

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**Factores asociados a las relaciones coitales durante la gestación en mujeres
de 18 a 35 años del Centro de Salud Ampliación Paucarpata, Arequipa,
2024.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Gutierrez Vigil, Fatima Mercedes

ORCID: 0009-0004-4579-0664

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Asesor:

Mg. Herrera Cárdenas, Marcos Erveth

ORCID: 0000-0001-5221-7269

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Marzo del 2025

Dictamen: 013970-C-EPOYP-2025

Visto el borrador del expediente 013970, presentado por:

2020895222 - GUTIERREZ VIGIL FATIMA MERCEDES

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A LAS RELACIONES COITALES DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES
DE 18 A 35 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA, 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29541138 - RODRIGUEZ MEZA GIOVANNA ROCIO
DICTAMINADOR**

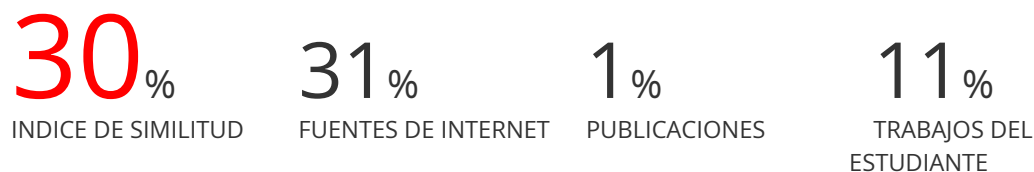


**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR**



Factores asociados a las relaciones coitales durante la gestación en mujeres de 18 a 35 años del Centro de Salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	3%
3	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	3%
4	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	2%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	2%
6	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	2%
7	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	2%
8	docplayer.es Fuente de Internet	2%
9	www.reproduccionasistida.org Fuente de Internet	2%
10	www.scielo.cl Fuente de Internet	2%
11	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

Con mucho cariño este trabajo de investigación está dedicado a mi padre que desde el cielo me ha guiado para poder culminar esta etapa en mi vida, a mi madre por ser una de las personas más importantes de mi vida que desde pequeña me enseñó a luchar por mis sueños, también se lo dedico a mis hermanas por apoyarme durante los momentos más difíciles.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios, por darme la fuerza de seguir adelante y luchar cada día para lograr el objetivo de ser profesional.

A mi familia, por su apoyo incondicional en todo momento durante mi carrera profesional.

Espero se sientan orgullosos de mí siempre.

A mi Alma Mater la Universidad Católica de Santa María, la cual me brindó sus salones para enriquecerme de conocimientos.

A mi querida Facultad de Obstetricia y Puericultura, donde pude conocer docentes que me enseñaron la grandeza y el amor para mi profesión, compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias, que estoy segura me servirán en mi vida profesional. Especialmente a la Obstetra Jeanette Fuentes Medina por su apoyo durante mi internado.

A mi asesor, Mg. Marcos Erveth Herrera Cárdenas, cuya predisposición fue fundamental para poder llevar a cabo la presente investigación.



Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.

Albert Einstein.

RESUMEN

OBJETIVO: La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a las relaciones coitales durante la gestación en mujeres de 18 a 35 años del Centro de Salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.

MATERIAL Y MÉTODO: El trabajo fue un estudio de campo, transversal, prospectivo de nivel descriptivo. Se utilizó como instrumento una ficha de preguntas de 30 ítems. La población del estudio estuvo conformada por 106 gestantes atendidas en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de Arequipa en el año 2024. Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el software SPSS 26 y se presentaron en tablas.

RESULTADOS: En los factores sociodemográficos se encontró que el 54.7% de las gestantes son convivientes, el 41.5% de ellas viven con su pareja más de 5 años y 45.3% de las gestantes tienen secundaria completa. Asimismo, el 68.9% y el 78.3% de las gestantes han nacido y viven en Arequipa, solo el 9.4% de ellas no tienen privacidad debido a que el 3.8% comparten habitación y no tienen área privada. Según los factores biológicos el 79.2% de las gestantes del centro de salud de Ampliación Paucarpata son católicas y el 52.8% de ellas son amas de casa. Asimismo, el 3.8% de las gestantes sufrieron violencia física y un 5.7% de ellas sufrieron violencia verbal y un 3.8% de las gestantes conllevaron violencia familiar. En cuanto a las creencias se muestra que el 29.2% de las gestantes tuvieron información sobre las relaciones sexuales, el 40.6% de las gestantes creen que las relaciones coitales causan daño al feto y el 33.0% de ellas creen que se podría presentar complicaciones durante el embarazo. Asimismo, 26.4% de las gestantes piensan que tener relaciones sexuales durante el embarazo desencadenara complicaciones durante el parto, el 5.7% de ellas indicaron que fueron obligadas a cumplir sexualmente y el 3.8% expresan que su religión les impide disfrutar de su vida sexual. Por último, según la regresión logística binaria se ha encontrado que el estado civil y el grado de instrucción son los indicadores sociodemográficos que influyen en las relaciones coitales durante el embarazo; ningún indicador biológico influyen en las relaciones coitales durante el embarazo. Y finalmente se ha encontrado que la información sobre las relaciones coitales y la obligación que siente la gestante influyen en las relaciones coitales durante el embarazo. Así mismo se muestra que las gestantes que no recibieron información sobre las relaciones coitales tienen 3.47 veces más riesgo de tener relaciones coitales durante el embarazo y las gestantes

