

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRICIA**



**TESIS**

**MODIFICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL**  
**DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE**  
**DE CAJAMARCA. 2018**

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

Presentado por la Bachiller:  
Tingal Calua, Fanny Janet

Asesora:  
Dra. Obsta. Quispe Oliva, Julia Elizabeth

Cajamarca, Perú, 2018

Copyright © 2018 by  
Fanny Janet Tingal Calua  
Derechos Reservados

**SE DEDICA ESTE TRABAJO A:**

Mis amados padres Rafael y Juana, por todo el sacrificio brindado y el apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, permitiéndome alcanzar mis metas.

Mis hermanos Marilú y Jarly, por creer en mí y ser un ejemplo de superación y persistencia, motivándome a sobresalir día a día y a afrontar los obstáculos.

**Fanny Janet**

**SE AGREDECE A:**

Dios, por darme la vida y fortaleza para seguir luchando por mis metas, por brindarme la guía y sabiduría para la culminación de este trabajo y permitir llegar a este momento tan especial.

Obst. Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva, por el tiempo, consejos y enseñanzas brindadas para el desarrollo de esta investigación.

Universidad Nacional de Cajamarca, y en especial a la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, por instruirme durante toda mi formación académica.

**Fanny Janet**

## CONTENIDO

|  | Pág. |
|--|------|
| DEDICATORIA  | iii  |
| AGRADECIMIENTO   | iv   |
| CONTENIDO  | v    |
| LISTA DE TABLAS  | vii  |
| RESUMEN  | viii |
| ABSTRAC  | ix   |
| <br>   |      |
| INTRODUCCION   | 10   |
| <br>   |      |
| <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>   | 12   |
| 1.1 Planteamiento del problema   | 12   |
| 1.2 Formulación del problema   | 14   |
| 1.3 Objetivos  | 14   |
| 1.3.1 Objetivo General   | 14   |
| 1.3.2 Objetivos Específicos  | 14   |
| 1.4 Justificación del problema   | 15   |
| <br>   |      |
| <b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>  | 17   |
| 2.1 Antecedentes   | 17   |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales   | 17   |
| 2.1.2 Antecedentes nacionales  | 20   |
| 2.1.3 Antecedentes locales   | 21   |
| 2.2 Bases teóricas   | 22   |
| 2.2.1 Sexualidad   | 22   |
| 2.2.2 Actividad sexual   | 23   |
| 2.2.3 Salud y derechos sexuales y reproductivos                            | 23   |
| 2.2.4 Modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo     | 25   |
| 2.2.4.1 Cambios durante el embarazo que pueden afectar la actividad sexual | 25   |
| 2.2.4.2 Respuesta sexual y su diferencia respecto al embarazo              | 30   |

|   |    |
|---|----|
| 2.2.4.3 Implicancia de la etapa del embarazo en la actividad sexual                         | 35 |
| - Implicancia en el primer trimestre  | 35 |
| - Implicancia en el segundo trimestre   | 36 |
| - Implicancia en el tercer trimestre  | 36 |
| 2.2.4.4 Creencias culturales y religiosas sobre actividad sexual coital durante el embarazo | 37 |
| 2.2.4.5 Actividad sexual coital durante el embarazo y patología obstétrica                  | 39 |
| 2.3 Hipótesis   | 42 |
| 2.4 Variable de estudio   | 42 |
| 2.5 Conceptualización y operacionalización de variables                                     | 43 |
| <b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>  | 44 |
| 3.1 Diseño y tipo de estudio  | 44 |
| 3.2 Área de estudio   | 44 |
| 3.3 Población de estudio  | 44 |
| 3.4 Muestra   | 45 |
| 3.5 Unidad de análisis  | 45 |
| 3.6 Criterios de inclusión y exclusión  | 46 |
| 3.7 Consideraciones éticas  | 46 |
| 3.8 Técnica y procedimiento de recolección de datos   | 47 |
| 3.9 Descripción del instrumento   | 47 |
| 3.10 Procesamiento y análisis de datos  | 48 |
| 3.11 Control de calidad   | 49 |
| <b>CAPÍTULO IV: ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>                                      | 50 |
| CONCLUSIONES  | 71 |
| RECOMENDACIONES   | 72 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS  | 73 |
| ANEXOS  | 81 |

## INDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>TABLA 01.</b> Características sociodemográficas de las puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018                                      | 50 |
| <b>TABLA 02.</b> Cambios en el deseo sexual durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018                             | 56 |
| <b>TABLA 03.</b> Cambios en el deseo sexual según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018                  | 57 |
| <b>TABLA 04.</b> Cambios en la frecuencia de relaciones coitales durante el embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018                     | 59 |
| <b>TABLA 05.</b> Cambios en frecuencia coital según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018                | 60 |
| <b>TABLA 06.</b> Cambios en la frecuencia orgásmica durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018                     | 63 |
| <b>TABLA 07.</b> Cambios en la frecuencia orgásmica según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018          | 64 |
| <b>TABLA 08.</b> Posición sexual más utilizada en las relaciones coitales según el trimestre de embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018 | 66 |
| <b>TABLA 09.</b> Principales creencias sobre actividad sexual coital durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018    | 67 |
| <b>TABLA 10.</b> Información sobre actividad sexual coital durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018              | 69 |

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar y analizar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018. El diseño metodológico del estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo y transversal. En el estudio participaron un total de 214 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión.

Los principales resultados encontrados fueron: dentro de las características sociodemográficas, el 42,5% se encontraba en el grupo etáreo de 20 a 30 años, 34,6% tienen estudios secundarios, 58,9% son convivientes, 75,7% son amas de casa y 57,5% no pertenecen a la religión católica. Las modificaciones de la actividad sexual coital fueron, deseo sexual: el 95,8% presentaron cambios; en el primer y segundo trimestre se encontró disminuido en un 46,8% y 55,2% respectivamente, mientras que en tercer trimestre se encontró ausente en un 60,5%. Frecuencia de relaciones coitales: el 98,1% presentaron cambios; en el primer y segundo trimestre se encontró disminuido en un 56,7% y 61,9% respectivamente, mientras que en tercer trimestre se encontró ausente en un 81,4%. Orgasmo: el 96,7% presentaron cambios; en el primer y segundo trimestre se encontró disminuido en un 59,7% y 48% respectivamente, mientras que en el tercer trimestre se encontró ausente en un 69,4%. La posición sexual utilizada en el primer trimestre fue “el hombre encima” en un 56%, mientras que en el segundo y tercer trimestre fue “de costado” con un 63,1% y 90,7% respectivamente. El 27,1% cree que las relaciones coitales durante el embarazo producen parto prematuro y solo 3,7 % cree que no son perjudiciales para el embarazo. El 11,7% recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo.

**Palabras claves:** Actividad sexual coital; embarazo; deseo; orgasmo; posición sexual.



## ABSTRACT

The main objective of this study was to determine and analyze the changes in sexual activity during pregnancy. Teaching Regional Hospital of Cajamarca 2018. The methodological design of the study was descriptive, non-experimental, retrospective and transversal. A total of 214 puerperal women who met the inclusion and exclusion criteria participated in the study.

The main results were: within the sociodemographic data, 42,5% were in the age group of 20 to 30 years, 34,6% had secondary education, 58,9% were cohabiting, 75,7% were housewives and 57,5% were not of catholic religion. The modifications of sexual coital activity were, sexual desire: 95.8% presented changes; in the first and second trimesters it was found to be decreased by 46.8% and 55.2% respectively, while in the third quarter it was found to be absent in 60.5%. Frequency of coital relationships: 98.1% presented changes; In the first and second trimesters it was found to be decreased by 56.7% and 61.9% respectively, while in the third quarter it was found to be absent in 81.4%. Orgasm: 96.7% presented changes; in the first and second trimesters it was found to be 59.7% and 48% respectively, while in the third quarter it was found to be absent in 69.4%. The sexual position used in the first quarter was "the man over" by 56%, while in the second and third quarters was "sideways" with 63.1% and 90.7% respectively. 27.1% believe that coital relationships during pregnancy produce preterm delivery and only 3.7% believe that they are not harmful to pregnancy. 88.3% did not receive information about coital sexual activity during pregnancy.

**Key words:** Coital sexual activity; pregnancy; wish; orgasm; sexual position

## INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad, es un aspecto inherente a todo ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Incluye el sexo, identidad, papel de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. La actividad sexual coital, desde el punto de vista de la sexología, se define como el contacto físico entre personas, a través del coito o penetración, fundamentalmente con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos (1).

El embarazo es una etapa importante en la mujer, donde se producen una serie de cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos que influenciados por factores culturales, sociales y religiosos; pueden modificar la actividad sexual coital de la pareja durante este periodo. Además los tabúes y creencias populares sobre lo que es y no es apropiado en el comportamiento sexual durante el embarazo, puede provocar que la gestante tienda a modificar su actividad sexual, generando así problemas en la salud sexual tanto de ella como la de su pareja (2). Los investigadores coinciden que durante el embarazo la mayoría de las mujeres sufren modificaciones en su actividad sexual las cuales están relacionadas con cada trimestre de embarazo; estas modificaciones consisten en variaciones como el aumento o disminución del deseo sexual, frecuencia del coito, de la capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual de la gestante.

En la actualidad mucho se habla de sexualidad y parece que todo está dicho; sin embargo, la sexualidad durante el embarazo no tiene la importancia y el abordaje necesario, y ello genera muchas veces dudas e incertidumbre. El desconocimiento y la desinformación sobre la actividad sexual durante el embarazo han llevado a que se especule o se trate de forma equivocada y no se informe bajo criterios científicos, afectando así la actividad sexual y la relación de pareja (3).

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, no es ajeno a esta realidad, ya que muchas gestantes manifestaban sus dudas sobre los cambios en su actividad sexual, existiendo además escasa información por parte del personal de salud en temas concernientes a la sexualidad durante el embarazo.

Por todo lo mencionado anteriormente, surge la elaboración del presente trabajo de investigación con el objetivo primordial de determinar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo, estudio que se realizó en las pacientes puérperas del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

La presente tesis está organizada en 4 capítulos:

**Capítulo I:** En donde se consignan la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

**Capítulo II:** Está conformado por los antecedentes, las teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables.

**Capítulo III:** Correspondiente al diseño metodológico.

**Capítulo IV:** Comprende la discusión y análisis de los resultados.

Finalmente están las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

**La autora**

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la actividad sexual es definida como una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (1).

El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante, tanto físicos, fisiológicos y psicológicos pueden afectar, cambiar y modificar la actividad sexual, pero no solo de la gestante sino también la de su pareja (2). Virginia Johnson considera que los efectos del embarazo sobre la actividad sexual no son uniformes, para algunas mujeres la gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales. (4).

Desde la antigüedad, la actividad sexual durante el embarazo ha sido un tema de controversia, estudios antropológicos demuestran prácticas muy dispares, desde varias tribus que restringen la actividad sexual por temor a que el esperma ciegue o hiera al embrión, hasta otras civilizaciones (los chukchees y los azandas), que las fomentan porque imaginan al embrión como algo líquido que debe ser solidificado y nutrido por el esperma, sin embargo, la mayoría de ellos prohibía al acto sexual durante el último mes de gestación sobre la base de que podría matar al feto o causar parto prematuro, esta preocupación aún subsiste en sociedades modernas. Existía además el mito de que las mujeres no sentían deseos sexuales durante el embarazo, se consideraba que eran totalmente absorbidas por la gestación. Esta serie de tabúes y percepciones erróneas, limitan a la mujer durante el embarazo a desenvolverse en la esfera sexual, modificando así su actividad sexual (3).

Masters y Johnson, refieren que durante el embarazo la mayoría de las parejas sufren un deterioro sexual muy significativo, con un índice importante de insatisfacción por parte de ambos (5).

En Norte América la mayoría de gestantes no tienen relaciones sexuales luego de enterarse que están embarazadas, en Francia una tercera parte de las gestantes tienen relaciones sexuales durante todo el embarazo, en Irán la gran mayoría de parejas son sexualmente activas durante el embarazo, sin embargo en china, las gestantes tienen menos actividad sexual y deseo durante el embarazo (9).

Existen investigaciones sobre actividad sexual durante el embarazo en distintas partes del mundo, incluyendo Europa, Asia y América; sin embargo, en el caso de América Latina, son pocos los estudios realizados. Perú no es ajena a esta problemática, los trabajos de investigación que tratan esta temática son escasos (7,8).

En la ciudad de Cajamarca no existen investigaciones que hablen sobre las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo, aún no existe datos que nos orienten o nos informen si las gestantes de esta ciudad están modificando su actividad sexual coital. Tomando en cuenta estas situaciones se plantea la siguiente interrogante.

## **1.2. Formulación del problema**

¿La actividad sexual coital presenta modificaciones durante el embarazo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar y analizar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.
- Identificar las modificaciones de la actividad sexual coital: deseo sexual, frecuencia coital, orgasmo y posición sexual por trimestres de embarazo.
- Identificar las creencias sobre actividad sexual coital durante el embarazo.
- Identificar el porcentaje de pacientes puérperas que recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo.

#### **1.4. Justificación del problema**

El proceso de gestación afecta (negativa o positivamente) el comportamiento sexual de la pareja, en tanto la actividad sexual es un estado que puede ser afectado por diferentes condiciones, y el embarazo puede ser una de ellas, ya que la gestación es una situación compleja que parece influir en la actividad sexualidad. (6).

En el Perú el cuidado del embarazo es un programa fundamental de promoción y prevención de la salud, pero su enfoque va encaminado a prevenir la morbi-mortalidad de mujeres embarazadas y del niño por nacer, sin embargo los estudios que involucran la actividad sexual durante el embarazo son escasos (7,8).

En la ciudad de Cajamarca existen estudios publicados sobre sexualidad, pero todos ellos enfocados en temas de adolescencia y puerperio, sin embargo, hasta la actualidad aun no existen estudios publicados sobre modificaciones de la actividad sexual.

En el Hospital regional Docente de Cajamarca, durante la rotación por el servicio de Consultorio Obstétrico, en la etapa de internado 2017, algunas gestantes expresaban sus inquietudes sobre la práctica de relaciones sexuales, sus dudas sobre los cambios en su actividad sexual y si estas eran normales dentro del embarazo, las cuales afectaban directamente sobre la calidad de vida sexual de la pareja.

Por estas razones se creyó conveniente realizar el presente estudio con el objetivo de determinar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo, realizado en pacientes púerperas del Hospital Regional Docente de Cajamarca. De esta manera, se busca reconocer las posibilidades y las limitaciones en el área sexual de la paciente, puesto que al identificar las modificaciones en su actividad sexual se podrá reforzar la información y modificar las creencias, mejorando así la calidad de atención que se brinda a las gestantes.

Los resultados de esta investigación servirán como fuente de referencia para próximas investigaciones; así como, referencia al Hospital, profesionales de salud para brindar una orientación adecuada a la paciente y a la pareja sobre lo que puede pasar con su sexualidad durante el embarazo y cómo afrontar los cambios, contribuyendo así con

la educación sexual de esta población y permitiendo disfrutar al máximo y plenamente de su sexualidad.

Además, contribuirá como referencia para incentivar la elaboración de iniciativas políticas que incluyan dentro de los programas de salud temas concernientes a la sexualidad durante el embarazo.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Soria B. (España, 2012).** En su estudio encontró que un 10,8 % manifiesta que no ha cambiado sus relaciones sexuales durante el embarazo y el 89,2% manifiesta lo contrario. En cuanto al cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales un 86,4% manifestó que sí percibieron cambios, un 12,2% manifestó cambios en el orgasmo y el 1,5% presenció cambios en el deseo sexual. El 45,9% no asistió a clase de educación maternal y por el contrario un 54,1% si asistió. En cuanto a información sobre sexualidad, el 82,4% no recibió información y solo el 17,6% si recibió esta información. El 59,5% no ha tenido dudas sobre sexualidad en su embarazo y el 40,5% si lo tuvo (10).

**Sofia P. y col. (España, 2012).** En su investigación encontraron que el interés sexual de la embarazada se mantiene igual en el primer y segundo, mientras que en el tercer trimestre se ve disminuido. La frecuencia de coitos se encontró disminuida en los tres trimestres de gestación. El orgasmo y/o satisfacción sexual se encontró disminuida tanto en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo. En cuanto a la autoestimulación sexual el mayor porcentaje de gestantes refieren no haberlo practicado. Las posiciones más empleadas durante el coito son: el hombre encima, el hombre debajo. De las encuestadas el 59% se encuentra menos atractiva durante el embarazo, siendo este porcentaje más elevado en el tercer trimestre. La embarazada encuentra a su pareja en un 53,4% más afectivo y menos pasional en el segundo y tercer trimestre. un 29,97% igual, un 8,96% con menos deseo (11).

**Rodríguez M. y col. (España, 2013).** En su investigación encontraron que el interés sexual de la embarazada se ve disminuido en cada uno de los trimestres del embarazo. La frecuencia de coitos también se encontró disminuida siendo más pronunciada en el segundo y tercer trimestre de la gestación. Al comparar las posiciones sexuales más empleadas perdura la de “hombre encima” y de “hombre debajo”. La autoestimulación sexual aumentó en el segundo trimestre del embarazo y disminuyó en el primer y tercer trimestre. El orgasmo o satisfacción sexual se encontró disminuida en el primer y segundo trimestre, mientras que en el tercer trimestre la mayor parte de gestante no tuvo relaciones sexuales. Las fuentes más habituales de información fueron las amistades y el internet, al contrario, la fuente menos habitual fueron los profesionales sanitarios. Incluso alrededor de un 12% de las participantes refirió no haber recibido ni poseer ningún tipo de información al respecto (12).

**Balestena J. y col. (Cuba, 2014).** En su investigación encontraron que, la frecuencia coital tiende a disminuir en el primer y tercer trimestre de gestación, mientras que en el segundo trimestre se evidencia un aumento. En cuanto al deseo sexual, orgasmo o satisfacción sexual tuvieron una relación altamente significativa con el primero y tercer trimestre de la gestación donde se encuentra disminuida, y por el contrario en el segundo trimestre tiende a recuperarse y aumentar (13).

**Escudero R. (España, 2015).** En su estudio encontró que las mujeres menores de 30 años tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales durante la semana 38 de gestación. Mayor frecuencia de orgasmo y mayor satisfacción sexual en la semana 20. La mujer con estudios básicos refiere mayor frecuencia coital al término de la gestación y mayor frecuencia orgásmica en la semana 30 de la gestación, mayor satisfacción sexual a los 6 meses post parto. Respecto al estado civil, las mujeres solteras muestran mayor frecuencia coital en la semana 20 y 30, mayor frecuencia de orgasmos en la etapa post parto. El descenso de la frecuencia coital es más marcado en mujeres con hijos antes del embarazo (14).

**Levin A. (Argentina, 2015).** En su estudio se concluye que, el 78,8% de la población encuestada refiere que notó cambios en el deseo sexual después de quedar embarazada y el 21,2% refiere lo contrario, de acuerdo con el trimestre de embarazo se observó que en los tres trimestres el deseo se encontró disminuido. En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales el 75% refiere que notó cambios y el 25% refiere lo contrario, la disminución se observó en todos los trimestres de embarazo. En cuanto a la satisfacción sexual u orgasmo el 57,7% refiere que notó cambios y el 43,3%

refiere lo contrario, esta disminución se observó en todos los trimestres de gestación. En cuanto a la posición sexual la más practicada en el primer trimestre fue la de “cualquier posición”, en el segundo trimestre fue “ella encima” y en el tercer trimestre la de “costado”. La mayoría de las gestantes no presentó molestias en los tres trimestres de gestación. El 52,9% refiere que las relaciones sexuales no son dañinas para el feto. El 91,3% refiere no haber recibido información sobre el tema al respecto (15).

**Sapién J. y col. (México, 2015).** En su trabajo de investigación encontraron que las dificultades sexuales de los padres más destacadas fueron: creencias acerca del impacto negativo del coito en el cuerpo embarazado y el feto, prejuicios morales contra el sexo en este período, impericia sexual, necesidades sexuales insatisfechas, disminución del deseo y energía sexual debido a fatiga y preocupaciones, y contraposición entre sus necesidades y deseos sexuales y los de la cónyuge. Se concluyó que estas dificultades dependieron de las condiciones físicas y psicológicas de la compañera embarazada, siendo mediadas por las concepciones masculinas acerca del sexo (16).

**Betaglia V. y col. (Paraguay, 2015).** En su investigación encontraron cambios significativos en el primer trimestre de la gestación con relación a su condición habitual, el interés sexual de la gestante fue francamente bajo en el tercer trimestre, esto en relación con el deseo, el erotismo y la satisfacción sexual, el 81% de las mujeres encuestadas desconocían de los cambios observados en el embarazo (17).

