  - Poco difícil (2p)
  - No me es difícil (1p)
11. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )

- frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
12. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Extremadamente difícil (5p)
  - Muy difícil (4p)
  - Difícil (3p)
  - Poco difícil (2p)
  - No me es difícil (1p)
13. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)
  - Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
14. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)
  - Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
15. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)
  - Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
16. ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy satisfecha (5p)
  - Moderadamente satisfecha (4p)
  - Ni satisfecha ni insatisfecha (3p)

- Moderadamente insatisfecha (2p)
  - Muy insatisfecha (1p)
17. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
18. ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0 p)
  - Casi siempre o siempre (5p )
  - Muchas veces (4p)
  - Algunas veces (3p)
  - Pocas veces (2 p)
  - Casi nunca o nunca (1 p)
19. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual (0p)
  - Muy alto (5 p)
  - Alto (4 p)
  - Moderado (3 p)
  - Bajo (2 p)
  - Muy bajo o nada (1 p)



**ANEXO N° 04: COMPROBACIÓN DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS  
 GENERAL**

**ANOVA – POST HOC**

*La hipótesis de investigación es la siguiente:*

**1. Planteamiento de hipótesis**

Ho: No existen cambios en la salud sexual respecto a los Dominios de la embarazada.

H1 : Si existen cambios en la salud sexual respecto a los Dominios de la embarazada.

**2. Nivel de significancia :  $\alpha = 0.05$**

**3. Estadístico de prueba :**

**Anova de un factor**

**TABLA N° 18 - ANOVA**

| Puntaje          | Suma de cuadrados | gl          | Media cuadrática | F     | Sig. |
|------------------|-------------------|-------------|------------------|-------|------|
| Entre grupos     | 67,082            | 5           | 13,416           | 5,314 | ,000 |
| Dentro de grupos | 4529,699          | 1794        | 2,525            |       |      |
| <b>Total</b>     | <b>4596,782</b>   | <b>1799</b> |                  |       |      |

*Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.*

*P valor = 0,000075 y F = 5.314 , se acepta la H1*

**4. Región de rechazo :**

P VALOR < 0.05 ( SE RECHAZA LA HO )

P VALOR  $\geq$  0.05 ( SE ACEPTA LA HO )

**5. Decisión:** Como p valor es menor que el nivel de significancia 5% , entonces se rechaza Ho y se acepta la H1 donde se concluye si existen cambios en la salud sexual respecto a los Deseos de la embarazada.

**ANEXO N°05 - Comparaciones múltiples:**

Variable dependiente: Puntaje HSD Tukey

| (I) Deseo    | (J) Deseo    | Diferencia de medias (I-J) | Error estándar | Sig.  |
|--------------|--------------|----------------------------|----------------|-------|
| Deseo        | Excitación   | ,26000                     | ,12974         | ,340  |
|              | Lubricación  | -,11417                    | ,12974         | ,951  |
|              | Orgasmo      | ,26389                     | ,12974         | ,323  |
|              | Satisfacción | -,15611                    | ,12974         | ,835  |
|              | Dolor        | -,22167                    | ,12974         | ,526  |
| Excitación   | Deseo        | -,26000                    | ,12974         | ,340  |
|              | Lubricación  | -,37417*                   | ,12974         | ,046  |
|              | Orgasmo      | ,00389                     | ,12974         | 1,000 |
|              | Satisfacción | -,41611*                   | ,12974         | ,017  |
|              | Dolor        | -,48167*                   | ,12974         | ,003  |
| Lubricación  | Deseo        | ,11417                     | ,12974         | ,951  |
|              | Excitación   | ,37417*                    | ,12974         | ,046  |
|              | Orgasmo      | ,37806*                    | ,12974         | ,042  |
|              | Satisfacción | -,04194                    | ,12974         | 1,000 |
|              | Dolor        | -,10750                    | ,12974         | ,962  |
| Orgasmo      | Deseo        | -,26389                    | ,12974         | ,323  |
|              | Excitación   | -,00389                    | ,12974         | 1,000 |
|              | Lubricación  | -,37806*                   | ,12974         | ,042  |
|              | Satisfacción | -,42000*                   | ,12974         | ,016  |
|              | Dolor        | -,48556*                   | ,12974         | ,003  |
| Satisfacción | Deseo        | ,15611                     | ,12974         | ,835  |
|              | Excitación   | ,41611*                    | ,12974         | ,017  |
|              | Lubricación  | ,04194                     | ,12974         | 1,000 |
|              | Orgasmo      | ,42000*                    | ,12974         | ,016  |
|              | Dolor        | -,06556                    | ,12974         | ,996  |
| Dolor        | Deseo        | ,22167                     | ,12974         | ,526  |
|              | Excitación   | ,48167*                    | ,12974         | ,003  |
|              | Lubricación  | ,10750                     | ,12974         | ,962  |
|              | Orgasmo      | ,48556*                    | ,12974         | ,003  |
|              | Satisfacción | ,06556                     | ,12974         | ,996  |

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

**Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.**

**ANEXO N° 06 - Realizar los subconjuntos homogéneos**

| HSD Tukey <sup>a</sup> |     | Puntaje                      |             |
|------------------------|-----|------------------------------|-------------|
|                        |     | Subconjunto para alfa = 0.05 |             |
| Dominio                | N   | 1                            | 2           |
| Orgasmo                | 300 | 2,4411                       |             |
| Excitación             | 300 | 2,4450                       |             |
| Deseo                  | 300 | 2,7050                       | 2,7050      |
| Lubricación            | 300 |                              | 2,8192      |
| Satisfacción           | 300 |                              | 2,8611      |
| Dolor                  | 300 |                              | 2,9267      |
| <b>Sig.</b>            |     | <b>,323</b>                  | <b>,526</b> |

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 300,000.

**Fuente: Elaboración propia, basada en la encuesta dirigida a las gestantes.**