**Pichucho G. y col. (Ecuador, 2015).** En su trabajo de investigación concluyeron que las mujeres embarazadas mostraron un patrón similar de disminución de la actividad sexual comparado con la condición antes del embarazo, durante el primer, segundo y tercer trimestre. La fuente de información más consultada por las embarazadas sobre actividad sexual en el embarazo fue la pareja con un 49,33%. Solo el 32,63% recibió información por parte del profesional de salud. El 62,67% conoce que el coito no es perjudicial para el feto siempre y cuando no haya alguna patología del embarazo que lo contraindique. Sin embargo, el 46% creía que el coito en el tercer trimestre podría desencadenar el parto. (18)

**Álvarez R. y col (Colombia, 2016).** En su estudio encontraron que la sexualidad durante el embarazo presenta modificaciones, por lo tanto, las mujeres y sus parejas se deben ir adaptando a los diferentes cambios, los cuales no impiden que vivan una sexualidad plena. aún hay mitos presentes debido a la falta de información y los prejuicios que se tienen alrededor del tema, por lo que es importante que los profesionales de salud aborden a profundidad el tema y de esta manera evitar la desinformación permitiendo así que la mujer pueda disfrutar de su sexualidad durante el embarazo sin miedo a hacerle daño al bebé (19).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Vera C. (Perú, 2014).** En su investigación se concluye que la frecuencia de relaciones sexuales se ve disminuida a medida que progresa el embarazo, resaltando en el tercer trimestre la ausencia de relaciones. En cuanto al orgasmo se evidenció una disminución en el primer y tercer trimestre mientras que en el segundo trimestre aumentó. En cuanto al deseo sexual durante el primer trimestre se mantiene igual, mientras que en el segundo y tercer trimestre se encontró disminuido. En cuanto a las molestias durante el primer trimestre la mayoría no refiere molestias y en el segundo y tercer trimestre manifiestan dolor en el coito. En cuanto a la posición sexual durante el primer y segundo trimestre resaltó la de “el encima”, en el tercer trimestre fue la de “cualquier posición”. (20).

**Timaná E. (Perú, 2015).** En su estudio se encontró que la frecuencia de relaciones en el I trimestre es igual (55,5%) y en el III trimestre disminuye (41,6%), aumentando en el II Trimestre (44,4%). El deseo sexual disminuyó en el I trimestre (52,7%) y en el III trimestre (52,7%), aumentando en el II Trimestre (48,6%). Asimismo, fueron monorgásmicas (50%). En la posición del acto sexual optaron por la de lado (34,7%). Difícilmente alcanzaron el orgasmo en el I trimestre (52,7%) y en el III trimestre (58,3%), aumentando en el II Trimestre (31,9%). No percibieron dolor y molestias durante el acto sexual en los tres trimestres (86,1%). La mitad de las mujeres cree que tener relaciones sexuales durante la gestación podría haber provocado aborto (54,2%) (21).

**Gonzales L. (Perú, 2015).** En su trabajo de investigación encontró que los factores socioculturales que están asociados a la disfunción sexual en las gestantes son la edad de la pareja, el grado de instrucción y la privacidad en el hogar para tener relaciones sexuales. Acerca de los factores biológicos asociados a la disfunción sexual son el Índice de Masa Corporal, la paridad, la edad gestacional y la no planificación del embarazo. Los factores relacionados a las creencias asociados a la disfunción sexual son el no recibir información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo, el pensar que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al bebé, alguna complicación durante el embarazo y el pensar que existe obligación de cumplirle sexualmente al marido (22).

**Tarco N. (Perú, 2016).** En su estudio concluye que, en el primer trimestre la intensidad del deseo sexual resultó medianamente fuerte para el 30,7%, la facilidad de despertar el interés sexual y lubricación fue fácil para el 29,8% y 33,7% respectivamente, la frecuencia de relaciones sexuales fue de 2 veces por semana en el 26%, el orgasmo no fue logrado por el 35,6% y el 34,4% optó por la posición sexual de la “mujer abajo”; en el segundo trimestre la intensidad del deseo sexual fue débil para el 28,8%, la facilidad de despertar el interés sexual y lubricación fue difícil para el 38,5% y 30,7% respectivamente, la frecuencia de relaciones sexuales fue de muy esporádico en el 32,6%, el orgasmo no fue logrado por el 53,7% y el 52,8% optó por la posición sexual “de costado”; en el tercer trimestre el 63,4% no tuvo deseo sexual, el 63,4% y 59,5% no presentó interés sexual y lubricación respectivamente, el 34,6% no practicó relaciones sexuales, el 79% no alcanzó el orgasmo, el 88,3% y la posición sexual fue la “de costado” para el 66,24% (23).

#### **2.1.4. Antecedentes Locales**

Al realizar una revisión bibliográfica en las diferentes plataformas de investigación, no se encontraron publicaciones que abordan el tema de actividad sexual durante el embarazo en Cajamarca.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. SEXUALIDAD**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011, la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida, abarca el sexo, identidad, papel de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas y prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre (24).

La sexualidad se compone de cuatro características, estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social. Las cuatro características son:

- El erotismo, es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.
- La vinculación afectiva, es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.
- La reproductividad, es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes paternas y maternas, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.
- La característica del sexo, comprende el grado en que se experimenta la pertenencia a una de las categorías: femenino o masculino (24).

Comúnmente la sexualidad y el término “sexo” son asumidos como uno mismo, y mucho más complicado son los usos comunes de la palabra sexo; que hace referencia tanto a un acto como a una categoría de persona, es decir una práctica y un género. En el siglo XVI el término sexo se refería precisamente a las diferencias de género, cuya expresión biológica se concreta en la adolescencia y cuya faceta psicológica es resultado de una larga educación. Sin embargo, desde el siglo XIX el significado que se le atribuye se refiere a las relaciones físicas entre los sexos al acto sexual (25).

### 2.2.2. ACTIVIDAD SEXUAL

Según la OPS 2000, la actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (26).

Se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en grupo. (OMS, 2002) (24).

- **Relación sexual:** son aquellas acciones que se realizan entre dos o más personas, con la finalidad de tener placer sexual, abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita sólo a coito o penetración. Incluye, en general, cualquier contacto que suponga excitación sexual con o sin orgasmo, como abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo, pero no en los genitales, caricias en la zona genital, sexo oral y penetración (con o sin eyaculación dentro de la vagina) (25).
- **Relación sexual coital:** el acto sexual donde se introduce el pene ya sea en la vagina o ano (vaginal o anal). Estos pueden darse entre dos o más personas (25).

### 2.2.3. SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y de procrear de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (24).

En su definición, la OMS fundamenta la salud sexual en la conjunción de tres condiciones:

1. Capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética social y personal.
2. Permanecer libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales.

3. Permanecer libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la función sexual y/o reproductiva (27).

Para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas.

**Los derechos sexuales y reproductivos son:**

1. Derecho a la salud que incluye el derecho a la salud reproductiva.
2. Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales que incluye el derecho a no ser sometida/o a torturas o tratos crueles o degradantes.
3. Derecho a estar libre de violencia basada en el sexo o género.
4. Derecho a vivir libre de explotación sexual.
5. Derecho a tener o no hijos, a decidir el número e intervalo de los mismos que incluye el derecho a la autonomía reproductiva.
6. Derecho a realizar un plan de procreación con asistencia técnica o de una obstetra en un hospital o en un ambiente alternativo.
7. Derecho a la intimidad que incluye el derecho a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas.
8. Derecho a la igualdad y a la no discriminación que incluye el derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud sexual y salud reproductiva y a la opción sexual.
9. Derecho al matrimonio y a fundar una familia que incluye el derecho a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.
10. Derecho a contraer o no matrimonio.
11. Derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.
12. Derecho al empleo y la seguridad social que incluye el derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
13. Derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.
14. Derecho a la educación que incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva.



15. Derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.
16. Derecho a la información adecuada y oportuna que incluye el derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud.
17. Derecho a ser informadas e informados sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.
18. Derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer que incluye el derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.
19. Derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para la reproducción humana asistida.
20. Derecho a no ser objeto de experimentación en el área de reproducción humana.
21. Derecho a que se restituyan los derechos en caso de ser conculcados (27).

#### **2.2.4. MODIFICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO**

Las modificaciones en la actividad sexual coital de la gestante dependen de los cambios tanto físicos, hormonales, psicológicos, emocionales que se pueden presentar durante la etapa del embarazo.

##### **2.2.4.1. Cambios durante el embarazo que pueden afectar a la actividad sexual**

El embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático. Podríamos afirmar que es todo lo contrario. Durante el embarazo se expresan profundos cambios en la función sexual, la gestante muestra cambios fisiológicos que afectan a la respuesta y al comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales tales como la dispareunia (coito doloroso) o la anorgasmia en la mujer. Estas manifestaciones pueden iniciarse y agravarse durante el embarazo y no son pocas las parejas que continúan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual (28).

Para otras, sin embargo, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten paradójicamente libres del temor y/o del deseo del embarazo y, ayudadas por los efectos hormonales, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes (28).

### ✓ **Cambios físicos**

En primer lugar, nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, a medida que avanza el embarazo el vientre de la gestante se va siendo mas notoria por el crecimiento fetal.

Cambios hiperpigmentarios en la piel, lo que constituye cloasma en la zona malar y centro facial que se exacerba con la exposición al sol. Efecto que se debe al aumento de la Hormona estimulante de melanocitos (HSM) y/o estrógenos. Además de la aparición de las estrías que aparecen hacia el segundo trimestre y se localizan en el abdomen, glándulas mamarias, muslos y glúteos. Otros cambios cutáneos incluyen angioedemas, eritema palmar y cutis marmóreo (apariencia moteada de la piel como resultado de la inestabilidad vasomotora). Las uñas se tornan quebradizas y pueden mostrar surcos. El cabello se engrosa debido al aumento del número de folículos en fase de crecimiento; el hirsutismo generalizado se puede agravar en las mujeres que antes tenían vello grueso o distribución androide de este o por el contrario una mayor caída de este (28).

Se produce un aumento de tamaño y firmeza de las mamas, las areolas se agrandan y oscurecen. Aparecen e ellas los tubérculos de Montgomery (que son glándulas sebáceas alargadas) cuya finalidad es lubricar la areola y los pezones. La piel se estira y deja traslucir los vasos sanguíneos. La capacidad eréctil de los pezones aumenta y en definitiva se muestran mucho más sensibles (28).

Entre las alteraciones musculoesqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño, lo cual genera dolor lumbar y cansancio (28).

### ✓ **Cambios Cardiovasculares**

El sistema cardiovascular también cursa con otras alteraciones como son el aumento del gasto cardiaco (para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto), una reducción de la resistencia vascular sistémica, y un ligero descenso en la presión arterial media, debido a la dificultad para el retorno venoso en miembros inferiores y por compresión del útero sobre la vena cava inferior. También, se produce un aumento del flujo sanguíneo, lo que provoca mayor sensibilidad genital y mamaria (28,30).

Hacia el tercer trimestre la posición supina hace que el útero gravídico cause compresión sobre la vena cava, reduciendo el retorno venoso y la presión arterial, la posición de cubito lateral izquierdo puede aliviar la compresión de la vena cava restaurando la presión arterial. La presión venosa progresivamente aumenta en las extremidades inferiores, por enlentecimiento del retorno venoso debido al efecto de compresión uterino antes mencionado, en esta ocasión además sobre las venas ilíacas comunes; favoreciendo así la aparición de edema, venas varicosas que se manifiestan clínicamente con sensación de fatiga y pesadez en las extremidades. Además de hemorroides y dilataciones venosas en la vulva (28,30).

### ✓ **Cambios Pulmonares**

Con el crecimiento del útero, el diafragma se eleva alrededor de 4 cm. La caja torácica se desplaza hacia arriba, el diámetro inferior del tórax se incrementa aproximadamente 2 cm y de la circunferencia del tórax hasta 6 cm. Hay un aumento del consumo de oxígeno en un 20% (28,30).

### ✓ **Cambios Gastrointestinales**

Empezando desde la cavidad oral se produce un aumento de la salivación (ptialismo), las encías se tornan hiperémicas e hipertróficas, dándoles una textura esponjosa y friable, provocando gingivorragia. Esto puede ser causado por efecto estrogénico y de esteroides sexuales a nivel sistémico. La percepción de estas manifestaciones gastrointestinales puede resultar incómodas y por lo tanto limitantes al momento de la relación sexual como: reflujo y pirosis por aumento de secreciones gástricas, peristalsis del esófago disminuida, retraso del vaciamiento gástrico que contribuye a la regurgitación, estreñimiento por incremento en la absorción de agua (28,30).

### ✓ **Cambios Renales**

Hay aumento en la velocidad de filtración glomerular, dilatación de los uréteres provocados por la progesterona, lo que provoca que el flujo de la orina se haga más lento, por lo que tarda más tiempo en atravesar las vías urinarias y eleva el riesgo de que las bacterias se reproduzcan y favorece la aparición de infecciones urinarias, esta infección contraindicaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o parto pretérmino (28).

La progesterona también provoca la relajación de los músculos de la vejiga, con lo cual es más difícil vaciarla por completo y se eleva el riesgo de reflujo de la orina, lo que puede provocar que la orina vuelva a subir hacia los riñones. Durante el embarazo, el pH de la orina cambia, se vuelve menos ácida y más propensa a contener glucosa, elevando así el riesgo de proliferación de bacterias (28).

Al final del embarazo, se produce un aumento en el número de micciones (polaquiuria) debido a la compresión del útero sobre la vejiga (28).

### ✓ **Cambios Hormonales**

La endocrinología del embarazo es determinante para lograr la gama de cambios fisiológicos adaptativos. Estas modificaciones hormonales son gracias a la contribución de la placenta y el feto también.

- **Gonadotropina coriónica humana (hCG):** es una glucoproteína producida por el sincitiotrofoblasto placentario, además comparte semejanzas biológicas e inmunológicas con la hormona luteinizante (LH).

Las concentraciones de dicha hormona duplican su valor cada dos días alcanzando sus valores máximos dentro del primero trimestre, y sufre una disminución hacia el inicio del segundo trimestre. Esta hormona puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo (28).

- **Estrógeno:** durante la primera parte del embarazo, la producción de estrógenos se encuentra a cargo del cuerpo lúteo. Posteriormente, la placenta y corteza adrenal del feto son responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el

embarazo desde valores de 2 ml durante el primer trimestre hasta 14 ml al final del tercer trimestre. Los estrógenos contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación y al desarrollo del sistema de conductos en las mamas. Igualmente son responsables de generar el comportamiento “estro” o calor sexual de la mujer (32).

Son responsables de la estimulación y aumento del deseo sexual, la lubricación vaginal, vasodilatación de la vagina y la circulación sanguínea en el clítoris (33).

- **Progesterona:** Durante el embarazo es producida por la placenta, el 90% de la progesterona pasa a la circulación materna y el 10% restante a la circulación fetal los niveles de progesterona a lo largo del embarazo aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores a las que se encuentran durante la fase lútea del ciclo genital (32,33).

En cuanto a sus efectos, reduce el deseo y produce malestar anímico, obstaculizando el encuentro sexual. Durante el embarazo, es la responsable de los sentimientos maternales y de la baja libido (33).

- **Prolactina:** es la hormona que estimula las glándulas mamarias mientras se preparan para la lactancia. Durante el embarazo los niveles de prolactina se encuentran elevados. Actúa inhibitoriamente sobre la testosterona por lo tanto va a actuar negativamente sobre el deseo sexual. Durante la gestación normal en el primer, segundo y tercer trimestre los niveles de prolactina están alrededor de 75, 116 y 216 ng/ml, respectivamente (32).

#### ✓ **Cambios psicológicos y emocionales**

Durante el embarazo la mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja la vea poco atractiva. Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos, lo que puede repercutir en la pareja (29).

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que ésta, olvide su rol de

seductora y seducida, y su pareja deje de verla como una amante (2,6). Es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual (10,29).

Por otro lado, el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente tienden a adaptarse mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad (10,29).

También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo, la edad de la gestante y la visión que tienen sobre el embarazo. No es lo mismo una embarazada adolescente con un embarazo no deseado, que una mujer adulta que ansía su primer hijo, o una mujer primípara que una múltipara, como tampoco es la misma situación cuando se habla de mujeres que se embarazan tras años de estrés por esterilidad (2,34).

Tampoco se puede dejar de considerar la presencia del feto, quien adopta la figura del intruso o de una tercera persona, tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño al hijo que está por nacer y éste puede ser un impedimento para una adecuada manifestación y liberación de las sensaciones sexuales. Sin duda, cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone readaptaciones (34).

#### **2.2.4.2. RESPUESTA SEXUAL Y SU DIFERENCIA RESPECTO AL EMBARAZO**

La respuesta sexual durante el embarazo presenta algunos cambios, los cuales son importante conocer, estos cambios se dan en las diferentes etapas de la respuesta sexual.

##### **❖ Respuesta sexual**

La respuesta sexual humana es una función compleja que resulta de la interacción de múltiples factores, entre ellos, factores psicológicos, afectivos, socioculturales y

biológicos, que acompañan a la realización de acto sexual y que experimentan los seres humanos frente a un estímulo sexual (29).

De esta manera la respuesta sexual se muestra variable a lo largo de la vida en sus diferentes etapas desde el nacimiento hasta la vejez, incluyendo también el embarazo. La respuesta sexual comprende también las vivencias de lo que sentimos, de lo que nos atrae y de la relación y convivencia con los demás, y se encuentra influida socialmente por una serie de normas y códigos, de ideologías, mitos, costumbres y religiones (29).

Adicionalmente, los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular, produciéndose cambios en los tejidos y órganos genitales y. Por ello la respuesta sexual consiste en una serie de cambios neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales que afecta a todo el organismo, considerándose una respuesta fisiológica integrada al incluir la acción de la mayoría de órganos y sistemas (29).

Masters y Johnson (1966) establecen 4 fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución, caracterizándose cada una de ellas por cambios específicos en las mamas y en los genitales internos y externos (29).

Posteriormente Helen Singer Kaplan (1979) le aumentó una etapa previa denominándole deseo. Mas tarde Rosemary Basson, postuló que algunas mujeres podían ser motivadas a participar en la actividad sexual, no necesariamente por el deseo, sino por otras razones, tales como el deseo de intimidad emocional, seguido por un ciclo de fases superpuestas variando las secuencias descritas anteriormente (29).

No existe un único modelo de respuesta sexual femenina, pero en esta investigación se tomará en cuenta el modelo propuesto por Masters y Johnson y el modelo de Kaplan. (17).

### ➤ **Fase del deseo**

Se llama deseo, libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación, para responder a ellos y gratificarse, que precede a la

realización de actos sexuales, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. (36)

En las mujeres gestantes, el interés o deseo sexual, puede aumentar, disminuir y a veces permanecer igual. Esto depende del tipo relación sexual que mantenga con su pareja, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta de información, estado hormonal, etc. (10)

### ➤ **Fase de excitación**

En esta fase de excitación se produce vasodilatación aumentando así el aporte sanguíneo a los órganos genitales lo que desencadena en los hombres la erección del pene y engrosamiento de los testículos; en la mujer el crecimiento del clítoris y engrosamiento de los labios menores., además de la vasocongestión de la vagina y del conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). En una etapa mas avanzada, la vasocongestión en el área vaginal empuja las paredes del tercio mas externo hacia la luz de la cavidad vaginal (29).

A demás existe un aumento del tamaño de las mamas con erección de los pezones debido a la vasocongestión e ingurgitación (36).

El cérvix y el útero se elevan en la pelvis para permitir el paso del pene, traccionando y alargando la vagina, que, añadido a la congestión venosa, proporciona a la vagina el aspecto de una botella invertida. Esta elevación posiblemente se deba a la tracción que ejercen los ligamentos sacrouterinos, los cervicales transversos y otras formaciones de la fascia pélvica y uterovaginal, o a la contracción del musculo elevador del ano (29).

La vagina comienza a lubricarse gracias a las hormonas y a la trasudación de plasma sanguíneo procedente de la dilatación venosa del plexo vascular perivaginal, esta lubricación facilita los movimientos del pene en el interior de la vagina además que produce un aumento en el pH vaginal favoreciendo la supervivencia de los espermatozoides. Las glándulas de Skene también contribuye en la lubricación durante la excitación, es lo que se denomina eyaculación femenina (29).



A esto se incluye un aumento de la frecuencia cardiaca, de la tensión arterial, de la ventilación, del tono muscular y la aparición del rubor sexual (35).

En la etapa del embarazo, la vasocongestión existente durante la gestación se suma a la congestión vascular propia de esta fase, lo que puede provocar irritación y dolor en las mamas durante la relación sexual sobre todo en el primer trimestre y en mujeres multíparas, o en cambio en otras gestantes puede producir mayor excitación. Del mismo modo ocurre con la lubricación vaginal que aparece incrementada durante la gestación, siendo incomoda al inicio, tal como lo describe Masters y Johnson (10).

#### ➤ **Fase de meseta**

En esta fase las modificaciones físicas constituyen la continuación de las descritas en la etapa anterior. El tercio externo de la vagina muestra una congestión mas marcada, disminuyendo su diámetro y formando lo que Masters y Johnson denominaron plataforma orgásmica. El clítoris se retrae, la musculatura corporal se tensa, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que se avecina el orgasmo. Además, las mamas y las areolas experimentan un mayor aumento de tamaño (10).

Durante el embarazo, Master y Johnson en su estudio comprobaron que en la mujer gestante la vasocongestión de la porción externa vaginal esta muy aumentada en comparación con la no gestante y la reducción del diámetro vaginal se hace mayor a medida que avanza el embarazo (29).

#### ➤ **Fase de orgasmo**

El orgasmo se logra a través de la estimulación directo o indirecta del clítoris a través del coito. Durante el orgasmo, la musculatura lisa de los órganos pélvicos y la musculatura esquelética (músculos del suelo de la pelvis, abdominales y cervicales) se contraen en intervalos regulares, El útero también se contrae y durante pocos segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada experiencia sexual. La duración del orgasmo suele ser de 10-15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina (29).

Se observa también una mayor retracción clitorídea, un cierre del esfínter anal, retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca y de la tensión arterial (35).

En la gestante a medida que avanza el embarazo, existe un mayor aumento de la vasocongestión del suelo pélvico existe una mayor sensibilidad, lo que se puede traducir en una mayor satisfacción sexual. Existe un mayor desarrollo de la plataforma orgásmica con una mayor obstrucción de tercio externo de la vagina por lo que los orgasmos pueden ser mas intensos y más frecuentes. Masters y Johnson en su estudio observaron que tres de las seis mujeres estudiadas habían manifestado durante la gestación múltiples orgasmos (29).

Mientras que en algunas gestantes la congestión y vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y el sentido de frustración, especialmente en el tercer trimestre (35).

Durante el orgasmo se producen contracciones uterinas de mayor intensidad. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas, en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae y continúa sin relajarse.

La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También, constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardiaca fetal sin signos de sufrimiento (29).

### ➤ **Fase de resolución**

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil producir una nueva respuesta sexual. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad. Generalmente tras el orgasmo femenino se vuelve a un nivel todavía más alto de excitación sobre el que pueden desarrollarse otros orgasmos ante una adecuada estimulación sexual, lo que es conocido como respuesta multiorgásmica (29,35).

En la mujer embarazada la fase de resolución es un tanto molesta ya que la congestión pelviana disminuye con mayor lentitud.

### **2.2.4.3. IMPLICANCIA DE LA ETAPA DEL EMBARAZO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL**

Los cambios en la actividad sexual coital son frecuentes y se inician precozmente, dichos cambios son muy variables y están condicionados por varios factores (cambios fisiológicos de la gestante, cambios psicológicos de la pareja, factores culturales).

Según los estudios realizados por el ginecólogo William Masters y la sexóloga Virginia Johnson, pioneros en temas de sexualidad, encontraron que la actividad sexual puede variar según la etapa de embarazo, debido a los diferentes cambios físicos, psicológicos y culturales que acarrea cada etapa de gestación.

#### **✓ En el primer trimestre**

En los primeros meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante la gestación y asumir el rol de padres. Los cambios hormonales provocan un estado de labilidad emocional, por lo que la mujer demandará la atención y demostración de afecto por parte de la pareja. Debe tenerse en cuenta que muchas mujeres requerirán realizar un esfuerzo mayor para mantener el ritmo sexual como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, repugnancia a alimentos y olores y otras molestias propias de esta etapa. Se describe con frecuencia la incomodidad por el crecimiento del vientre, así como la inseguridad o miedo de ocasionar daño al feto (37).

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 disminución del deseo sexual por parte de la gestante (34).

Durante el primer trimestre 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, mientras que para otras mujeres puede ser sinónimo de excitación.

Existe también una mayor vasocongestión a nivel del suelo pélvico lo que provoca una mayor sensibilidad ocasionado en algunas mujeres una mayor intensidad del orgasmo, mientras que en otras puede suceder lo contrario y en vez de placer llegue

a causar dolor. Según algunas investigaciones en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad del orgasmo se mantienen sin grandes cambios (35).

#### ✓ **En el segundo trimestre**

Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, la mayoría de los autores coinciden que en este trimestre la actividad sexual puede mejorar. 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, por lo que el deseo sexual aumenta, apareciendo un creciente interés por la actividad coital; la frecuencia de relaciones puede aumentar a comparación del trimestre anterior. Mientras que para otros autores puede suceder lo contrario, por la influencia de factores culturales y religiosos (34).

Según Masters y Johnson la vasocongestión genital durante la excitación puede llegar a ser tan intensa en esta etapa que la luz vaginal se reduce, la vagina esta más lubricada por el efecto hormonal y favorece la penetración por lo que existe mayor satisfacción, mientras que en otras mujeres puede suceder lo contrario (35). Aunque la frecuencia e intensidad del orgasmo disminuye a medida que avanza el embarazo, una mayor congestión pelviana y genital en este momento puede favorecer el orgasmo, aumentando así en este trimestre la calidad de la vivencia orgásmica. Hay mujeres que experimentan su primer orgasmo u orgasmos múltiples durante el segundo trimestre. Hasta la mitad de este segundo trimestre las sensaciones son igualmente placenteras, pero parece que hacia el final la congestión es tan intensa, tanto en la vulva como en la vagina y clítoris, lo que provoca que la intensidad de las sensaciones percibidas sea menor (35).

#### ✓ **En el tercer trimestre**

En el último trimestre la mayoría de mujeres presentan disminución o ausencia del deseo sexual y de la actividad coital esto suele suceder por la incomodidad producida por el abdomen globuloso o por miedo de desencadenar el parto, como que la gestante tenga una visión distorsionada de su propio cuerpo y de los cambios corporales que sufre en esta etapa avanzada del embarazo, que le puede hacer pensar que es poco o nada atractiva para su pareja. (34)

La satisfacción sexual comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por el punto máximo en la congestión de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto, lo que provoca una mayor disminución en el introito vaginal, por lo que habrá mayor dolor en el coito (38).

La frecuencia e intensidad del orgasmo también disminuye debido a la máxima congestión pelviana, durante el estímulo sexual o más a menudo durante en orgasmo puede aparecer contracciones uterinas que provocan en la pareja un estado de ansiedad por temor a un parto pretérmino o a una rotura prematura de membranas (10).

#### **2.2.4.4. CREENCIAS CULTURALES Y RELIGIOSAS SOBRE RELACIONES SEXUALES COITALES EN EL EMBARAZO.**

Desde la antigüedad la mujer embarazada se ha considerado un ser asexuado, que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo (5).

Los comportamientos sexuales colocan en evidencia las diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, religión, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y de experimentar la sexualidad (29).

Muchas culturas tienen reglas sobre la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo. En algunas culturas primitivas el coito estaba prohibido en los primeros dos meses de gestación, aduciendo que el semen podría impedir la visión del niño por nacer o provocar su muerte. Los antepasados hindúes creían que el semen ayudaba a alimentar al feto y alentaban las relaciones sexuales coitales durante el embarazo. En la antigua Persia la sexualidad de la mujer era considerada como un tabú después de los 4 meses de embarazo y las relaciones sexuales antes de los 40 días post parto eran castigadas con la muerte de la pareja (15,21).

En las culturas primitivas, el aumento de las prohibiciones de tener relaciones coitales durante el embarazo lleva a concluir que la mayoría de las sociedades han sido convencidas de que la actividad sexual antes del parto puede tener consecuencias desagradables (15).

A partir de la edad media, algunos teólogos se volvieron más tolerantes para evitar que el marido buscara satisfacción fuera del matrimonio. En la época victoriana la situación ideal durante el embarazo era la abstinencia, especialmente para las mujeres. La sexualidad durante el embarazo era considerada perjudicial para la salud física y mental del feto, ya que se creía que originaba epilepsia a los niños. La abstinencia daba origen a niños más inteligentes y lo contrario a retraso mental. Actualmente en algunas civilizaciones, sobre todo en las poligámicas, cuando el marido conoce del embarazo de su esposa, solo vuelve a tener relaciones con ella después de la lactancia (15).

Entre las diferentes religiones, las formas de concebir las relaciones sexuales durante el embarazo difieren sustancialmente:

- El Antiguo y Nuevo Testamento no las condena explícitamente, pero la iglesia en la edad media las consideraba pecaminosas y prohibidas.
- El judaísmo tiene prohibido por el Talmud, mantener relaciones sexuales durante el primer trimestre porque pueden ser perjudiciales para la madre y el hijo; en el segundo trimestre son aceptadas, considerándolas nocivas para la madre, pero beneficiosas para el hijo; y en el tercer trimestre son recomendadas.
- El Corán prohíbe a las mujeres musulmanas tener relaciones sexuales durante todo el embarazo, siendo esta prohibición característica de las sociedades poligámicas (15).

El factor cultural y/o religioso ha demostrado tener un papel en la sexualidad durante el embarazo, de forma que actualmente, en algunas culturas existe una falta de información sobre la sexualidad durante esta etapa, persistiendo creencias y miedos, sobre el efecto negativo de las relaciones sexuales sobre el embarazo, sobre el feto o sobre la madre, lo que deriva en una reducción de la actividad sexual coital (17).

En nuestra localidad de Cajamarca aún persisten algunas creencias erróneas acerca de las relaciones sexuales coitales durante el embarazo y aún existe una gran

cantidad de población que sigue considerando a las relaciones sexuales coitales como temas de tabú.

#### **2.2.4.5. ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO Y PATOLOGIA OBSTÉTRICA.**

El efecto de la actividad sexual en la evolución del embarazo ha sido descrito ampliamente en la literatura, de tal manera que algunos trabajos muestran que la actividad coital durante la gestación puede ser peligrosa tanto para la salud de la embarazada como para el feto en circunstancias determinadas, con mayor riesgo de parto pretérmino, rotura de membranas, hemorragia, enfermedad inflamatoria pélvica, embolia gaseosa o alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal (39). Sin embargo, en estudios recientes, se ha demostrado que esos efectos se producen con una frecuencia mínima y la mayoría de los médicos han dejado de prohibir el coito en embarazos que progresan sin ninguna complicación.

- Aborto

A lo largo de la historia se ha postulado a la actividad sexual durante el embarazo como causa de aborto, y no solo Hipócrates lo ha hecho; Cowan, en un libro de 1869, recomendaba la abstinencia completa durante la implantación ovular debido a la creencia de que los abortos eran inducidos por la “brutalidad de los maridos durante el ejercicio sexual, ejerciendo sus derechos maritales” (15). Hoy en día, se sabe que la causa mas frecuente de aborto es la presencia de defectos cromosómicos graves y letales en el embrión, y que las interrupciones precoces de la gestación debidas a trauma, injuria o actividad física son extremadamente infrecuentes.

- Parto pretérmino

Ante la evidencia acumulada en estudios fisiopatológicos realizados en décadas pasadas, donde se encontró que la relación sexual podría jugar algún rol en la Genesis del parto pretérmino y en la maduración cervical previo al inicio del trabajo de parto debido a la alta concentración de prostaglandinas en el semen y/o liberación de oxitocina producida por la ocurrencia del orgasmo o por la estimulación del pezón, se desaconsejaba la actividad sexual durante la gestación. En el presente existe información relevante originada de estudios metodológicamente adecuados donde se concluye que la actividad sexual con o sin orgasmo, con independencia de la salud gestacional no aumenta el riesgo de parto pretérmino (15,40).

- Rotura prematura de membranas

Algunas discusiones sobre los peligros de la actividad sexual durante el embarazo se han centralizado en el coito como el mecanismo que promueve infecciones y corioamnionitis que provocan rotura prematura de membranas. Sin embargo, publicaciones recientes han asociado el riesgo de infección ascendente con el coito en una población con falta de higiene, infecciones recurrentes, disminución de las defensas del huésped por déficit nutricional (15).

Otras investigaciones como la de Harmanli en 1998, se centraron en conocer el comportamiento bioquímico de las membranas corioamnióticas frente al semen estudiando in vitro las propiedades biomecánicas de estas; concluyendo que, al ser expuestas por una hora al fluido seminal, se ven debilitadas, lo que llevaría a pensar que en modelos in vivo este comportamiento facilitaría la rotura prematura de membranas. A pesar de esto, los estudios clínicos realizados en humanos no apoyan dicha hipótesis, mas bien se demuestra que en nulíparas sanas la actividad sexual no aumenta el riesgo de este accidente y que este se eleva frente a la presencia de membranas ya debilitadas por corioamnionitis subclínicas (15,40).

Por otro lado, también se ha señalado al orgasmo como factor desencadenante debido a la presión generada por las contracciones uterinas que este provoca, siempre y cuando actúen sobre membranas previamente dañadas.

- Hemorragias

Las hemorragias pueden producirse en cualquier momento del embarazo, generalmente son estados previamente conocidos que, si son correctamente tratados, no constituyen una contraindicación para la práctica sexual cuidadosa (15). Existen condiciones obstétricas como las hemorragias de la primera mitad y la segunda mitad del embarazo, dentro de las causas de hemorragias de la primera mitad del embarazo se encuentra el aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional. Dentro de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se encuentra la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta) (15).

Casi todos los autores concuerdan en que se deben evitar las relaciones sexuales cuando existe una hemorragia y después de ella, pero no hay acuerdo acerca de la duración del periodo de abstinencia y del momento en que pueden reiniciarse la



actividad sexual, luego del cese de la hemorragia. Esto dependería del correcto diagnóstico y tratamiento de la etiología causante de la hemorragia (15).

- Infecciones

Durante el embarazo es frecuente la aparición de enfermedades infecciosas. Múltiples agentes pueden estar implicados, originando diferentes cuadros clínicos. Un cuello uterino competente y las membranas intactas ofrecen una protección eficaz en la embarazada. Sin embargo, cuando hay incompetencia cervical, membranas rotas o cuello uterino borrado y dilatado al final de la gestación; el pene puede arrastrar microorganismos patógenos provocando graves infecciones (14).

Las enfermedades de transmisión sexual (SIDA, sífilis, gonorrea, clamidia, herpes genital, entre otras) pueden tener efectos gravísimos en la embarazada y en el feto; por lo que, en caso de riesgo, se aconseja el uso del preservativo (15).

Si el embarazo transcurre normalmente no existe necesidad de alterar el patrón de actividad sexual. Sin embargo, en lo que la mayoría de los autores parecen estar de acuerdo, es que existen situaciones especiales durante la gestación en la que las relaciones sexuales podrían ser consideradas como prácticas de riesgo y estar contraindicadas. Esto ocurre en el caso de algunas patologías obstétricas y maternas. Así, se consideran contraindicaciones absolutas: el sangrado vaginal no filiado (amenaza de aborto, metrorragia del segundo y tercer trimestre), la placenta previa, la dilatación cervical en la gestación pretérmino, presencia de alguna enfermedad orgánica grave no controlada (diabetes, preclampsia) y frente a un embarazo ectópico. Como contraindicaciones relativas se incluye una historia de parto pretérmino y gestación múltiple (41).

### **2.3. HIPÓTESIS**

La actividad sexual coital se ve modificada durante el embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018.

### **2.4. VARIABLE DE ESTUDIO**

**Variable:**

- Actividad sexual coital durante el embarazo.

## 2.5. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE   | CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE   | DIMENSIONES   | INDICADOR  | ITEMS  | ESCALA  |
|--|--|---|--|--|---------|
| <b>ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO.</b>              | <p><b>Definición conceptual:</b> Acto sexual durante el embarazo, donde está presente la penetración, es precedida y acompañada por manifestaciones corporales y psicológicas que le son características (26)</p> <p><b>Definición Operacional:</b> Prácticas sexuales que realizaron las pacientes púerperas durante su embarazo, en la que está presente la penetración.</p> | Modificaciones de la actividad sexual coital durante el I, II y III trimestre | Cambios en el deseo sexual   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>   | Nominal |
|  |  |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentó</li> <li>- Disminuyó</li> <li>- No tuvo deseo</li> </ul>      |         |
|  |  |   | Cambios en la frecuencia coital  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>   | Nominal |
|  |  |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentó</li> <li>- Disminuyó</li> <li>- No relación coital</li> </ul> |         |
|  |  | Cambios en el orgasmo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>   | Nominal  |         |
|  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentó</li> <li>- Disminuyó</li> <li>- No alcanzó orgasmo</li> </ul>   |  |         |
|  |  | Posición sexual   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mujer encima</li> <li>- El hombre encima</li> <li>- De costado</li> <li>- Otras</li> </ul>   | Nominal  |         |
|  |  | Creencias sobre actividad sexual coital durante el embarazo                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor a producir abortos</li> <li>- Temor a Producir parto prematuro</li> <li>- Temor a producir RPM</li> <li>- Temor a golpear al feto</li> <li>- No perjudica el embarazo</li> <li>- Otras</li> </ul> | Nominal  |         |
| Porcentaje de pacientes informadas sobre actividad sexual coital | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>   | Nominal   |  |  |         |

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **2.2. Diseño y tipo de Estudio**

La presente investigación se caracteriza por ser un estudio de tipo: descriptivo, no experimental, transversal y retrospectivo

- Descriptivo: porque se buscó describir las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo tal y como se presentaron.
- No experimental: porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de la variable y solo se observó el fenómeno en su ambiente natural para analizarlo.
- Retrospectivo: porque el estudio y la recolección de datos se realizó posteriormente a los hechos sucedidos.
- Transversal: porque se recogieron los datos en un solo momento y en un tiempo único.

#### **3.2. Área de Estudio**

El estudio se realizó en el servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente De Cajamarca, ubicado en el Distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca y departamento de Cajamarca.

El distrito de Cajamarca está ubicado en la zona norandina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud este, a 856 Km, de la capital de país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m.

#### **3.3. Población de estudio**

La población estuvo constituida por todas las pacientes puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2017, las cuales fueron un total de 3714.

### 3.4. Muestra

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

Para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad del 95% y un error máximo tolerable del 6.5%, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$
$$n = \frac{(3714)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.065)^2(3321 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 214$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= pacientes puérperas atendidas en hospitalización de Gineco-Obstetricia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017

Z= 1.96 (Coeficiente de confiabilidad al 95%)

P= 0.05 (Proporción de pacientes puérperas que presentan modificaciones en su actividad sexual coital)

q= 0.05 (Complemento de P)

d= 0.065 (Tolerancia de error en las mediciones)

- Por tanto la muestra estuvo constituida por 214 puérperas.

### **3.5. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las puérperas atendidas en el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.6. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **➤ Criterios de inclusión**

- Puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Puérperas sin contraindicación alguna durante el embarazo para tener relaciones sexuales.
- Puérperas sin patologías obstétricas durante su embarazo (preeclampsia, placenta previa, DPP, RPM, amenaza de aborto, infecciones recurrentes)
- Puérperas con pareja sexual durante su embarazo.

#### **➤ Criterios de exclusión**

- Puérperas con embarazo múltiple.
- Puérperas que no desee participar del estudio.

### **3.7. Consideraciones éticas**

En la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes principios éticos:

- **Autonomía:** significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Mediante este principio se busca respetar su intimidad y derechos como participante en el estudio, respetando el anonimato.
- **La libertad:** considerando como el consentimiento informado, mediante el cual se garantiza que la persona exprese voluntariamente su intención de participar en el estudio, después de haber comprendido la información que se le ha brindado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. A partir de este principio la paciente puérpera expresará su consentimiento en la participación de la investigación.

- Confidencialidad: la información obtenida de cada puérpera no podrá ser revelada ni publicada en otros medios independientes al estudio, utilizándose solo para fines de investigación

- No maleficencia: no hacer daño a la paciente, se trata de respetar la integridad física y psicológica de la persona. A partir de este principio se encaminó a no causar daño alguno a las participantes del estudio, sobre todo en la recolección de datos y en la publicación de resultados.

- Consentimiento informado: luego que la paciente puérpera fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, se emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

- Privacidad: se respetó el anonimato de la paciente, desde el inicio de la investigación, hasta la culminación.

### **3.8. Técnica y procedimiento de recolección de datos**

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas.

Para la recolección de datos de la presente investigación se siguió los siguientes pasos:

- Se solicitó permiso a la oficina de docencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, así como a la dirección del servicio de ginecología y obstetricia y a las obstetras que laboran en el servicio, para acceder a la aplicación de la encuesta y así recolectar la información necesaria.

- Se procedió a la recolección de la información en base al cuestionario formulado, previo consentimiento informado. El cuestionario se aplicó a cada paciente puérpera personalmente, a través de una encuesta, para así facilitar la explicación de cada pregunta y que sea más entendible, debido a que los términos usados no eran tan conocidos por la paciente.

### **3.9. Descripción de instrumento**

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas. (Anexo 02)

El cuestionario utilizado en esta investigación se elaboró teniendo como base un cuestionario validado en una investigación anterior, cuya autoría corresponde a Levin (15), la cual fue modificada de acuerdo con la población de estudio, y se obvió algunos acápites que no fueron relevantes para cumplir los objetivos de este estudio. Además se tomaron en cuenta varios artículos y estudios de revisión referentes al tema; así como también, algunos componentes de la actividad sexual establecidos en la escala de EVAS-M (evaluación de la actividad sexual de la mujer) la cual fue utilizada por Soria en su investigación (10).

El cuestionario consta de 4 partes:

- La primera parte: comprende los datos sociodemográficos de las pacientes puérperas, con 5 ítems específicos: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y religión.
- La segunda parte: aborda preguntas concernientes a las modificaciones de la actividad sexual coital según el trimestre de embarazo, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: deseo sexual, frecuencia de relaciones coitales, orgasmo y también la posición sexual más utilizada durante el embarazo, las cuales representaron 8 preguntas en total.
- La tercera parte: contiene preguntas acerca de las principales creencias que tienen las puérperas sobre la actividad sexual coital durante el embarazo.
- La cuarta parte: realizada con el fin de identificar el porcentaje de puérperas que recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo.

### **3.10. Procesamiento y análisis de datos**

Una vez obtenido la información se revisó manualmente cada encuesta para evitar algún error, luego esta información fue codificada para su almacenamiento en la base de datos del paquete EXCEL, para luego ser procesado en el software estadístico SPSS v. 23. Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas estadísticas simples para el análisis estadístico.

Análisis de datos: para el análisis de datos, primero se describieron los resultados obtenidos en cada tabla, realizando la interpretación y el análisis en base a la literatura consultada y comparando con las investigaciones previas.



### **3.11. Control de calidad de datos**

La calidad y confiabilidad de la información se determinó a través de una prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento en base a una prueba piloto aplicada en 30 pacientes, la cual se ha probado su operatividad a través de una prueba de confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,841) y porque además fueron diligenciados personalmente por la propia autora de investigación.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**TABLA 01. Características sociodemográficas en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS |                             | N°         | %            |
|-------------------------|-----------------------------|------------|--------------|
| Edad                    | De 14 a 19                  | 42         | 19,6         |
|                         | De 20 a 30                  | 91         | 42,5         |
|                         | De 31 a 41                  | 81         | 37,9         |
| Grado de instrucción    | Sin instrucción             | 31         | 14,5         |
|                         | Primaria                    | 63         | 29,4         |
|                         | Secundaria                  | 74         | 34,6         |
|                         | Superior técnica            | 27         | 12,6         |
|                         | Superior universitaria      | 19         | 8,9          |
| Estado civil            | Soltera                     | 23         | 10,7         |
|                         | Casada                      | 65         | 30,4         |
|                         | Conviviente                 | 126        | 58,9         |
| Religión                | Católica                    | 91         | 42,5         |
|                         | No católica                 | 123        | 57,5         |
| Ocupación               | Ama de casa                 | 162        | 75,7         |
|                         | Estudiante                  | 8          | 3,7          |
|                         | Empleada del estado         | 12         | 5,6          |
|                         | Empleada del sector privado | 20         | 9,3          |
|                         | Independiente               | 12         | 5,6          |
| <b>Total</b>            |                             | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 01, se muestra las características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, respecto a la edad se obtuvo que, el mayor porcentaje de puérperas pertenece al grupo etáreo de 20 a 30 años en un 42,5%, seguido del 37,9% de puérperas pertenecientes al grupo de 31 a 41 años y un significativo 19,6% fueron adolescentes (14 a 19 años). Escudero, Levin y Vera encontraron en sus estudios que la mayoría de las mujeres tenían una edad comprendida entre 20 a 35 años (14,15,20), coincidiendo con los resultados encontrados en este estudio; mientras que Timaná refiere que la mayoría de las mujeres en su investigación eran adolescentes (21).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, refiere que, a nivel nacional, el mayor aporte relativo a la fecundidad está dado por el grupo de 20 a 29 años, en segundo lugar, se perfila el grupo de 30 a 39 años, en tercer lugar, el grupo de 15 a 19 años y finalmente por el grupo de 40 a 44 años. (42), estos resultados se asemejan con los datos obtenidos en la investigación.

Dentro de los factores sociodemográficos que pueden influir en la sexualidad, la edad materna tiene un papel importante, con múltiples referencias en las investigaciones, aunque con diferentes conclusiones. Escudero (2015) refiere que las mujeres más jóvenes mantienen un nivel más alto de actividad sexual en comparación con el grupo de mayor edad; explicando que las mujeres mayores de 30 años tienen mayor carga de trabajo dentro y fuera del hogar, menor lubricación y menores condiciones físicas por la edad (14). Sin embargo, otros autores como Leite (2009) no encontró esta asociación, manifestando que las mujeres jóvenes tienden a sufrir mayor deterioro en su actividad sexual a comparación de las mujeres de mayor de edad, justificando estos resultados con las características psicológicas del grupo de adolescentes que han iniciado su vida sexual recientemente y afrontan el embarazo de modo distinto a las mujeres adultas (43). Por lo tanto, se podría decir que los cambios en la actividad sexual son independientes a la edad de la gestante.

Respecto al grado de instrucción, se observa que el mayor porcentaje de pacientes en un 34,6% tienen el nivel de educación secundaria ya sea completa e incompleta, mientras que solo el 8,9% tienen educación superior universitaria. Por lo que se podría decir que la gran mayoría (85,5%) de las pacientes han logrado cursar algún grado de instrucción y solamente una pequeña parte de la población no tienen instrucción

(14,5%), es decir son analfabetas. Estos datos podrían reflejar que el nivel de educación en las mujeres ha ido progresando en el transcurso de los años.

Los resultados coinciden con los datos obtenidos por Levin y Timaná quienes encontraron que la mayoría de su población tenían un grado de educación secundaria, con porcentajes de 63,5% y 72,2% respectivamente (15,21). Sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Vera quien menciona que el grado de instrucción que predominó en su investigación fue el de superior técnico, y de igual manera con los de Escudero quien encontró que la mayoría de su población recibió el nivel de educación primario (14,20).

Según ENDES 2016, el nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años ha mejorado en el año 2016 respecto al año 2012. El 62,6% tiene educación secundaria completa o superior (27,4 y 35,2%, respectivamente). Esta condición en el área urbana fue 2,7 veces al porcentaje observado en el área rural (71,7 frente 27,0%). Datos que nos ayudan a corroborar los resultados obtenidos. (42)

El nivel de educación es fundamental en los temas relacionados con la sexualidad, esto puede llevar a pensar que la mujer que con nivel de estudio medio y superior se encuentran más empoderadas para mejorar su vida, y el ámbito sexual no sería la excepción, a diferencia de las mujeres con pocos estudios quienes podrían ser más vulnerables, puesto que una mujer con mayor educación tiene mejores conocimientos sobre temas de sexualidad y probablemente entiendan mejor los términos y definiciones que involucra la respuesta sexual, tales como deseo, orgasmo, lívido, excitación etc. Las mujeres con mayor grado de instrucción tienden a tener mayor facilidad de adquirir conocimientos y saber expresar mejor sus problemas y vivencias de su sexualidad durante el embarazo.

Gonzales (2016) encontró relación entre el grado de instrucción y la disfunción sexual durante el embarazo, señalando que las pacientes que tienen un menor nivel de educación son más propensas a tener problemas en el funcionamiento sexual, impidiendo así el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente pueden deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas (22) lo cual podría deberse al poco conocimiento que tiene este grupo de pacientes sobre la sexualidad.

Respecto al estado civil, se observa que el mayor porcentaje de pacientes, en un 58,9% convive con su pareja, seguido de un 30,4% que son casadas y en un menor porcentaje del 10,7% manifiestan ser solteras, pero con pareja sexual estable. Levin, Vera y Timaná en sus estudios refieren que la mayoría de su población eran convivientes, en un 93,3%, 70% y 66.6% respectivamente (15,20,21) coincidiendo con los resultados encontrados, sin embargo, Escudero refiere que el 91,9% de su población estaban casadas (14).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, el 57,5% de las mujeres se encuentran unidas (21,4% casadas y 36,1% convivientes) datos que se asemejan con los resultados obtenidos en la investigación, mientras el 31,3% nunca ha estado casada o en convivencia. (42)

Gonzales (2016), en su estudio encontró que una de las variables más predictivas de la frecuencia del coito durante el embarazo incluye el estado civil, manifestando que las mujeres con estado civil de convivientes y casadas son las que con mayor frecuencia tienen relaciones sexuales coitales a comparación de las gestantes solteras (22).

Kadri (2002) en su investigación describió menores niveles de deseo en mujeres casadas que en solteras, atribuyéndolo a problemas en su relación de pareja (44) sin embargo, Bello (2011) indica que el estar casada o convivir con la pareja es un predictor positivo de las relaciones sexuales durante el embarazo (45). Por otro lado, Pauls (2008) no observó relación entre la función sexual y el estado civil (46). Por lo tanto, se podría decir que las modificaciones en la actividad sexual no dependen del estado civil, sino más bien del tipo de relación con la pareja.

El elevado porcentaje de parejas convivientes, puede deberse a que hoy en día no se requiere un acuerdo matrimonial para validar sus derechos civiles como pareja ante la sociedad, se suma a ello el tedioso y lento trámite que hay que seguir cuando una pareja decide en casarse. En muchos casos es la mujer quien tiene la ilusión de casarse, pero los varones generalmente son quienes evitan dicha situación, razón por la que aumenta el estado de convivencia, así mismo, puede existir también una actitud de individualismo y falta de compromiso por alguna de las dos partes, que conlleva a que un matrimonio no se genere.

El menor porcentaje de pacientes solteras se debe a que la investigación solo incluyó a aquellas pacientes que tenían pareja sexual en su embarazo y por ende se excluyó a todas las pacientes que no tuvieron pareja sexual, las cuales en su mayoría pertenecían al estado civil de soltera.

Se evidencia, en cuanto a la religión que, la mayoría de las pacientes en un 57,5% no eran católicas, es decir profesaban otras religiones tales como: evangélica, adventista, testigos de Jehová, israelitas, entre otras. Pero también se evidencia un porcentaje considerable de pacientes católicas expresadas en un 42,5%. Estos resultados difieren con los encontrados por Levin (15) quien encontró que la mayoría de su población no practicaba ninguna religión representado un 74%. Mientras que Sapién et al. encontró que la mayoría de la población pertenecían a la religión católica (16).

La mayoría de religiones existentes en el mundo no prohíben o condenan el acto sexual en sí, siempre y cuando se rijan a sus doctrinas y leyes, condenado el acto sexual antes del matrimonio, entre personas de mismo sexo y las orgias. Muchas veces la religión impide la libertad y la diversidad sexual reprimiendo los deseos y la satisfacción sexual tanto del hombre como de la mujer pudiéndose alterar el vínculo entre la pareja. Existen muchas religiones que fortalecen conceptos restrictivos sobre la moral sexual además de tachar algunos actos como pecaminosos obstaculizando así el aprendizaje y la aplicación de los derechos sexuales de cada uno (47).

Respecto a la religión, Gonzales (2016) no encontró relación existente con las modificaciones en la actividad sexual en mujeres embarazadas, manifiesta que algunos estudios muestran que la religión es un factor de riesgo para la disfunción sexual, en cambio en otras investigaciones, señalan que los aspectos religiosos y la actitud conservadora no conllevan a modificar la actividad sexual durante la gestación, por lo que sugiere la realización de más investigaciones, sobre todo en gestantes (22).

En cuanto a la ocupación actual de las pacientes puérperas, se observa que, la mayoría son amas de casa en un 75,7%, mientras que solo un 3,7% son estudiantes. Estos datos se asemejan con los resultados de Levin, Vera y Timaná, los cuales encontraron que la ocupación que más prevaleció fue la de ama de casa con porcentajes de 53,8%, 70% y 50% respectivamente (15,20,21). Demostrando tanto en publicaciones nacionales como internacionales que ser ama de casa es una ocupación predominante en cualquier parte del mundo. Por el contrario, Piñero et al.

encontró en su investigación que la mayoría de la población, en un 42,7% eran trabajadoras de institución pública y privada (11).

Gonzales (2016) no encontró relación entre la ocupación y la modificación en la actividad sexual durante el embarazo, manifestando que la ocupación suele ser independiente a los cambios en la actividad sexual (22).

El mayor porcentaje de la población corresponde a amas de casa, probablemente a que durante la etapa de embarazo la mujer requiere de un mayor cuidado lo que involucra mayor tiempo para dedicarse a su embarazo, el cual suele aumentar a medida que avanza la gestación, y en la etapa de puerperio la mujer necesita de tiempo para recuperarse y cuidar de su bebé, por estos motivos la mujer suele dejar su trabajo y dedicarse por completo a su hogar, manifestando así su ocupación actual de ama de casa.

**TABLA 02. Cambios en el deseo sexual durante el embarazo en puérperas.  
Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIOS EN EL DESEO SEXUAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Si                                | 205        | 95,8         |
| No                                | 9          | 4,2          |
| <b>Total</b>                      | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 02, se observa que, en cuanto al cambio en el deseo sexual un 95,8% de las puérperas encuestadas refiere que, si notaron cambios en su deseo sexual durante el embarazo, y solo el 4,2% no identificó algún cambio. Estos datos se asemejan a los encontrados por Levin, quien indica que un 78,8% refiere cambios en el deseo sexual luego de quedar embarazada.

En el embarazo la vida sexual de la pareja puede estar expuesta a diferentes modificaciones, debido a los cambios tanto fisiológicos, psicológicos que se presentan durante la gestación. Masters y Johnson (1996) publicaron los resultados de sus investigaciones sobre la respuesta sexual influenciada por el embarazo, demostrando que el embarazo influye inexorablemente sobre esta respuesta sexual en el 98,9 % de las mujeres (18). Uno de los componentes de la respuesta sexual es el deseo el cual según Masters Johnson entre otros autores coinciden en que este componente tiende a modificarse durante la gestación.

según un estudio realizado por Ojanlatva (2006), encuentra que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres, de los cuales un porcentaje considerable correspondía a mujeres gestantes comprometiendo principalmente el deseo y la excitación (22).



**TABLA 03. Cambios en el deseo sexual según el trimestre de embarazo en púérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| CAMBIO<br>EN EL DESEO<br>SEXUAL | Primer trimestre |              | Segundo trimestre |              | Tercer trimestre |              |
|---------------------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|                                 | N°               | %            | N°                | %            | N°               | %            |
| Aumentó                         | 23               | 11,2         | 21                | 10,2         | 1                | 0,5          |
| Disminuyó                       | 96               | 46,8         | 113               | 55,2         | 80               | 39,0         |
| No tuvo deseo                   | 86               | 42,0         | 71                | 34,6         | 124              | 60,5         |
| <b>Total</b>                    | <b>205</b>       | <b>100,0</b> | <b>205</b>        | <b>100,0</b> | <b>205</b>       | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 03, muestra que, del total de púérperas que refirieron cambios en su deseo sexual durante el primer trimestre, el mayor porcentaje (46,8%) refieren disminución en su deseo sexual, mientras que solo el 11,2% refiere un aumento en su deseo sexual. Estos resultados coinciden con Levin y Timaná quienes indican como principal cambio la disminución del deseo sexual durante el primer trimestre (15,21). Mientras que Vera indican que el deseo sexual durante el primer trimestre se mantiene igual que antes de la etapa pregestacional (20).

La disminución en el deseo sexual durante el primer trimestre podría estar justificado, a los cambios físicos y hormonales que se presentan durante el primer trimestre que pueden dar lugar a la aparición de náuseas, vómitos, sueño, aumento de sensibilidad mamaria, entre otros. Además de cambios emocionales como irritabilidad o miedo a perder el embarazo, lo que podría reprimir el deseo sexual, tal y como nos explica la bibliografía consultada.

Gonzales refiere en su investigación que, durante los tres primeros meses de gestación, el deseo sexual se reduce considerablemente en el 40% de las gestantes, siendo los factores generalmente evidenciados la edad de la gestante, desconfianza, inseguridad y descubrimiento de los instintos maternos, lo cual provoca que la mujer repliegue sus reflejos sexuales (22).

En cuanto al segundo trimestre se observa que el 55,2% refiere disminución del deseo sexual, mientras que el 10,2% refiere un aumento en su deseo, evidenciando que la disminución del deseo sexual sigue predominando en este segundo trimestre. Estos resultados coinciden con las investigaciones de Levin y vera quienes refieren que el

cambio que más resaltó es la disminución del deseo sexual (15,20). Sin embargo, Timana refiere que el deseo sexual aumentó en este trimestre (21).

Masters y Johnson, Falicov y Velay, indica un aumento del deseo sexual en el segundo trimestre (34,35,37), debido que en esta etapa las molestias generalmente desaparecen, sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación refieren lo contrario, probablemente a las fluctuaciones hormonales, preocupaciones, problemas personales, creencias y temores sobre el daño que le pueden causar a su bebé si es que mantienen relaciones sexuales, lo que podría reprimir el deseo sexual.

En el tercer trimestre el 60,5% refiere que no tuvo deseo sexual, mientras que solo el 0,5% refiere un aumento en su deseo sexual. Resultados similares encontraron los investigadores Levin, Vera y Timana (15,20,21), observando que el deseo sexual en el tercer trimestre es ausente.

La ausencia del deseo sexual en este trimestre podría estar relacionada a la llegada del parto, donde la gestante aún sigue con el miedo de causarle daño a su bebé, además de las molestias que implica este trimestre de embarazo, como crecimiento del vientre, dolores musculares, insomnio o el sueño en exceso, aumento de la secreción de prolactina, incidiendo en la disminución del deseo sexual.

Soria (2012) en su estudio menciona que, la gestante se enfrenta a expectativas, ansiedades y temores, en ocasiones muy marcados, como temores a perder el atractivo físico, a tener un hijo con malformaciones, a no tener leche, al aborto, a morir en el parto, etc. lo cual puede repercutir sobre la función sexual, disminuyendo el deseo e interés sexual (10).

Gonzales (2016) refiere que, en cuanto a los factores socioculturales, la conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual (22).

**TABLA 04. Cambios en la frecuencia de relaciones coitales durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIO EN LA FRECUENCIA COITAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Si                                    | 210        | 98,1         |
| No                                    | 4          | 1,9          |
| <b>Total</b>                          | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 04, muestra que, un 98,1% de las puérperas encuestadas refieren haber notado cambios en la frecuencia de sus relaciones coitales durante el embarazo y solo el 1,9% no refirió ningún cambio. Resultados similares encontró Levin en su investigación, quien indica que el 75% refiere cambios en la frecuencia coital luego de quedar embarazada (15).

Piñero y otros (2010) manifiestan que, en la actualidad, el coito no se considera simplemente como una función en pro de la reproducción, sino también como complementaria para el mantenimiento de la pareja. El sexo es una función fisiológica más, que, de no realizarse, es causa de múltiples alteraciones somáticas y psíquicas (11).

Analizando los resultados, encontramos que, no todas las pacientes que refirieron modificaciones en su deseo sexual refieren también cambios en la frecuencia de relaciones coitales, observando que el número de pacientes que manifiestan cambios en la frecuencia coital (n=210) es mayor a las pacientes que indican cambios en el deseo sexual (n=205).

Así como el deseo sexual se ve alterada durante el embarazo, la frecuencia de relaciones sexuales coitales también tiende a modificarse durante la gestación, varios autores coinciden que durante el embarazo la frecuencia coital sufre cambios, debido a los factores físicos, psicológicos y culturales (18,19)

Estudios realizados con gestantes han demostrado que, en los diferentes trimestres de embarazo la actividad coital tiene un alto grado de variabilidad.

**TABLA 05. Cambios en la frecuencia de relaciones coitales según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| CAMBIO EN LA FRECUENCIA COITAL       | Primer trimestre |              | Segundo trimestre |              | Tercer trimestre |              |
|--------------------------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|                                      | N                | %            | N                 | %            | N                | %            |
| Aumentó                              | 18               | 8,6          | 23                | 11,0         | 0                | 0,0          |
| Disminuyó                            | 119              | 56,7         | 130               | 61,9         | 39               | 18,6         |
| No tuvo relaciones sexuales coitales | 73               | 34,7         | 57                | 27,1         | 171              | 81,4         |
| <b>Total</b>                         | <b>210</b>       | <b>100,0</b> | <b>210</b>        | <b>100,0</b> | <b>210</b>       | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 05, muestra que, del total de pacientes que refieren cambios en la frecuencia coital durante el primer trimestre, el mayor porcentaje (56,7%) refiere que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó, mientras que solo el 8,6% refiere un aumento. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Escudero, Levin y Vera quienes encontraron una mayor predominancia en la disminución del deseo sexual (14,15,20), mientras que Timaná no refiere cambios (21)

Al analizar los resultados se evidencia que, durante el primer trimestre la disminución en la frecuencia de relaciones sexuales coitales predominó; lo que puede estar relacionada con la disminución del deseo sexual que referían las pacientes (tabla N°02), es decir si las pacientes tienen disminuido el deseo sexual rara vez tendrán relaciones sexuales coitales. Los factores que pueden intervenir en la disminución de frecuencia de relaciones coitales podrían ser los mismos factores que intervinieron en la disminución en la frecuencia coital.

Pichucho y Suquillo (2015) refieren que, durante el primer trimestre del embarazo, algunos riesgos limitan las relaciones coitales, como: infecciones de transmisión sexual, amenaza o antecedentes de aborto, patologías cervicovaginales que genere sangrado o cirugía cervicovaginal reciente (18).

Respecto al segundo trimestre un 61,9% refieren disminución en la frecuencia coital, mientras que solo el 11% refirió lo contrario. Resultados similares encontraron los investigadores Escudero, Levin y Vera (14,15,20), sin embargo, Timaná refiere el aumento del deseo sexual en este trimestre (21)

La disminución en la frecuencia de relaciones sexuales coitales sigue prevaleciendo en este segundo trimestre, contrariamente a lo que refiere la mayoría de los autores (aumento de la frecuencia coital), este resultado se podría justificar por la disminución del deseo sexual que refirieron las pacientes en este trimestre, como anteriormente se explicó. Así como los tabúes o creencias de ocasionar daños al bebé. Escudero (2015) comenta que, durante el segundo trimestre se va haciendo más notorio el crecimiento del vientre por lo que la gestante tiende a tener miedo en causarle algún daño al feto, efectuando ajustes en la actividad sexual, lo que implica la disminución en la frecuencia coital (14).

Otro de los motivos por el que puede disminuir la frecuencia coital es el aspecto físico de la gestante, a medida que avanza el embarazo se presentan progresivos cambios corporales, sintiéndose poco atractiva y sensual lo que le condiciona a no tener relaciones sexuales. La percepción del varón frente al embarazo también influye en la frecuencia de relaciones sexuales, según Sapién y Salguero (2012) en su investigación refieren que, las parejas de las gestantes manifiestan que durante los primeros meses las relaciones sexuales eran habituales, pero luego cuando fue más notorio el vientre de su esposa por la presencia del feto, tuvieron miedo e inseguridad de tener relaciones (16).

Respecto al tercer trimestre el 81,4% indicó que no tuvo relaciones sexuales y el 18,6% refirió una disminución, sin embargo, ninguna paciente indicó el aumento de su frecuencia coital. Levin, Vera y Timaná coinciden con estos resultados (15,20, 21), mientras que Escudero refiere un aumento (14).

Los resultados obtenidos en este trimestre nos indican que la mayoría de las pacientes no tuvieron relaciones sexuales coitales, probablemente al aumento de la fatiga y disminución de la libido en el tercer trimestre del embarazo. Para algunas de las mujeres, su apariencia física, su incomodidad o el temor a lesionar el feto, la dificultad para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre puede influir en la disminución de las relaciones sexuales. Piñero (2012) refiere que unos de los principales factores que disminuyen la frecuencia coital en el tercer trimestre es la apariencia física, manifestando que el 90% de las mujeres se sienten menos atractivas en esta etapa.

Gonzales (2016) refiere que, en los tres últimos meses, la frecuencia coital disminuye en un 70%, estando asociado al dolor en las relaciones sexuales y a la incomodidad al tener relaciones coitales (22).

Pichucho y Suquillo, refieren en su investigación que los factores que inciden negativamente sobre la disminución de la frecuencia coital en el tercer trimestre son la fatiga, dispareunia, la ansiedad hacia la proximidad del parto, el miedo a dañar el feto y los cambios en la relación de pareja (18).

**TABLA 06. Cambios en la frecuencia orgásmica durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIO EN LA FRECUENCIA ORGASMICA</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Si                                       | 207        | 96,7         |
| No                                       | 7          | 3,3          |
| <b>Total</b>                             | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 06, se muestra que, el 96,7% de las pacientes encuestadas refirieron que durante el embarazo notaron cambios en la frecuencia con la que alcanzaban el orgasmo durante las relaciones sexuales coitales y solo el 3,3% no refirió ningún cambio. Coincidiendo con el estudio realizados por Levin, quien indica que el 49% refiere que hubo cambios en el orgasmo luego de quedar embarazada (15).

Así como el deseo sexual y la frecuencia coital se ven modificadas durante el embarazo, la frecuencia orgásmica (frecuencia con que la que alcanza el orgasmo durante las relaciones sexuales coitales) no es ajena a estos cambios, comprobándolo con los resultados obtenidos en esta investigación, donde la mayoría de las pacientes refieren haber sufrido cambios en cuanto a su orgasmo durante el embarazo. Masters y Johnson (1996) demostraron que el embarazo influye inexorablemente sobre esta respuesta sexual en el 98,9 % de las mujeres, siendo uno de los componentes de la respuesta sexual el orgasmo (19).

Soria (2012), manifiesta que el orgasmo tiende a modificarse en relación con el trimestre de gestación en que se encuentra la gestante, debido que el estado gravídico produce progresivamente una serie de cambios anátomo-funcionales (10).

**TABLA 07. Cambios en la frecuencia orgásmica según el trimestre de embarazo en púerperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| CAMBIO EN LA FRECUENCIA ORGASMICA | Primer trimestre |              | Segundo trimestre |              | Tercer trimestre |              |
|-----------------------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|                                   | N°               | %            | N°                | %            | N°               | %            |
| Aumentó                           | 34               | 25,4         | 48                | 32,0         | 0                | 0,0          |
| Disminuyó                         | 80               | 59,7         | 72                | 48,0         | 11               | 30,6         |
| No alcanzó el orgasmo             | 20               | 14,9         | 30                | 20,0         | 25               | 69,4         |
| <b>Total</b>                      | <b>134</b>       | <b>100,0</b> | <b>150</b>        | <b>100,0</b> | <b>36</b>        | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 07, muestra que, del total de pacientes que tuvieron relaciones coitales durante el primer trimestre el mayor porcentaje (59,7%) refiere que la frecuencia con que alcanzaban el orgasmo había disminuido, mientras que el 25,4% refiere un aumento en la frecuencia orgásmica. Estos datos coinciden con las investigaciones de Escudero, Levin, Vera y Timaná refiriendo como principal cambio la disminución en la frecuencia orgásmica (14,15,20,21).

Esta disminución en la frecuencia orgásmica durante el primer trimestre podría estar relacionada con la disminución del deseo sexual que manifestaban la mayoría de las gestantes, aquellas mujeres que no tienen deseo sexual rara vez podrán lograr llegar al orgasmo. Según la psicóloga sexual Martha Ibáñez, los problemas, el estrés y los miedos que tengan las gestantes en este trimestre, podrían bloquear el cerebro e impedir que la mujer logre el orgasmo (48).

Piñero et. al (2012) refiere que el aumento en la sensibilidad de las mamas y el clítoris muchas veces hace que el estímulo que antes resultaba placentero ahora sea una molestia, lo que impide a la gestante llegar al orgasmo (11).

Respecto al segundo trimestre, el 48% de las pacientes refieren que la frecuencia con la que alcanzaban el orgasmo durante las relaciones sexuales había disminuido, mientras que el 32% refiere un aumento. Estos datos coinciden con los resultados de Levin (15), mientras que Escudero, Vera y Timaná refieren un aumento (14,20,21).

Estos resultados difieren a lo que nos dice la bibliografía consultada que señala que durante el 2° trimestre podría aumentar el orgasmo (35,27).



La disminución en la frecuencia orgásmica durante este trimestre se puede deber, tal y como lo mencionan Masters y Johnson a la vasocongestión y vasodilatación del suelo pélvico que en algunas mujeres pueden generar orgasmos más placenteros, en otras mujeres puede generar lo contrario, causando molestias en vez de placer, contribuyendo en la disminución de la intensidad los orgasmos. Además de la disminución de la excitación y lubricación. Una situación parecida encontró Levin y Vera, quienes refieren en su investigación que la frecuencia orgásmica durante el segundo trimestre se encontraba disminuida en un 57,1% y 60% respectivamente, a causa del aumento en la congestión y la vascularización del piso pélvico (15,20).

Con respecto al tercer trimestre, se observa que el 69,4% de pacientes refieren que no alcanzaron el orgasmo en ninguna de las relaciones sexuales, el 30,6% refiere una disminución en la frecuencia con la que alcanzaban el orgasmo y el 0% refieren un aumento. Estos resultados coinciden con Timaná, quien manifiesta en su investigación que la mayoría de las gestantes no alcanzaron el orgasmo durante el tercer trimestre (21).

Masters y Johnson refieren en su investigación que la frecuencia y la intensidad del orgasmo disminuye a medida que avanza el embarazo, siendo el tercer trimestre la etapa en la que mayor porcentaje de gestantes refieren no alcanzar el orgasmo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento del tamaño del feto y la posición de encaje para el parto (28)

**TABLA 08. Posición sexual utilizada durante las relaciones coitales según el trimestre de embarazo en puérperas del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| POSICION SEXUAL    | Primer trimestre |              | Segundo trimestre |              | Tercer trimestre |              |
|--------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|                    | N°               | %            | N°                | %            | N°               | %            |
| “La mujer encima”  | 52               | 36,9         | 52                | 33,1         | 4                | 9,3          |
| “El hombre encima” | 79               | 56,0         | 6                 | 3,8          | 0                | 0,0          |
| “De costado”       | 10               | 7,1          | 99                | 63,1         | 39               | 90,7         |
| <b>Total</b>       | <b>141</b>       | <b>100,0</b> | <b>157</b>        | <b>100,0</b> | <b>43</b>        | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

Respecto a la posición sexual, la tabla presente nos muestra que del total de paciente que tuvieron relaciones coitales durante el primer trimestre, el 56% practicaba la posición de “el hombre encima”, el 36,9% la posición de “la mujer encima”, mientras que solo el 7,1% prefiere la posición “de costado”. Coincidiendo con los resultados encontrados por los investigadores Vera y Tarco quienes refieren que la posición que utilizada fue la del “hombre encima de la mujer” con el 30% y 52% respectivamente (20,23), mientras que Timaná refiere que la posición más utilizada fue cualquier posición (29).

De acuerdo con los resultados observados en el primer trimestre, la mayoría de las pacientes refieren que la posición sexual que más utilizaron fue la posición de “el hombre encima”, este resultado se puede justificar a que, en los primeros meses de embarazo el vientre aun no se encuentra pronunciado, por lo que normalmente la gestante sigue adoptando la posición que practicaba antes de su gestación (49).

Respecto al segundo y tercer trimestre la posición más practicada fue la “de costado” en un 63,1% y 90,7% respectivamente. Estos datos coinciden con los resultados de Levin y Timaná (15,21), Sin embargo, Vera en su investigación encontró que durante el segundo trimestre la posición mas utilizada fue la del “hombre arriba de la mujer” (20).

**TABLA 09. Creencias sobre actividad sexual coital durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>PRINCIPALES CREENCIAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Temor a producir abortos                            | 31         | 14,5         |
| Temor a producir parto prematuro                    | 58         | 27,1         |
| Temor a producir ruptura de membranas               | 37         | 17,3         |
| Temor a producir infección urinaria                 | 19         | 8,9          |
| Temor a producir sangrado vaginal                   | 12         | 5,6          |
| Temor a golpear al feto                             | 8          | 3,7          |
| No perjudican el embarazo                           | 49         | 22,9         |
| <b>Total</b>  | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla presente se observa que, el 27,1% de pacientes puérperas creen que las relaciones coitales durante el embarazo producen parto pretérmino y solo el 3,7% cree que puede golpear al feto; mientras que el 22,9% cree que no perjudican al embarazo. Estos resultados coinciden con Timaná quien refiere en su investigación que el mayor porcentaje de gestantes creen que las relaciones sexuales pueden perjudicar el embarazo (21). Por el contrario, Pichucho y Levin refieren que la mayoría de las gestantes conocen que el coito no es perjudicial para su embarazo (15,18).

Los estudios de Babazadeh (2013) muestra que el 8.7% creían que las relaciones coitales desencadenan abortos y parto prematuro y el 65% temían producir algún tipo de daño al feto. Torkestani (2012) menciona que otra de las creencias aparte de las ya mencionadas fue el miedo a una ruptura prematura de membranas en un 19.3%. (18). Según la mayoría de investigación existentes, las relaciones sexuales coitales no producen complicaciones durante una gestación de curso normal, salvo en algunos determinados casos, como en los embarazos con patologías obstétricas o maternas.

A la mayoría de las gestantes estas creencias les puede impedir tener relaciones sexuales coitales para evitar alguna complicación durante el embarazo, generando así una sexualidad reprimida en la gestante y su pareja. Gonzales (2012) refiere en su estudio que uno de los principales factores que interviene en la modificación de la actividad sexual durante el embarazo es el creer que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al feto (22).

El mayor porcentaje de pacientes que cree que las relaciones sexuales son perjudiciales durante el embarazo probablemente sean aquellas pacientes a las que nunca le informaron sobre tema o a la poca información que poseen, por tal motivo sigue presente en ellas el miedo o temor de ocasionar algún daño al feto.

La mayoría de las investigaciones coinciden en que se puede tener relaciones sexuales durante todo el embarazo, mientras no haya ninguna contraindicación por parte del personal de salud. Al respecto Sapién y Córdoba (2011) en su investigación manifiesta que las embarazadas que tienen actividad sexual durante el embarazo tienen bebés más seguros, tranquilos y felices (50).

Lejos de hacerle algún daño, las relaciones sexuales provocan que la región pélvica de la madre reciba más sangre, haciendo que el bebé experimente una sensación placentera. Además, después de que la madre tiene un orgasmo, se produce una inmensa liberación de endorfinas, que llegan hasta el feto dándole sensación de placer. Se ha comprobado a nivel científico que las parejas que tienen relaciones sexuales durante el embarazo, además de crear una mayor conexión y complicidad en la pareja, tienen hijos con mejor autoestima (51).

**TABLA 10. Información sobre actividad sexual coital durante el embarazo en púérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD COITAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Si  | 25         | 11,7         |
| No  | 189        | 88,3         |
| <b>Total</b>                              | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 10, se observa que el 88,3% de la población no recibió información sobre actividad sexual coital durante el embarazo, mientras que solo un mínimo porcentaje (11.7%) si recibió información.

Estos resultados obtenidos nos muestran que existe un mayor porcentaje de gestantes que no están recibiendo información sobre temas concernientes a sexualidad durante el embarazo, tal y como demuestra Timaná y Vera en sus investigaciones realizadas en Perú, donde el 70% de gestantes no han recibido información.

Por el contrario, estudios realizados en España, cuba, ecuador y México demuestran que la mayoría de las gestantes si han recibido información ya sea por diferentes medios y conocen que las relaciones sexuales no son perjudiciales (12,14,16,18); lo que probablemente nos reflejaría que en otros países si se están dando consejerías e informando sobre temas de sexualidad durante el embrazo, mientras en Perú la mayoría de las gestantes no están informadas al respecto, los temas de sexualidad en la gestación han sido olvidadas.

La mayoría de las mujeres que no están informadas o no reciben la información necesaria sobre estos temas seguirán con esas creencias erróneas de que es malo la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo y serán mas propensas a vivir una sexualidad reprimida durante esta etapa.

Serati y cols. (2010) realizaron un trabajo titulado “Función sexual femenina durante el embarazo y después del parto”, en el que observaron que la falta de información adecuada sobre el sexo en el embarazo son los factores más relevantes responsables de la alteración de la actividad sexual durante el embarazo (18)

Con respecto a las fuentes de información, la mayoría se informó a través de los medios de comunicación como por ejemplo el internet.

Los resultados reflejan que en nuestro país existe una mínima cantidad de gestantes que recibieron información sobre actividad sexual durante el embarazo, mientras que en algunos países es el personal de salud quien mayormente brinda la información a las gestantes. Tal y como indica Levin (Argentina) y Rodríguez (España) quienes refieren que el mayor porcentaje recibió información por el personal médico en un 65.2% y 74% respectivamente (15, 46).

Gonzales (2015) manifiesta en su investigación, que la sexualidad ha sido ignorada en la comunicación entre la embarazada y el profesional encargado de su atención. Los profesionales de la salud que trabajan en contacto directo con este grupo de población, que son la embarazada y su pareja, deben proporcionarle la información básica sobre la vida sexual durante y después de la gestación (22).

La estrategia sanitaria de atención prenatal va encaminada a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida de la información sobre la sexualidad durante el embarazo. Muchas veces la información que recibe la embarazada por diferentes medios es una información imprecisa que es susceptible de malas interpretaciones, siendo fácil caer en periodos arbitrarios de abstinencia; por lo que el personal de salud, quienes son los principales responsables de orientar y brindar consejería sobre este tema, deberían brindar a la gestante toda la información necesaria respecto a la sexualidad durante el embarazo, para erradicar así los mitos y creencias erróneas que tienen las gestantes, hablarles sobre los cambios que se pueden presentar en su sexualidad y de los factores que pueden influir en estos cambios, etc. Pero no solamente se debe brindar información a la gestante sino también en lo posible a la pareja para que practiquen comportamientos más reconfortantes, saludables y solidarios durante el embarazo y con su pareja para que esto no sea motivo de estrés en la gestante y crear un clima más cálido de pareja satisfaciendo las necesidades de ambos (22).

## CONCLUSIONES

Después de haber analizado los resultados del presente trabajo de investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas de las pacientes puérperas son, en su mayoría son jóvenes pertenecientes al grupo etáreo de 20-30 años, con educación secundaria, de estado civil conviviente, amas de casa y de religión no católica.
2. Las modificaciones de la actividad sexual coital son:
  - Deseo sexual: el 95,8% presentaron cambios. En el primer y segundo trimestre se encontró disminuido, mientras que en el tercer trimestre se encontró ausente.
  - Frecuencia de relaciones coitales: el 98,1% presentaron cambios . En el primer y segundo trimestre se encontró disminuido, mientras que en tercer trimestre se encontró ausente.
  - Orgasmo: el 96,7% presentaron cambios. En el primer y segundo trimestre se encontró disminuido, mientras que en el tercer trimestre se encontró ausente.
  - Posición sexual: durante el primer trimestre la posición fue la de “el hombre encima”, mientras que en el segundo y tercer trimestre fue la “de costado”.
3. El mayor porcentaje de puérperas cree que las relaciones sexuales coitales durante el embarazo producen parto pretérmino y en menor porcentaje creen que puede golpear al feto.
4. El 11,7% de pacientes puérperas recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo.

## RECOMENDACIONES

De la elaboración de la presente tesis se consideran las siguientes recomendaciones:

- Al Ministerio Nacional De Salud (MINSA), incorporar la consejería en educación sexual dentro del paquete de control prenatal, visita domiciliaria o programa de psicoprofilaxis; en donde el personal de salud realice de forma efectiva la consejería integral de salud sexual durante el embarazo.
- A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, incorporar dentro de la currícula, temas sobre sexualidad durante el embarazo.
- A lo(a)s alumno(a)s de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, realizar nuevos trabajos de investigación sobre temas relacionados a la sexualidad durante el embarazo, tomando como referencia esta investigación para recolectar más información.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO/WHO. Promoción de la salud [Internet]. Guatemala: OPS/OMS; 2000 [Consultado el 15 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion\\_d\\_e\\_Salud\\_Sexual%20OMS%202000.pdf](http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_d_e_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf)
2. Castelo-Branco C, La sexualidad humana. Una aproximación integral .ED. Medica Panamericana; 2005; 231:245
3. Gonzales I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. Revista Cubana de Medicina General Integral [Revista en internet] 2001 [Consultado el 15 de marzo del 2018]; 17(5): [Aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000500015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015)
4. Zighelboim I. Actividad sexual y embarazo. Conferencia presentada en el X Congreso Venezolano de Sexología. Revista de La Facultad de Medicina 2001; 24(2): 101-103.
5. Steege J, Jelovsek F. Comportamiento sexual durante el embarazo. Obstetricia y Ginecología. 1982; 60 (2): 163-8.
6. Rodríguez F. Sexualidad en embarazo y post parto: la necesidad de educación afectivo-sexual. Revista en psicología e investigación. 2012; 10(14).
7. Timaná E. Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho - enero 2015 [Internet]. Lima; 2015 [citado 15 de marzo del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/736-2503-2-PB.pdf>
8. Gonzales L. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio– setiembre 2015 [Internet]. Perú; 2016 [Citado el 15 de marzo del 2018]. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales\\_yl.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales_yl.pdf?sequence=1)

9. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J. Sex Med* 2008;5:1915–22
10. Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Internet]. España: Universidad de Almería; 2012 [citado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf>
11. Piñero S, Alarcos G, Arenas T, Jiménez V, Ortega M, Ramiro F. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *Nure Investigación [revista en Internet]* 2012 [acceso 22 de marzo del 2018]; 8(50): [16 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/518-1-2051-1-10-20150618.pdf>
12. Rodríguez M, Ramon E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Revista Enfermería Global [Revista internet]*. 2013 [Consultado el 22 de marzo del 2018]; 11(32): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/36320/1/Caracter%C3%ADsticas%20y%20evoluci%C3%B3n%20del%20patr%C3%B3n%20sexual%20de%20la%20mujer%20embarazada.pdf>
13. Balestena J, Fernández B, Sanabria J. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]*. 2014 [Consultado el 24 de marzo del 2018]; 18(5): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000500010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500010)
14. Escudero R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio [Internet]. Granada (España); 2015 [consultado el 24 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/25634252.pdf>

15. Levin A. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Cambios en la actividad sexual durante la gestación [Internet]. Buenos Aires; 2015 [citado 24 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112561.pdf>
16. Sapién J, Salguero M, Córdoba D. Dificultades sexuales vividas por los varones durante el embarazo. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [revista en Internet] 2015 [acceso 26 de marzo del 2018]; 14(3): [26 p.]. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/27650/25602>
17. Betaglia D, Leguizamón L, Gonzales L, Velgara M. Sexualidad y embarazo: Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. Revista ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. 2015 [Consultado el 26 de marzo del 2018]; 47(1): [Aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v47n1/v47n1a04.pdf>
18. Pichucho G, Suquillo F. Actividad sexual y modificaciones de esta en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los centros de salud unión de Ciudadelas y Pío XII durante los meses de abril a julio de 2015 [Internet]. Quito; 2015 [citado 28 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10246/ACTIVIDAD%20SEXUAL%20Y%20MODIFICACIONES%20DE%20LA%20MISMA%20EN%20PACIENTES%20EMBARAZADAS%20PERTENECIENTES%20DEMOGR%C3%81FICA.pdf?sequence=1>
19. Álvarez R, Gutiérrez Y, Velázquez D. Vivencias de la sexualidad durante el embarazo [Internet]. Bogotá; 2016 [citado 28 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20445/AlvarezLeanoRuthKatherine2016.pdf?sequence=1>
20. Vera C. Prácticas sexuales de la pareja durante la gestación en pacientes atendidas en Centro de Salud de Comas mayo 2014 [Internet]. Lima (Perú); 2014 [citado 30 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1568/3/vera\\_tcp.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1568/3/vera_tcp.pdf)

21. Timaná E. Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho - enero 2015 [Internet]. Lima; 2015 [citado 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/736-2503-2-PB.pdf>
22. Gonzales L. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio– setiembre 2015 [Internet]. Perú; 2016 [Citado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales\\_vl.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales_vl.pdf?sequence=1)
23. Tarco, N. Gonzales L. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla [Internet]. Perú; 2017 [Citado el 01 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5832/Tarco\\_pn.pdf;jsessionid=15FA0EB88F96562CDBB55AE018BF0DF9?sequence=2](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5832/Tarco_pn.pdf;jsessionid=15FA0EB88F96562CDBB55AE018BF0DF9?sequence=2)
24. Formación Integral. La sexualidad según OMS [Internet]. España; 2011 [Citado el 01 de abril del 2018]. Disponible en: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>
25. Frago S, Sáenz S. Sexo y sexualidad: la identidad sexual [Internet]. Zaragoza; 2003 [Citado el 01 de abril del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/Sexo-y-sexualidad-la-identidad-sexual.pdf>
26. PAHO/WHO. Promoción de la salud sexual [Internet]. OPS/OMS; 2000 [Citado el 03 de abril 2018]. Disponible en: [http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion de Salud Sexual%20OMS%202000.pdf](http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion%20de%20Salud%20Sexual%20OMS%202000.pdf)
27. INPPARES Promueve salud y desarrollo. Derechos sexuales y Reproductivos [Internet]. Perú: INPPARES; 2012 [Citado el 03 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.inppares.org/DSR>

28. Cuning, Bloonn, Hauth, Rouse, Leveno, Spong. Obstetricia Williams, 23°. Edición, EE. UU, Mcgraw-Hill Interamerican, 2011
29. Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana.1ª ED. Buenos Aires. Intermédica;1972
30. Schwarcz, Duverger, Diaz, Fereina. Obstetricia, 5°. Edición, Buenos Aires, el Ateneo, 2003
31. Matterna. Actividad sexual durante el embarazo [Internet]. BM; 2015 [Citado el 05 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.matterna.es/sobre-matterna/>
32. Gonzáles O, García M, Domínguez R. Las hormonas y la conducta sexual femenina. [Revista internet]. 2015 [Consultado el 06 de abril del 2018]; 21(1): [Aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1029-30192017000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017000100013)
33. Palacios S. Las hormonas del deseo [Internet]. Madrid; 2014 [Actualizada en agosto del 2015; citado el 09 de abril del 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/sexualidad-durante-el-primer-trimestre-del-embarazo/>
34. Molero F. La sexualidad en embarazo y puerperio. [Internet]. España; 2013 [citado el 11 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
35. Escudero R. Universidad de Granada. Departamento de obstetricia y ginecología. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Internet]. España; 2014 [citado el 11 de abril del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/cambios%20en%20el%20comportamiento%20sexual.pdf>

36. Leyton M. Las 4 etapas de la respuesta sexual según Masters y Johnson [Internet]. España: ABOUT; 2005 [Actualizado en enero 2016; citado 13 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.aboutespanol.com/las-4-etapas-de-la-respuesta-sexual-segun-masters-y-johnson-2979412>
37. Infogen Infórmate. Sexo en el primer trimestre [Internet]. México: Infogen; 2012 [Actualizada en agosto del 2013; citado el 19 de abril 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/sexualidad-durante-el-primer-trimestre-del-embarazo/>
38. Embarazo y más. Sexo y orgasmo durante el embarazo [Internet]. España; 2009 [Citado el 22 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.embarazoymas.net/embarazo/tener-un-orgasmo-puede-provocar-problemas-en-el-embarazo/>
39. Martinotti A, Sebastiani M. Sexualidad y embarazo. [Internet]. Buenos Aires. 2013 [consultado el 24 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=20022&pagina=2>
40. Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. [Internet]. Barcelona. 2015 [Citado el 26 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
41. García M. Universidad de Cádiz. Sexualidad en el periodo gestacional. [Internet]. España; 2014 [citado el 29 de abril del 2018]. Disponible en: <http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf>
42. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Perú; 2016 [citado el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/Informes/Libro\\_ENDES%202016.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/Informes/Libro_ENDES%202016.pdf)
43. López G. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas de Post grado. Cambios en la práctica sexual de gestantes Hospital Vicente Corral Moscoso [Internet]. Ecuador; 2016 [citado el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24627/1/TESIS71.pdf>

44. Kadri N, Berrada S, Dorhmi S, Bouhaouli L. Sexualidad durante el Ramadán. ELSEVIER [revista en Internet]. Marruecos; 2007 [citado el 12 de agosto del 2018]; 2(17): [7 p.]. Disponible en: [http://www.emconsulte.com/es/article/168578/arbres\\_decisionels/sexualite-durant-le-mois-de-ramadan](http://www.emconsulte.com/es/article/168578/arbres_decisionels/sexualite-durant-le-mois-de-ramadan)
45. Guibovich A, Berrada S, Angulo T, Luján E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana. Horizonte Medico [revista en Internet]. Perú; 2015 [citado el 14 de agosto del 2018]; 15(3): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727558X2015000300002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727558X2015000300002)
46. Rodríguez M, Coll E, Giménez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. Matronas profesión [revista en Internet]. España; 2017 [citado el 17 de agosto del 2018]; 15(3): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/originaevolucio-y-cambiossexualidad-gestantes.pdf>
47. WIKIPEDIA Promueve salud y desarrollo. Religión y sexualidad [Internet]. 2017 [Actualizado en agosto 2018; citado el 20 de agosto del 2018]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n\\_y\\_sexualidad](https://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n_y_sexualidad)
48. Cosmopolitan. Orgasmo y relaciones sexuales [Internet]. Barcelona; [citado el 21 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.cosmopolitan.com/es/sexoamor/sexo/a19495400/orgasmoanorgasmia/>
49. Doctissimo. Posiciones sexuales y sexualidad [Internet]. 2018 [citado el 22 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/sexualidad/galeriassexualidad/kamasutra/el-misionero>

50. Sapién J, Córdoba D. Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. *Psicología & Sociedades* [revista en Internet]. México; 2011 [citado el 25 de agosto del 2018]; 23(3): [ 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/19.pdf>
  
51. Fernández M. Los nuevos hallazgos de la Sexualidad en el embarazo. Los beneficios para el niño, la madre y el parto. Costa Rica: Instituto Costarricense de Sexología. [Consultado el 25 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO.html>



## ANEXO 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**Título de la investigación:**

Modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018

**Responsable de la investigación:**

Fanny Janet Tingal Calua

**Propósito del estudio de investigación:**

El presente estudio de investigación esta a cargo de la alumna Fanny Janet Tingal Calua de la Universidad Nacional de Cajamarca, de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, con el objetivo de conocer las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo. Si usted accede a participar en este estudio se le aplicará una encuesta personalmente.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación; igualmente puede retirarse de este estudio en cualquier momento que usted lo desee, sin que le perjudique en alguna forma.

**Confidencialidad:**

La información que usted brinde será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo que implica la investigación.

Habiendo recibido la información necesaria y cubriendo sus dudas sobre el estudio que se realizará, a continuación se presenta el consentimiento que será llenado si usted acepta participar del estudio.

**Consentimiento Informado:**

Yo..... de..... años, identificada con DNI N°..... en calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro haber recibido y entendido la información en forma clara respetuosa sobre la investigación denominada: **Modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**; por ello manifiesto mi consentimiento en forma libre y voluntaria para participar en dicha investigación. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

.....

Firma del encuestador

.....

Firma del encuestado

Cajamarca, ..... de ..... del 2018

## ANEXO 02

### CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LAS MODIFICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018

#### I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

1. Edad: .....

2. Estado civil:

- Soltera                       Casada  
 Conviviente                 Viuda

3. Grado de instrucción:

- Sin instrucción                 Primaria                 Secundaria  
 Superior Técnica               Superior Universitaria

4. Religión:

- Católica                       No católica

5. Ocupación:

- Ama de casa                 Estudiante                 Trabajadora de sector publico  
 Trabajadora de sector privado       Trabajadora independiente

#### II. MODIFICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL SEGÚN EL TRIMESTRE DE EMBARAZO.

6. ¿Ha notado algún cambio en su deseo de tener relaciones sexuales coitales durante el embarazo?

- Si \*continuar con pregunta #6.1                 No \*Pasar a pregunta #7

**6.1 Cómo fue ese cambio en su deseo sexual durante el:**

| PRIMER TRIMESTRE<br>(1 - 13 semanas) | SEGUNDO TRIMESTRE<br>(14 - 27 semanas) | TERCER TRIMESTRE<br>(28 - 40 semanas) |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Aumentó ( )                          | Aumentó ( )                            | Aumentó ( )                           |
| Disminuyó ( )                        | Disminuyó ( )                          | Disminuyó ( )                         |
| No tuvo deseo ( )                    | No tuvo deseo ( )                      | No tuvo deseo ( )                     |

**7. ¿Ha notado algún cambio en la frecuencia de relaciones sexuales coitales (cantidad de veces que tenía relaciones sexuales coitales) durante su embarazo?**

Si \*continuar con pregunta #7.1       No \*Pasar a pregunta #8

**7.1 Cómo fue ese cambio en la frecuencia de relaciones sexuales coitales durante el:**

| PRIMER TRIMESTRE<br>(1 - 13 semanas) | SEGUNDO TRIMESTRE<br>(13 - 27 semanas) | TERCER TRIMESTRE<br>(28 - 40 semanas) |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Aumentó ( )                          | Aumentó ( )                            | Aumentó ( )                           |
| Disminuyó ( )                        | Disminuyó ( )                          | Disminuyó ( )                         |
| No relaciones sexuales ( )           | No relaciones sexuales ( )             | No relaciones sexuales ( )            |

**8. ¿Ha notado algún cambio en la frecuencia con la que llegaba al orgasmo (punto máximo de placer) en las relaciones sexuales coitales durante el embarazo?**

Si \*continuar con pregunta #8.1       No \*Pasar a pregunta #9

**8.1 Cómo fue ese cambio en la frecuencia con la que llegaba al orgasmo en las relaciones sexuales coitales durante el:**

| PRIMER TRIMESTRE<br>(1 - 13 semanas) | SEGUNDO TRIMESTRE<br>(13 - 27 semanas) | TERCER TRIMESTRE<br>(28 - 40 semanas) |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Aumentó ( )                          | Aumentó ( )                            | Aumentó ( )                           |
| Disminuyó ( )                        | Disminuyó ( )                          | Disminuyó ( )                         |
| No alcanzó el orgasmo ( )            | No alcanzó el orgasmo ( )              | No alcanzó el orgasmo ( )             |

**9. Qué posición sexual le resultó más cómoda en las relaciones sexuales coitales, durante el embarazo:**

| POSICION SEXUAL | 1° TRIMESTRE | 2° TRIMESTRE | 3° TRIMESTRE |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| La mujer encima |              |              |              |
| La mujer abajo  |              |              |              |
| De costado      |              |              |              |
| Otra posición:  |              |              |              |

**III. CREENCIAS SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO.**

**10. ¿Qué creencias tiene usted sobre las relaciones coitales durante el embarazo?**

- a) Temor a producir abortos
- b) Temor a producir parto prematuro
- c) Temor a producir ruptura de membranas
- d) Temor a golpear al feto
- e) No perjudican al embarazo
- f) Otras (especifique)

**III. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO.**

**11. ¿Recibió usted información sobre relaciones sexuales coitales durante el embarazo?**

Si

No

## ARTÍCULO CIENTÍFICO DE LA TESIS:

### MODIFICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL COITAL DURANTE EL EMBARAZO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018

1 Tingal Calua Fanny Janet.

1 Bachiller en Obstetricia – Universidad Nacional de Cajamarca. Av. Atahualpa 1050, Cajamarca – Perú.

---

#### Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar y analizar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018. El diseño metodológico del estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo y transversal. En el estudio participaron un total de 214 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión.

Los principales resultados encontrados fueron: dentro de las características sociodemográficas, el 42,5% se encontraba en el grupo etáreo de 20 a 30 años, 34,6% tienen estudios secundarios, 58,9% son convivientes, 75,7% son amas de casa y 57,5% no pertenecen a la religión católica. Las modificaciones de la actividad sexual coital fueron, deseo sexual: el 95,8% presentaron cambios; en el primer y segundo trimestre se encontró disminuido en un 46,8% y 55,2% respectivamente, mientras que en tercer trimestre se encontró ausente en un 60,5%. Frecuencia de relaciones coitales: el 98,1% presentaron cambios; en el primer y segundo trimestre se encontró disminuido en un 56,7% y 61,9% respectivamente, mientras que en tercer trimestre se encontró ausente en un 81,4%. Orgasmo: el 96,7% presentaron cambios; en el primer y segundo trimestre se encontró disminuido en un 59,7% y 48% respectivamente, mientras que en el tercer trimestre se encontró ausente en un 69,4%. La posición sexual utilizada en el primer trimestre fue "el hombre encima" en un 56%, mientras que en el segundo y tercer trimestre fue "de costado" con un 63,1% y 90,7% respectivamente. El 27,1% cree que las relaciones coitales durante el embarazo producen parto prematuro y solo 3,7 % cree que no son perjudiciales para el embarazo. El 11,7% recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo.

**Palabras claves:** Actividad sexual coital; embarazo; deseo; orgasmo; posición sexual.

#### Abstract

The main objective of this study was to determine and analyze the changes in sexual activity during pregnancy. Teaching Regional Hospital of Cajamarca 2018. The methodological design of the study was descriptive, non-experimental, retrospective and transversal. A total of 214 puerperal women who met the inclusion and exclusion criteria participated in the study.

The main results were: within the sociodemographic data, 42,5% were in the age group of 20 to 30 years, 34,6% had secondary education, 58,9% were cohabiting, 75,7% were housewives and 57,5% were not of catholic religion. The modifications of sexual coital activity were, sexual desire: 95.8% presented changes; in the first and second trimesters it was found to be decreased by 46.8% and 55.2% respectively, while in the third quarter it was found to be absent in 60.5%. Frequency of coital relationships: 98.1% presented changes; In the first and second trimesters it was found to be decreased by 56.7% and 61.9% respectively, while in the third quarter it was found to be absent in 81.4%. Orgasm: 96.7% presented changes; in the first and second trimesters it was found to be 59.7% and 48% respectively, while in the third quarter it was found to be absent in 69.4%. The sexual position used in the first quarter was "the man over" by 56%, while in the second and third quarters was "sideways" with 63.1% and 90.7% respectively. 27.1% believe that coital relationships during pregnancy produce preterm delivery and only 3.7% believe that they are not harmful to pregnancy. 88.3% did not receive information about coital sexual activity during pregnancy.

**Key words:** Coital sexual activity; pregnancy; wish; orgasm; sexual position

## **INTRODUCCION.**

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad, es un aspecto inherente a todo ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Incluye el sexo, identidad, papel de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. La actividad sexual coital, desde el punto de vista de la sexología, se define como el contacto físico entre personas, a través del coito o penetración, fundamentalmente con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos (1).

El embarazo es una etapa importante en la mujer, donde se producen una serie de cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos que influenciados por factores culturales, sociales y religiosos; pueden modificar la actividad sexual coital de la pareja durante este periodo. Además los tabúes y creencias populares sobre lo que es y no es apropiado en el comportamiento sexual durante el embarazo, puede provocar que la gestante tienda a modificar su actividad sexual, generando así problemas en la salud sexual tanto de ella como la de su pareja (2). Los investigadores coinciden que durante el embarazo la mayoría de las mujeres sufren modificaciones en su actividad sexual las cuales están relacionadas con cada trimestre de embarazo; estas modificaciones consisten en variaciones como el aumento o disminución del deseo sexual, frecuencia del coito, de la capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual de la gestante.

En la actualidad mucho se habla de sexualidad y parece que todo está dicho; sin embargo, la sexualidad durante el embarazo no tiene la importancia y el abordaje necesario, y ello genera muchas veces dudas e incertidumbre. El desconocimiento y la desinformación sobre la actividad sexual durante el embarazo han llevado a que se especule o se trate de forma equivocada y no se informe bajo criterios científicos, afectando así la actividad sexual y la relación de pareja (3).

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, no es ajeno a esta realidad, ya que muchas gestantes manifestaban sus dudas sobre los cambios en su actividad sexual, existiendo además escasa información por parte del personal de salud en temas concernientes a la sexualidad durante el embarazo.

Por todo lo mencionado anteriormente, surge la elaboración del presente trabajo de investigación con el objetivo primordial de determinar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo, estudio que se realizó en las pacientes púerperas del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

### **Materiales y Métodos**

El diseño de la presente investigación fue no experimental de corte transversal y perteneció a un tipo de estudio descriptivo, y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 214 púerperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2018, que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario elaborado por la autora teniendo como base la encuesta realizada por Levin A., la cual ha sido adaptada a la presente investigación considerando las preguntas de utilidad para el logro de los objetivos de la presente investigación. El instrumento consta de 4 partes, de las cuales La primera parte: comprende los datos sociodemográficos de las pacientes púerperas, con 5 ítems específicos: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y religión, la segunda parte: aborda preguntas concernientes a las modificaciones de la actividad sexual coital según el trimestre de embarazo, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: deseo sexual, frecuencia de relaciones coitales, orgasmo y también la posición sexual más utilizada durante el embarazo, las cuales representaron 8 preguntas en total, la tercera parte: contiene preguntas acerca de las principales creencias que tienen las púerperas sobre la actividad sexual coital durante el embarazo, la cuarta parte: realizada con el fin de identificar el porcentaje de púerperas que recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo. El instrumento empleado tuvo un alto grado de confiabilidad, ya que el resultado dio un valor de 0,841, validando su uso para la recolección de datos. Los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de software estadístico IBM SPSS para Windows versión 23. Se utilizaron frecuencias relativas simples para identificar las características sociodemográficas, determinar las modificaciones de la actividad sexual coital durante el embarazo, creencias e información sobre actividad sexual coital, además, se utilizó tablas de frecuencias simples.

## Resultados y Discusión

**TABLA 01. Características sociodemográficas en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS |                             | N°         | %            |
|-------------------------|-----------------------------|------------|--------------|
| Edad                    | De 14 a 19                  | 42         | 19,6         |
|                         | De 20 a 30                  | 91         | 42,5         |
|                         | De 31 a 41                  | 81         | 37,9         |
| Grado de instrucción    | Sin instrucción             | 31         | 14,5         |
|                         | Primaria                    | 63         | 29,4         |
|                         | Secundaria                  | 74         | 34,6         |
|                         | Superior técnica            | 27         | 12,6         |
|                         | Superior universitaria      | 19         | 8,9          |
| Estado civil            | Soltera                     | 23         | 10,7         |
|                         | Casada                      | 65         | 30,4         |
|                         | Conviviente                 | 126        | 58,9         |
| Religión                | Católica                    | 91         | 42,5         |
|                         | No católica                 | 123        | 57,5         |
| Ocupación               | Ama de casa                 | 162        | 75,7         |
|                         | Estudiante                  | 8          | 3,7          |
|                         | Empleada del estado         | 12         | 5,6          |
|                         | Empleada del sector privado | 20         | 9,3          |
|                         | Independiente               | 12         | 5,6          |
| <b>Total</b>            |                             | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 01, se muestra las características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, respecto a la edad se obtuvo que, el mayor porcentaje de puérperas pertenece al grupo etáreo de 20 a 30 años en un 42,5%, seguido del 37,9% de puérperas pertenecientes al grupo de 31 a 41 años y un significativo 19,6% fueron adolescentes (14 a 19 años). Escudero, Levin y Vera encontraron en sus estudios que la mayoría de las mujeres tenían una edad comprendida entre 20 a 35 años (14,15,20), coincidiendo con los resultados encontrados en este estudio; mientras que Timaná refiere que la mayoría de las mujeres en su investigación eran adolescentes (21).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, refiere que, a nivel nacional, el mayor aporte relativo a la fecundidad está dado por el grupo de 20 a 29 años, en segundo lugar, se perfila el grupo de 30 a 39 años, en tercer lugar, el grupo de 15 a 19 años y finalmente por el grupo de 40 a 44 años. (42), estos resultados se asemejan con los datos obtenidos en la investigación.

Dentro de los factores sociodemográficos que pueden influir en la sexualidad, la edad materna tiene un papel importante, con múltiples referencias en las investigaciones, aunque con diferentes conclusiones. Escudero (2015) refiere que las mujeres más jóvenes mantienen un nivel más alto de actividad sexual en comparación con el grupo de mayor edad; explicando que las mujeres mayores de 30 años tienen mayor carga de trabajo dentro y fuera del hogar, menor lubricación y menores condiciones físicas por la edad (14). Sin embargo, otros autores como Leite (2009) no encontró esta asociación, manifestando que las mujeres jóvenes tienden a sufrir mayor deterioro en su actividad sexual a comparación de las mujeres de mayor de edad, justificando estos resultados con las características psicológicas del grupo de adolescentes que han iniciado su vida sexual recientemente y afrontan el embarazo de modo distinto a las mujeres adultas (43). Por lo tanto, se podría decir que los cambios en la actividad sexual son independientes a la edad de la gestante.

Respecto al grado de instrucción, se observa que el mayor porcentaje de pacientes en un 34,6% tienen el nivel de educación secundaria ya sea completa e incompleta, mientras que solo el 8,9% tienen educación superior universitaria. Por lo que se podría decir que la gran mayoría (85,5%) de las pacientes



han logrado cursar algún grado de instrucción y solamente una pequeña parte de la población no tienen instrucción (14,5%), es decir son analfabetas. Estos datos podrían reflejar que el nivel de educación en las mujeres ha ido progresando en el transcurso de los años.

Los resultados coinciden con los datos obtenidos por Levin y Timaná quienes encontraron que la mayoría de su población tenían un grado de educación secundaria, con porcentajes de 63,5% y 72,2% respectivamente (15,21). Sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Vera quien menciona que el grado de instrucción que predominó en su investigación fue el de superior técnico, y de igual manera con los de Escudero quien encontró que la mayoría de su población recibió el nivel de educación primario (14,20).

Según ENDES 2016, el nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años ha mejorado en el año 2016 respecto al año 2012. El 62,6% tiene educación secundaria completa o superior (27,4 y 35,2%, respectivamente). Esta condición en el área urbana fue 2,7 veces al porcentaje observado en el área rural (71,7 frente 27,0%). Datos que nos ayudan a corroborar los resultados obtenidos. (42)

El nivel de educación es fundamental en los temas relacionados con la sexualidad, esto puede llevar a pensar que la mujer que con nivel de estudio medio y superior se encuentran más empoderadas para mejorar su vida, y el ámbito sexual no sería la excepción, a diferencia de las mujeres con pocos estudios quienes podrían ser más vulnerables, puesto que una mujer con mayor educación tiene mejores conocimientos sobre temas de sexualidad y probablemente entiendan mejor los términos y definiciones que involucra la respuesta sexual, tales como deseo, orgasmo, lívido, excitación etc. Las mujeres con mayor grado de instrucción tienden a tener mayor facilidad de adquirir conocimientos y saber expresar mejor sus problemas y vivencias de su sexualidad durante el embarazo.

Gonzales (2016) encontró relación entre el grado de instrucción y la disfunción sexual durante el embarazo, señalando que las pacientes que tienen un menor nivel de educación son más propensas a tener problemas en el funcionamiento sexual, impidiendo así el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente pueden deteriorar la autoimagen y la autoestima de las personas (22) lo cual podría deberse al poco conocimiento que tiene este grupo de pacientes sobre la sexualidad.

Respecto al estado civil, se observa que el mayor porcentaje de pacientes, en un 58,9% convive con su pareja, seguido de un 30,4% que son casadas y en un menor porcentaje del 10,7% manifiestan ser solteras, pero con pareja sexual estable. Levin, Vera y Timaná en sus estudios refieren que la mayoría de su población eran convivientes, en un 93,3%, 70% y 66,6% respectivamente (15,20,21) coincidiendo con los resultados encontrados, sin embargo, Escudero refiere que el 91,9% de su población estaban casadas (14).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, el 57,5% de las mujeres se encuentran unidas (21,4% casadas y 36,1% convivientes) datos que se asemejan con los resultados obtenidos en la investigación, mientras el 31,3% nunca ha estado casada o en convivencia. (42)

Gonzales (2016), en su estudio encontró que una de las variables más predictivas de la frecuencia del coito durante el embarazo incluye el estado civil, manifestando que las mujeres con estado civil de convivientes y casadas son las que con mayor frecuencia tienen relaciones sexuales coitales a comparación de las gestantes solteras (22).

Kadri (2002) en su investigación describió menores niveles de deseo en mujeres casadas que en solteras, atribuyéndolo a problemas en su relación de pareja (44) sin embargo, Bello (2011) indica que el estar casada o convivir con la pareja es un predictor positivo de las relaciones sexuales durante el embarazo (45). Por otro lado, Pauls (2008) no observó relación entre la función sexual y el estado civil (46). Por lo tanto, se podría decir que las modificaciones en la actividad sexual no dependen del estado civil, sino más bien del tipo de relación con la pareja.

El elevado porcentaje de parejas convivientes, puede deberse a que hoy en día no se requiere un acuerdo matrimonial para validar sus derechos civiles como pareja ante la sociedad, se suma a ello el tedioso y lento trámite que hay que seguir cuando una pareja decide en casarse. En muchos casos es la mujer quien tiene la ilusión de casarse, pero los varones generalmente son quienes evitan dicha situación, razón por la que aumenta el estado de convivencia, así mismo, puede existir también una actitud de individualismo y falta de compromiso por alguna de las dos partes, que conlleva a que un matrimonio no se genere.

El menor porcentaje de pacientes solteras se debe a que la investigación solo incluyó a aquellas pacientes que tenían pareja sexual en su embarazo y por ende se excluyó a todas las pacientes que no tuvieron pareja sexual, las cuales en su mayoría pertenecían al estado civil de soltera.

Se evidencia, en cuanto a la religión que, la mayoría de las pacientes en un 57,5% no eran católicas, es decir profesaban otras religiones tales como: evangélica, adventista, testigos de Jehová, israelitas, entre otras. Pero también se evidencia un porcentaje considerable de pacientes católicas expresadas en un 42,5%. Estos resultados difieren con los encontrados por Levin (15) quien encontró que la mayoría de su población no practicaba ninguna religión representado un 74%. Mientras que Sapién et al. encontró que la mayoría de la población pertenecían a la religión católica (16).

La mayoría de religiones existentes en el mundo no prohíben o condenan el acto sexual en sí, siempre y cuando se rijan a sus doctrinas y leyes, condenado el acto sexual antes del matrimonio, entre personas de mismo sexo y las orgias. Muchas veces la religión impide la libertad y la diversidad sexual reprimiendo los deseos y la satisfacción sexual tanto del hombre como de la mujer pudiéndose alterar el vínculo entre la pareja. Existen muchas religiones que fortalecen conceptos restrictivos sobre la moral sexual además de tachar algunos actos como pecaminosos obstaculizando así el aprendizaje y la aplicación de los derechos sexuales de cada uno (47).

Respecto a la religión, Gonzales (2016) no encontró relación existente con las modificaciones en la actividad sexual en mujeres embarazadas, manifiesta que algunos estudios muestran que la religión es un factor de riesgo para la disfunción sexual, en cambio en otras investigaciones, señalan que los aspectos religiosos y la actitud conservadora no conllevan a modificar la actividad sexual durante la gestación, por lo que sugiere la realización de más investigaciones, sobre todo en gestantes (22).

En cuanto a la ocupación actual de las pacientes púerperas, se observa que, la mayoría son amas de casa en un 75,7%, mientras que solo un 3,7% son estudiantes. Estos datos se asemejan con los resultados de Levin, Vera y Timaná, los cuales encontraron que la ocupación que más prevaleció fue la de ama de casa con porcentajes de 53,8%, 70% y 50% respectivamente (15,20,21). Demostrando tanto en publicaciones nacionales como internacionales que ser ama de casa es una ocupación predominante en cualquier parte del mundo. Por el contrario, Piñero et al. encontró en su investigación que la mayoría de la población, en un 42,7% eran trabajadoras de institución pública y privada (11).

Gonzales (2016) no encontró relación entre la ocupación y la modificación en la actividad sexual durante el embarazo, manifestando que la ocupación suele ser independiente a los cambios en la actividad sexual (22).

El mayor porcentaje de la población corresponde a amas de casa, probablemente a que durante la etapa de embarazo la mujer requiere de un mayor cuidado lo que involucra mayor tiempo para dedicarse a su embarazo, el cual suele aumentar a medida que avanza la gestación, y en la etapa de puerperio la mujer necesita de tiempo para recuperarse y cuidar de su bebé, por estos motivos la mujer suele dejar su trabajo y dedicarse por completo a su hogar, manifestando así su ocupación actual de ama de casa.

**TABLA 02. Cambios en el deseo sexual durante el embarazo en púerperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIOS EN EL DESEO SEXUAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Si                                | 205        | 95,8         |
| No                                | 9          | 4,2          |
| <b>Total</b>                      | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 02, se observa que, en cuanto al cambio en el deseo sexual un 95,8% de las púerperas encuestadas refiere que, si notaron cambios en su deseo sexual durante el embarazo, y solo el 4,2% no identificó algún cambio. Estos datos se asemejan a los encontrados por Levin, quien indica que un 78,8% refiere cambios en el deseo sexual luego de quedar embarazada.

En el embarazo la vida sexual de la pareja puede estar expuesta a diferentes modificaciones, debido a los cambios tanto fisiológicos, psicológicos que se presentan durante la gestación. Masters y Johnson (1996) publicaron los resultados de sus investigaciones sobre la respuesta sexual influenciada por el

embarazo, demostrando que el embarazo influye inexorablemente sobre esta respuesta sexual en el 98,9 % de las mujeres (18). Uno de los componentes de la respuesta sexual es el deseo el cual según Masters Johnson entre otros autores coinciden en que este componente tiende a modificarse durante la gestación.

según un estudio realizado por Ojanlatva (2006), encuentra que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres, de los cuales un porcentaje considerable correspondía a mujeres gestantes comprometiendo principalmente el deseo y la excitación (22).

**TABLA 03. Cambios en el deseo sexual según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| CAMBIO EN EL DESEO SEXUAL | Primer trimestre |              | Segundo trimestre |              | Tercer trimestre |              |
|---------------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|                           | N°               | %            | N°                | %            | N°               | %            |
| Aumentó                   | 23               | 11,2         | 21                | 10,2         | 1                | 0,5          |
| Disminuyó                 | 96               | 46,8         | 113               | 55,2         | 80               | 39,0         |
| No tuvo deseo             | 86               | 42,0         | 71                | 34,6         | 124              | 60,5         |
| <b>Total</b>              | <b>205</b>       | <b>100,0</b> | <b>205</b>        | <b>100,0</b> | <b>205</b>       | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 03, muestra que, del total de puérperas que refirieron cambios en su deseo sexual durante el primer trimestre, el mayor porcentaje (46,8%) refieren disminución en su deseo sexual, mientras que solo el 11,2% refiere un aumento en su deseo sexual. Estos resultados coinciden con Levin y Timaná quienes indican como principal cambio la disminución del deseo sexual durante el primer trimestre (15,21). Mientras que Vera indican que el deseo sexual durante el primer trimestre se mantiene igual que antes de la etapa pregestacional (20).

La disminución en el deseo sexual durante el primer trimestre podría estar justificado, a los cambios físicos y hormonales que se presentan durante el primer trimestre que pueden dar lugar a la aparición de náuseas, vómitos, sueño, aumento de sensibilidad mamaria, entre otros. Además de cambios emocionales como irritabilidad o miedo a perder el embarazo, lo que podría reprimir el deseo sexual, tal y como nos explica la bibliografía consultada.

Gonzales refiere en su investigación que, durante los tres primeros meses de gestación, el deseo sexual se reduce considerablemente en el 40% de las gestantes, siendo los factores generalmente evidenciados la edad de la gestante, desconfianza, inseguridad y descubrimiento de los instintos maternales, lo cual provoca que la mujer repliegue sus reflejos sexuales (22).

En cuanto al segundo trimestre se observa que el 55,2% refiere disminución del deseo sexual, mientras que el 10,2% refiere un aumento en su deseo, evidenciando que la disminución del deseo sexual sigue predominando en este segundo trimestre. Estos resultados coinciden con las investigaciones de Levin y vera quienes refieren que el cambio que más resaltó es la disminución del deseo sexual (15,20). Sin embargo, Timana refiere que el deseo sexual aumentó en este trimestre (21).

Masters y Johnson, Falicov y Velay, indica un aumento del deseo sexual en el segundo trimestre (34,35,37), debido que en esta etapa las molestias generalmente desaparecen, sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación refieren lo contrario, probablemente a las fluctuaciones hormonales, preocupaciones, problemas personales, creencias y temores sobre el daño que le pueden causar a su bebé si es que mantienen relaciones sexuales, lo que podría reprimir el deseo sexual.

En el tercer trimestre el 60,5% refiere que no tuvo deseo sexual, mientras que solo el 0,5% refiere un aumento en su deseo sexual. Resultados similares encontraron los investigadores Levin, Vera y Timana (15,20,21), observando que el deseo sexual en el tercer trimestre es ausente.

La ausencia del deseo sexual en este trimestre podría estar relacionada a la llegada del parto, donde la gestante aún sigue con el miedo de causarle daño a su bebé, además de las molestias que implica este

trimestre de embarazo, como crecimiento del vientre, dolores musculares, insomnio o el sueño en exceso, aumento de la secreción de prolactina, incidiendo en la disminución del deseo sexual.

Soria (2012) en su estudio menciona que, la gestante se enfrenta a expectativas, ansiedades y temores, en ocasiones muy marcados, como temores a perder el atractivo físico, a tener un hijo con malformaciones, a no tener leche, al aborto, a morir en el parto, etc. lo cual puede repercutir sobre la función sexual, disminuyendo el deseo e interés sexual (10).

Gonzales (2016) refiere que, en cuanto a los factores socioculturales, la conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual (22).

**TABLA 04. Cambios en la frecuencia de relaciones coitales durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIO EN LA FRECUENCIA COITAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Si                                    | 210        | 98,1         |
| No                                    | 4          | 1,9          |
| <b>Total</b>                          | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 04, muestra que, un 98,1% de las puérperas encuestadas refieren haber notado cambios en la frecuencia de sus relaciones coitales durante el embarazo y solo el 1,9% no refirió ningún cambio. Resultados similares encontró Levin en su investigación, quien indica que el 75% refiere cambios en la frecuencia coital luego de quedar embarazada (15).

Piñero y otros (2010) manifiestan que, en la actualidad, el coito no se considera simplemente como una función en pro de la reproducción, sino también como complementaria para el mantenimiento de la pareja. El sexo es una función fisiológica más, que, de no realizarse, es causa de múltiples alteraciones somáticas y psíquicas (11).

Analizando los resultados, encontramos que, no todas las pacientes que refirieron modificaciones en su deseo sexual refieren también cambios en la frecuencia de relaciones coitales, observando que el número de pacientes que manifiestan cambios en la frecuencia coital (n=210) es mayor a las pacientes que indican cambios en el deseo sexual (n=205).

Así como el deseo sexual se ve alterada durante el embarazo, la frecuencia de relaciones sexuales coitales también tiende a modificarse durante la gestación, varios autores coinciden que durante el embarazo la frecuencia coital sufre cambios, debido a los factores físicos, psicológicos y culturales (18,19)

Estudios realizados con gestantes han demostrado que, en los diferentes trimestres de embarazo la actividad coital tiene un alto grado de variabilidad.

**TABLA 05. Cambios en la frecuencia de relaciones coitales según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIO EN LA FRECUENCIA COITAL</b> | <b>Primer trimestre</b> |              | <b>Segundo trimestre</b> |              | <b>Tercer trimestre</b> |              |
|---------------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
|                                       | <b>N</b>                | <b>%</b>     | <b>N</b>                 | <b>%</b>     | <b>N</b>                | <b>%</b>     |
| Aumentó                               | 18                      | 8,6          | 23                       | 11,0         | 0                       | 0,0          |
| Disminuyó                             | 119                     | 56,7         | 130                      | 61,9         | 39                      | 18,6         |
| No tuvo relaciones sexuales coitales  | 73                      | 34,7         | 57                       | 27,1         | 171                     | 81,4         |
| <b>Total</b>                          | <b>210</b>              | <b>100,0</b> | <b>210</b>               | <b>100,0</b> | <b>210</b>              | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 05, muestra que, del total de pacientes que refieren cambios en la frecuencia coital durante el primer trimestre, el mayor porcentaje (56,7%) refiere que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó, mientras que solo el 8,6% refiere un aumento. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Escudero, Levin y Vera quienes encontraron una mayor predominancia en la disminución del deseo sexual (14,15,20), mientras que Timaná no refiere cambios (21)

Al analizar los resultados se evidencia que, durante el primer trimestre la disminución en la frecuencia de relaciones sexuales coitales predominó; lo que puede estar relacionada con la disminución del deseo sexual que referían las pacientes (tabla N°02), es decir si las pacientes tienen disminuido el deseo sexual rara vez tendrán relaciones sexuales coitales. Los factores que pueden intervenir en la disminución de frecuencia de relaciones coitales podrían ser los mismos factores que intervinieron en la disminución en la frecuencia coital.

Pichucho y Suquillo (2015) refieren que, durante el primer trimestre del embarazo, algunos riesgos limitan las relaciones coitales, como: infecciones de transmisión sexual, amenaza o antecedentes de aborto, patologías cervicovaginales que genere sangrado o cirugía cervicovaginal reciente (18).

Respecto al segundo trimestre un 61,9% refieren disminución en la frecuencia coital, mientras que solo el 11% refirió lo contrario. Resultados similares encontraron los investigadores Escudero, Levin y Vera (14,15,20), sin embargo, Timaná refiere el aumento del deseo sexual en este trimestre (21)

La disminución en la frecuencia de relaciones sexuales coitales sigue prevaleciendo en este segundo trimestre, contrariamente a lo que refiere la mayoría de los autores (aumento de la frecuencia coital), este resultado se podría justificar por la disminución del deseo sexual que refirieron las pacientes en este trimestre, como anteriormente se explicó. Así como los tabúes o creencias de ocasionar daños al bebé. Escudero (2015) comenta que, durante el segundo trimestre se va haciendo más notorio el crecimiento del vientre por lo que la gestante tiende a tener miedo en causarle algún daño al feto, efectuando ajustes en la actividad sexual, lo que implica la disminución en la frecuencia coital (14).

Otro de los motivos por el que puede disminuir la frecuencia coital es el aspecto físico de la gestante, a medida que avanza el embarazo se presentan progresivos cambios corporales, sintiéndose poco atractiva y sensual lo que le condiciona a no tener relaciones sexuales. La percepción del varón frente al embarazo también influye en la frecuencia de relaciones sexuales, según Sapién y Salguero (2012) en su investigación refieren que, las parejas de las gestantes manifiestan que durante los

primeros meses las relaciones sexuales eran habituales, pero luego cuando fue más notorio el vientre de su esposa por la presencia del feto, tuvieron miedo e inseguridad de tener relaciones (16).

Respecto al tercer trimestre el 81,4% indicó que no tuvo relaciones sexuales y el 18,6% refirió una disminución, sin embargo, ninguna paciente indicó el aumento de su frecuencia coital. Levin, Vera y Timaná coinciden con estos resultados (15,20, 21), mientras que Escudero refiere un aumento (14).

Los resultados obtenidos en este trimestre nos indican que la mayoría de las pacientes no tuvieron relaciones sexuales coitales, probablemente al aumento de la fatiga y disminución de la libido en el tercer trimestre del embarazo. Para algunas de las mujeres, su apariencia física, su incomodidad o el temor a lesionar el feto, la dificultad para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre puede influir en la disminución de las relaciones sexuales. Piñero (2012) refiere que unos de los principales factores que disminuyen la frecuencia coital en el tercer trimestre es la apariencia física, manifestando que el 90% de las mujeres se sienten menos atractivas en esta etapa.

Gonzales (2016) refiere que, en los tres últimos meses, la frecuencia coital disminuye en un 70%, estando asociado al dolor en las relaciones sexuales y a la incomodidad al tener relaciones coitales (22).

Pichucho y Suquillo, refieren en su investigación que los factores que inciden negativamente sobre la disminución de la frecuencia coital en el tercer trimestre son la fatiga, dispareunia, la ansiedad hacia la proximidad del parto, el miedo a dañar el feto y los cambios en la relación de pareja (18).

**TABLA 06. Cambios en la frecuencia orgásmica durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIO EN LA FRECUENCIA ORGASMICA</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Si                                       | 207        | 96,7         |
| No                                       | 7          | 3,3          |
| <b>Total</b>                             | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 06, se muestra que, el 96,7% de las pacientes encuestadas refirieron que durante el embarazo notaron cambios en la frecuencia con la que alcanzaban el orgasmo durante las relaciones sexuales coitales y solo el 3,3% no refirió ningún cambio. Coincidiendo con el estudio realizados por Levin, quien indica que el 49% refiere que hubo cambios en el orgasmo luego de quedar embarazada (15).

Así como el deseo sexual y la frecuencia coital se ven modificadas durante el embarazo, la frecuencia orgásmica (frecuencia con que la que alcanza el orgasmo durante las relaciones sexuales coitales) no es ajena a estos cambios, comprobándolo con los resultados obtenidos en esta investigación, donde la mayoría de las pacientes refieren haber sufrido cambios en cuanto a su orgasmo durante el embarazo. Masters y Johnson (1996) demostraron que el embarazo influye inexorablemente sobre esta respuesta sexual en el 98,9 % de las mujeres, siendo uno de los componentes de la respuesta sexual el orgasmo (19).

Soria (2012), manifiesta que el orgasmo tiende a modificarse en relación con el trimestre de gestación en que se encuentra la gestante, debido que el estado gravídico produce progresivamente una serie de cambios anátomo-funcionales (10).

**TABLA 07. Cambios en la frecuencia orgásmica según el trimestre de embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>CAMBIO EN LA FRECUENCIA ORGASMICA</b> | <b>Primer trimestre</b> |              | <b>Segundo trimestre</b> |              | <b>Tercer trimestre</b> |              |
|--|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
|  | <b>N°</b>               | <b>%</b>     | <b>N°</b>                | <b>%</b>     | <b>N°</b>               | <b>%</b>     |
| Aumentó                                  | 34                      | 25,4         | 48                       | 32,0         | 0                       | 0,0          |
| Disminuyó                                | 80                      | 59,7         | 72                       | 48,0         | 11                      | 30,6         |
| No alcanzó el orgasmo                    | 20                      | 14,9         | 30                       | 20,0         | 25                      | 69,4         |
| <b>Total</b>                             | <b>134</b>              | <b>100,0</b> | <b>150</b>               | <b>100,0</b> | <b>36</b>               | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

La tabla 07, muestra que, del total de pacientes que tuvieron relaciones coitales durante el primer trimestre el mayor porcentaje (59,7%) refiere que la frecuencia con que alcanzaban el orgasmo había disminuido, mientras que el 25,4% refiere un aumento en la frecuencia orgásmica. Estos datos coinciden con las investigaciones de Escudero, Levin, Vera y Timaná refiriendo como principal cambio la disminución en la frecuencia orgásmica (14,15,20,21).

Esta disminución en la frecuencia orgásmica durante el primer trimestre podría estar relacionada con la disminución del deseo sexual que manifestaban la mayoría de las gestantes, aquellas mujeres que no tienen deseo sexual rara vez podrán lograr llegar al orgasmo. Según la psicóloga sexual Martha Ibáñez, los problemas, el estrés y los miedos que tengan las gestantes en este trimestre, podrían bloquear el cerebro e impedir que la mujer lograr el orgasmo (48).

Piñero et. al (2012) refiere que el aumento en la sensibilidad de las mamas y el clítoris muchas veces hace que el estímulo que antes resultaba placentero ahora sea una molestia, lo que impide a la gestante llegar al orgasmo (11).

Respecto al segundo trimestre, el 48% de las pacientes refieren que la frecuencia con la que alcanzaban el orgasmo durante las relaciones sexuales había disminuido, mientras que el 32% refiere un aumento.

Estos datos coinciden con los resultados de Levin (15), mientras que Escudero. Vera y Timaná refieren un aumento (14,20,21).

Estos resultados difieren a lo que nos dice la bibliografía consultada que señala que durante el 2° trimestre podría aumentar el orgasmo (35,27).

La disminución en la frecuencia orgásmica durante este trimestre se puede deber, tal y como lo mencionan Masters y Johnson a la vasocongestión y vasodilatación del suelo pélvico que en algunas mujeres pueden generar orgasmos más placenteros, en otras mujeres puede generar lo contrario, causando molestias en vez de placer, contribuyendo en la disminución de la intensidad los orgasmos. Además de la disminución de la excitación y lubricación. Una situación parecida encontró Levin y Vera, quienes refieren en su investigación que la frecuencia orgásmica durante el segundo trimestre se encontraba disminuida en un 57,1% y 60% respectivamente, a causa del aumento en la congestión y la vascularización del piso pélvico (15,20).

Con respecto al tercer trimestre, se observa que el 69,4% de pacientes refieren que no alcanzaron el orgasmo en ninguna de las relaciones sexuales, el 30,6% refiere una disminución en la frecuencia con la que alcanzaban el orgasmo y el 0% refieren un aumento. Estos resultados coinciden con Timaná, quien manifiesta en su investigación que la mayoría de las gestantes no alcanzaron el orgasmo durante el tercer trimestre (21).

Masters y Johnson refieren en su investigación que la frecuencia y la intensidad del orgasmo disminuye a medida que avanza el embarazo, siendo el tercer trimestre la etapa en la que mayor porcentaje de gestantes refieren no alcanzar el orgasmo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento del tamaño del feto y la posición de encaje para el parto (28)

**TABLA 08. Posición sexual utilizada durante las relaciones coitales según el trimestre de embarazo en puérperas del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| POSICION SEXUAL    | Primer trimestre |              | Segundo trimestre |              | Tercer trimestre |              |
|--------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|                    | N°               | %            | N°                | %            | N°               | %            |
| “La mujer encima”  | 52               | 36,9         | 52                | 33,1         | 4                | 9,3          |
| “El hombre encima” | 79               | 56,0         | 6                 | 3,8          | 0                | 0,0          |
| “De costado”       | 10               | 7,1          | 99                | 63,1         | 39               | 90,7         |
| <b>Total</b>       | <b>141</b>       | <b>100,0</b> | <b>157</b>        | <b>100,0</b> | <b>43</b>        | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

Respecto a la posición sexual, la tabla presente nos muestra que del total de paciente que tuvieron relaciones coitales durante el primer trimestre, el 56% practicaba la posición de “el hombre encima”, el 36,9% la posición de “la mujer encima”, mientras que solo el 7,1% prefiere la posición “de costado”. Coincidiendo con los resultados encontrados por los investigadores Vera y Tarco quienes refieren que la posición que utilizada fue la del “hombre encima de la mujer” con el 30% y 52% respectivamente (20,23), mientras que Timaná refiere que la posición más utilizada fue cualquier posición (29).

De acuerdo con los resultados observados en el primer trimestre, la mayoría de las pacientes refieren que la posición sexual que más utilizaron fue la posición de “el hombre encima”, este resultado se puede justificar a que, en los primeros meses de embarazo el vientre aún no se encuentra pronunciado, por lo que normalmente la gestante sigue adoptando la posición que practicaba antes de su gestación (49).

Respecto al segundo y tercer trimestre la posición más practicada fue la “de costado” en un 63,1% y 90,7% respectivamente. Estos datos coinciden con los resultados de Levin y Timaná (15,21), Sin embargo, Vera en su investigación encontró que durante el segundo trimestre la posición más utilizada fue la del “hombre arriba de la mujer” (20).

**TABLA 09. Creencias sobre actividad sexual coital durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>PRINCIPALES CREENCIAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Temor a producir abortos                            | 31         | 14,5         |
| Temor a producir parto prematuro                    | 58         | 27,1         |
| Temor a producir ruptura de membranas               | 37         | 17,3         |
| Temor a producir infección urinaria                 | 19         | 8,9          |
| Temor a producir sangrado vaginal                   | 12         | 5,6          |
| Temor a golpear al feto                             | 8          | 3,7          |
| No perjudican el embarazo                           | 49         | 22,9         |
| <b>Total</b>  | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla presente se observa que, el 27,1% de pacientes puérperas creen que las relaciones coitales durante el embarazo producen parto pretérmino y solo el 3,7% cree que puede golpear al feto; mientras que el 22,9% cree que no perjudican al embarazo. Estos resultados coinciden con Timaná quien refiere en su investigación que el mayor porcentaje de gestantes creen que las relaciones sexuales pueden perjudicar el embarazo (21). Por el contrario, Pichucho y Levin refieren que la mayoría de las gestantes conocen que el coito no es perjudicial para su embarazo (15,18).

Los estudios de Babazadeh (2013) muestra que el 8.7% creían que las relaciones coitales desencadenan abortos y parto prematuro y el 65% temían producir algún tipo de daño al feto. Torkestani (2012) menciona que otra de las creencias aparte de las ya mencionadas fue el miedo a una ruptura prematura de membranas en un 19.3%. (18). Según la mayoría de investigación existentes, las relaciones sexuales coitales no producen complicaciones durante una gestación de curso normal, salvo en algunos determinados casos, como en los embarazos con patologías obstétricas o maternas.

A la mayoría de las gestantes estas creencias les puede impedir tener relaciones sexuales coitales para evitar alguna complicación durante el embarazo, generando así una sexualidad reprimida en la gestante y su pareja. Gonzales (2012) refiere en su estudio que uno de los principales factores que interviene en la modificación de la actividad sexual durante el embarazo es el creer que las relaciones sexuales pueden causar algún daño al feto (22).

El mayor porcentaje de pacientes que cree que las relaciones sexuales son perjudiciales durante el embarazo probablemente sean aquellas pacientes a las que nunca le informaron sobre tema o a la poca información que poseen, por tal motivo sigue presente en ellas el miedo o temor de ocasionar algún daño al feto.

La mayoría de las investigaciones coinciden en que se puede tener relaciones sexuales durante todo el embarazo, mientras no haya ninguna contraindicación por parte del personal de salud. Al respecto Sapién y Córdoba (2011) en su investigación manifiesta que las embarazadas que tienen actividad sexual durante el embarazo tienen bebés más seguros, tranquilos y felices (50).

Lejos de hacerle algún daño, las relaciones sexuales provocan que la región pélvica de la madre reciba más sangre, haciendo que el bebé experimente una sensación placentera. Además, después de que la madre tiene un orgasmo, se produce una inmensa liberación de endorfinas, que llegan hasta el feto dándole sensación de placer. Se ha comprobado a nivel científico que las parejas que tienen relaciones sexuales durante el embarazo, además de crear una mayor conexión y complicidad en la pareja, tienen hijos con mejor autoestima (51).



**TABLA 10. Información sobre actividad sexual coital durante el embarazo en puérperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2018**

| <b>INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD COITAL</b> | <b>N°</b>  | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Si  | 25         | 11,7         |
| No  | 189        | 88,3         |
| <b>Total</b>                              | <b>214</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: instrumento de recolección de datos

En la tabla 10, se observa que el 88,3% de la población no recibió información sobre actividad sexual coital durante el embarazo, mientras que solo un mínimo porcentaje (11.7%) si recibió información.

Estos resultados obtenidos nos muestran que existe un mayor porcentaje de gestantes que no están recibiendo información sobre temas concernientes a sexualidad durante el embarazo, tal y como demuestra Timaná y Vera en sus investigaciones realizadas en Perú, donde el 70% de gestantes no han recibido información.

Por el contrario, estudios realizados en España, cuba, ecuador y México demuestran que la mayoría de las gestantes si han recibido información ya sea por diferentes medios y conocen que las relaciones sexuales no son perjudiciales (12,14,16,18); lo que probablemente nos reflejaría que en otros países si se están dando consejerías e informando sobre temas de sexualidad durante el embarazo, mientras en Perú la mayoría de las gestantes no están informadas al respecto, los temas de sexualidad en la gestación han sido olvidadas.

La mayoría de las mujeres que no están informadas o no reciben la información necesaria sobre estos temas seguirán con esas creencias erróneas de que es malo la práctica de relaciones sexuales durante el embarazo y serán más propensas a vivir una sexualidad reprimida durante esta etapa.

Serati y cols. (2010) realizaron un trabajo titulado “Función sexual femenina durante el embarazo y después del parto”, en el que observaron que la falta de información adecuada sobre el sexo en el embarazo son los factores más relevantes responsables de la alteración de la actividad sexual durante el embarazo (18)

Con respecto a las fuentes de información, la mayoría se informó a través de los medios de comunicación como por ejemplo el internet.

Los resultados reflejan que en nuestro país existe una mínima cantidad de gestantes que recibieron información sobre actividad sexual durante el embarazo, mientras que en algunos países es el personal de salud quien mayormente brinda la información a las gestantes. Tal y como indica Levin (Argentina) y Rodríguez (España) quienes refieren que el mayor porcentaje recibió información por el personal médico en un 65.2% y 74% respectivamente (15, 46).

Gonzales (2015) manifiesta en su investigación, que la sexualidad ha sido ignorada en la comunicación entre la embarazada y el profesional encargado de su atención. Los profesionales de la salud que trabajan en contacto directo con este grupo de población, que son la embarazada y su pareja, deben proporcionarle la información básica sobre la vida sexual durante y después de la gestación (22).

La estrategia sanitaria de atención prenatal va encaminada a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida de la información sobre la sexualidad durante el embarazo. Muchas veces la información que recibe la embarazada por diferentes medios es una información imprecisa que es susceptible de malas interpretaciones, siendo fácil caer en periodos arbitrarios de abstinencia; por lo que el personal de salud, quienes son los principales responsables de orientar y brindar consejería sobre este tema, deberían brindar a la gestante toda la información necesaria respecto a la sexualidad durante el embarazo, para erradicar así los mitos y creencias erróneas que tienen las gestantes, hablarles sobre los cambios que se pueden presentar en su sexualidad y de los factores que pueden influir en estos cambios, etc. Pero no solamente se debe brindar información a la gestante sino también en lo posible a la pareja para que practiquen comportamientos más reconfortantes, saludables y solidarios durante el embarazo y con su pareja para que esto no sea motivo de estrés en la gestante y crear un clima más cálido de pareja satisfaciendo las necesidades de ambos (22).

## CONCLUSIONES

- 1) Las características sociodemográficas de las pacientes puérperas son, en su mayoría son jóvenes pertenecientes al grupo etáreo de 20-30 años, con educación secundaria, de estado civil conviviente, amas de casa y de religión no católica.
- 2) Las modificaciones de la actividad sexual coital son:
  - Deseo sexual: el 95,8% presentaron cambios. En el primer y segundo trimestre se encontró disminuido, mientras que en el tercer trimestre se encontró ausente.
  - Frecuencia de relaciones coitales: el 98,1% presentaron cambios . En el primer y segundo trimestre se encontró disminuido, mientras que en tercer trimestre se encontró ausente.
  - Orgasmo: el 96,7% presentaron cambios. En el primer y segundo trimestre se encontró disminuido, mientras que en el tercer trimestre se encontró ausente.
  - Posición sexual: durante el primer trimestre la posición fue la de “el hombre encima”, mientras que en el segundo y tercer trimestre fue la “de costado”.
- 3) El mayor porcentaje de puérperas cree que las relaciones sexuales coitales durante el embarazo producen parto pretérmino y en menor porcentaje creen que puede golpear al feto.
- 4) El 11,7% de pacientes puérperas recibieron información sobre actividad sexual coital durante el embarazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO/WHO. Promoción de la salud [Internet]. Guatemala: OPS/OMS; 2000 [Consultado el 15 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion de Salud Sexual%20OMS%202000.pdf](http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion%20de%20Salud%20Sexual%20OMS%202000.pdf)
2. Castelo-Branco C, La sexualidad humana. Una aproximación integral .ED. Medica Panamericana; 2005; 231:245
3. Gonzales I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. Revista Cubana de Medicina General Integral [Revista en internet] 2001 [Consultado el 15 de marzo del 2018]; 17(5): [Aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000500015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015)
4. Zigelboim I. Actividad sexual y embarazo. Conferencia presentada en el X Congreso Venezolano de Sexología. Revista de La Facultad de Medicina 2001; 24(2): 101-103.
5. Steege J, Jelovsek F. Comportamiento sexual durante el embarazo. Obstetricia y Ginecología. 1982; 60 (2): 163-8.
6. Rodríguez F. Sexualidad en embarazo y post parto: la necesidad de educación afectivo-sexual. Revista en psicología e investigación. 2012; 10(14).
7. Timaná E. Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho - enero 2015 [Internet]. Lima; 2015 [citado 15 de marzo del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/736-2503-2-PB.pdf>
8. Gonzales L. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio– setiembre 2015 [Internet]. Perú; 2016 [Citado el 15 de

- marzo del 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales\\_yl.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales_yl.pdf?sequence=1)
9. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J. Sex Med* 2008;5:1915–22
  10. Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Internet]. España: Universidad de Almería; 2012 [citado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf>
  11. Piñero S, Alarcos G, Arenas T, Jiménez V, Ortega M, Ramiro F. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *Nure Investigación [revista en Internet]* 2012 [acceso 22 de marzo del 2018]; 8(50): [16 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/518-1-2051-1-10-20150618.pdf>
  12. Rodríguez M, Ramon E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Revista Enfermería Global [Revista internet]*. 2013 [Consultado el 22 de marzo del 2018]; 11(32): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/36320/1/Caracter%C3%ADsticas%20y%20evoluci%C3%B3n%20del%20patr%C3%B3n%20sexual%20de%20la%20mujer%20embarazada.pdf>
  13. Balestena J, Fernández B, Sanabria J. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]*. 2014 [Consultado el 24 de marzo del 2018]; 18(5): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000500010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500010)
  14. Escudero R. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio [Internet]. Granada (España); 2015 [consultado el 24 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/25634252.pdf>
  15. Levin A. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Cambios en la actividad sexual durante la gestación [Internet]. Buenos Aires; 2015 [citado 24 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112561.pdf>
  16. Sapién J, Salguero M, Córdoba D. Dificultades sexuales vividas por los varones durante el embarazo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala [revista en Internet]* 2015 [acceso 26 de marzo del 2018]; 14(3): [26 p.]. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/27650/25602>
  17. Betaglia D, Leguizamón L, Gonzales L, Velgara M. Sexualidad y embarazo: Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. *Revista ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas [Internet]*. 2015 [Consultado el 26 de marzo del 2018]; 47(1): [Aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v47n1/v47n1a04.pdf>
  18. Pichucho G, Suquillo F. Actividad sexual y modificaciones de esta en pacientes embarazadas pertenecientes demográficamente a los centros de salud unión de Ciudadelas y Pío XII durante los meses de abril a julio de 2015 [Internet]. Quito; 2015 [citado 28 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10246/ACTIVIDAD%20SEXUAL%20Y%20MODIFICACIONES%20DE%20LA%20MISMA%20EN%20PACIENTES%20EMBARAZADAS%20PERTENECIENTES%20DEMOGR%C3%81FICA.pdf?sequence=1>

19. Álvarez R, Gutiérrez Y, Velázquez D. Vivencias de la sexualidad durante el embarazo [Internet]. Bogotá; 2016 [citado 28 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20445/AlvarezLeanoRuthKatherine2016.pdf?sequence=1>
20. Vera C. Prácticas sexuales de la pareja durante la gestación en pacientes atendidas en Centro de Salud de Comas mayo 2014 [Internet]. Lima (Perú); 2014 [citado 30 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1568/3/vera\\_tcp.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1568/3/vera_tcp.pdf)
21. Timaná E. Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho - enero 2015 [Internet]. Lima; 2015 [citado 30 de marzo del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/736-2503-2-PB.pdf>
22. Gonzales L. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio– setiembre 2015 [Internet]. Perú; 2016 [Citado el 30 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales\\_yl.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4731/Gonzales_yl.pdf?sequence=1)
23. Tarco, N. Gonzales L. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en púerperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla [Internet]. Perú; 2017 [Citado el 01 de marzo del 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5832/Tarco\\_pn.pdf;jsessionid=15FA0EB88F96562CDBB55AE018BF0DF9?sequence=2](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5832/Tarco_pn.pdf;jsessionid=15FA0EB88F96562CDBB55AE018BF0DF9?sequence=2)
24. Formación Integral. La sexualidad según OMS [Internet]. España; 2011 [Citado el 01 de abril del 2018]. Disponible en: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>
25. Frago S, Sáenz S. Sexo y sexualidad: la identidad sexual [Internet]. Zaragoza; 2003 [Citado el 01 de abril del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/Sexo-y-sexualidad-la-identidad-sexual.pdf>
26. PAHO/WHO. Promoción de la salud sexual [Internet]. OPS/OMS; 2000 [Citado el 03 de abril 2018]. Disponible en: [http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion\\_de\\_Salud\\_Sexual%20OMS%202000.pdf](http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_de_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf)
27. INPPARES Promueve salud y desarrollo. Derechos sexuales y Reproductivos [Internet]. Perú: INPPARES; 2012 [Citado el 03 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.inppares.org/DSR>
28. Cunning, Bloonn, Hauth, Rouse, Leveno, Spong. Obstetricia Williams, 23°. Edición, EE. UU, Mcgraw-Hill Interamerican, 2011
29. Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana.1ª ED. Buenos Aires. Intermédica;1972
30. Schwarcz, Duverger, Diaz, Fereina. Obstetricia, 5°. Edición, Buenos Aires, el Ateneo, 2003
31. Matterna. Actividad sexual durante el embarazo [Internet]. BM; 2015 [Citado el 05 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.matterna.es/sobre-matterna/>
32. Gonzáles O, García M, Domínguez R. Las hormonas y la conducta sexual femenina. [Revista internet]. 2015 [Consultado el 06 de abril del 2018]; 21(1): [Aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1029-30192017000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017000100013)

33. Palacios S. Las hormonas del deseo [Internet]. Madrid; 2014 [Actualizada en agosto del 2015; citado el 09 de abril del 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/sexualidad-durante-el-primer-trimestre-del-embarazo/>
34. Molero F. La sexualidad en embarazo y puerperio. [Internet]. España; 2013 [citado el 11 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
35. Escudero R. Universidad de Granada. Departamento de obstetricia y ginecología. Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Internet]. España; 2014 [citado el 11 de abril del 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mis%20Documentos/Downloads/cambios%20en%20el%20comportamiento%20sexual.pdf>
36. Leyton M. Las 4 etapas de la respuesta sexual según Masters y Johnson [Internet]. España: ABOUT; 2005 [Actualizado en enero 2016; citado 13 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.aboutspanol.com/las-4-etapas-de-la-respuesta-sexual-segun-masters-y-johnson-2979412>
37. Infogen Infórmate. Sexo en el primer trimestre [Internet]. México: Infogen; 2012 [Actualizada en agosto del 2013; citado el 19 de abril 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/sexualidad-durante-el-primer-trimestre-del-embarazo/>
38. Embarazo y más. Sexo y orgasmo durante el embarazo [Internet]. España; 2009 [Citado el 22 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.embarazoymas.net/embarazo/tener-un-orgasmo-puede-provocar-problemas-en-el-embarazo/>
39. Martinotti A, Sebastiani M. Sexualidad y embarazo. [Internet]. Buenos Aires. 2013 [consultado el 24 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=20022&pagina=2>
40. Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. [Internet]. Barcelona. 2015 [Citado el 26 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
41. García M. Universidad de Cádiz. Sexualidad en el periodo gestacional. [Internet]. España; 2014 [citado el 29 de abril del 2018]. Disponible en: <http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf>
42. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Perú; 2016 [citado el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/Informes/Libro\\_ENDES%202016.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/Informes/Libro_ENDES%202016.pdf)
43. López G. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas de Post grado. Cambios en la práctica sexual de gestantes Hospital Vicente Corral Moscoso [Internet]. Ecuador; 2016 [citado el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24627/1/TESIS71.pdf>
44. Kadri N, Berrada S, Dorhmi S, Bouhaouli L. Sexualidad durante el Ramadán. ELSEVIER [revista en Internet]. Marruecos; 2007 [citado el 12 de agosto del 2018]; 2(17): [7 p.]. Disponible en: [http://www.emconsulte.com/es/article/168578/arbres\\_decisionels/sexualite-durant-le-mois-de-ramadan](http://www.emconsulte.com/es/article/168578/arbres_decisionels/sexualite-durant-le-mois-de-ramadan)

45. Guibovich A, Berrada S, Angulo T, Luján E. Análisis de la actividad sexual de gestantes sin riesgo obstétrico que acuden a Hospitales públicos de Lima Metropolitana. Horizonte Medico [revista en Internet]. Perú; 2015 [citado el 14 de agosto del 2018]; 15(3): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727558X2015000300002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727558X2015000300002)
46. Rodríguez M, Coll E, Giménez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. Matronas profesión [revista en Internet]. España; 2017 [citado el 17 de agosto del 2018]; 15(3): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/originaevolucion-y-cambiossexualidad-gestantes.pdf>
47. WIKIPEDIA Promueve salud y desarrollo. Religión y sexualidad [Internet]. 2017 [Actualizado en agosto 2018; citado el 20 de agosto del 2018]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n\\_y\\_sexualidad](https://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n_y_sexualidad)
48. Cosmopolitan. Orgasmo y relaciones sexuales [Internet]. Barcelona; [citado el 21 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.cosmopolitan.com/es/sexoamor/sexo/a19495400/orgasmoanorgasmia/>
49. Doctissimo. Posiciones sexuales y sexualidad [Internet]. 2018 [citado el 22 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/sexualidad/galeriassexualidad/kamasutra/el-misionero>
50. Sapién J, Córdoba D. Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. Psicología & Sociedades [revista en Internet]. México; 2011 [citado el 25 de agosto del 2018]; 23(3): [ 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n3/19.pdf>
51. Fernández M. Los nuevos hallazgos de la Sexualidad en el embarazo. Los beneficios para el niño, la madre y el parto. Costa Rica: Instituto Costarricense de Sexología. [Consultado el 25 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO.html>