que se sienten obligadas a tener relaciones tienen 20.21 veces más riesgo de tener relaciones coitales.

CONCLUSIONES: La prueba estadística reveló que el estado civil casada, el grado de instrucción de secundaria completa, el tener más de un hijo, la falta de información adecuada sobre relaciones sexuales en el embarazo y la obligación que sienten las gestantes al cumplir sexualmente con su pareja son factores que muestran una relación estadísticamente significativa con las relaciones coitales durante la gestación.

PALABRAS CLAVE: Gestantes, relaciones coitales, factores.



ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the factors associated with coital relations during pregnancy in women between 18 and 35 years old at the Ampliación Paucarpata Health Center, Arequipa, 2024.

MATERIAL AND METHOD: The work was a field, cross-sectional, prospective study of a descriptive level. A 30-item question sheet was used as an instrument. The study population was made up of 120 pregnant women treated at the Ampliación Paucarpata Health Center in Arequipa in 2024. The data were statistically processed using SPSS 26 software and presented in tables.

RESULTS: In the sociodemographic factors it was found that 54.7% of the pregnant women are cohabitating, 41.5% of them live with their partner for more than 5 years and 45.3% of the pregnant women have completed secondary school. Likewise, 68.9% and 78.3% of the pregnant women were born and live in Arequipa, only 9.4% of them do not have privacy because 3.8% share a room and do not have a private area. According to biological factors, 79.2% of the pregnant women at the Ampliación Paucarpata health center are Catholic and 52.8% of them are housewives. Likewise, 3.8% of the pregnant women suffered physical violence and 5.7% of them suffered verbal violence and 3.8% of the pregnant women suffered family violence. Regarding beliefs, 29.2% of the pregnant women had information about sexual relations, 40.6% of the pregnant women believed that coital relations cause harm to the fetus and 33.0% of them believed that complications could occur during pregnancy. Likewise, 26.4% of the pregnant women think that having sexual relations during pregnancy will trigger complications during childbirth, 5.7% of them indicated that they were forced to comply sexually and 3.8% said that their religion prevents them from enjoying their sexual life.

Finally, according to binary logistic regression, it was found that marital status and educational level are the sociodemographic indicators that influence coital relations during pregnancy; no biological indicator influences coital relations during pregnancy. And finally, it was found that information about coital relations and the obligation felt by the pregnant woman influence coital relations during pregnancy. It is also shown that pregnant women who did not receive information about coital relations have 3.47 times more risk of having coital relations during

pregnancy and pregnant women who feel obliged to have relations have 20.21 times more risk of having coital relations.

CONCLUSIONS: The statistical test revealed that marital status, educational level, number of children, lack of adequate information and the obligation felt by pregnant women to comply sexually with their partner are factors that show a statistically significant relationship with coital relations during gestation.

KEY WORDS: Pregnant women, coital relations, factors.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1Enunciado del problema	4
1.2Descripción del problema	4
1.3Justificación	6
2.OBJETIVOS	7
3.MARCO TEÓRICO.....	8
3.1Marco Conceptual	8
3.1.1Embarazo	8
3.1.2Cambios fisiológicos de la gestación asociados a la función coital.....	8
3.1.3Factores asociados a las relaciones coitales	9
3.1.4Relaciones coitales durante el embarazo.....	13
3.2Análisis de antecedentes investigativos	17
3.2.1Antecedentes internacionales.....	17
3.2.2Antecedente nacional.....	19
3.2.3Antecedente local.....	20
4. HIPÓTESIS	23
CAPÍTULO II	24
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	24
1.TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	25
1.1Técnicas	25
1.2Instrumentos.....	25
1.3Materiales de verificación	25
2.CAMPO DE VERIFICACIÓN	26
2.1Ubicación espacial	26
2.2Ubicación temporal	26
2.3Unidades de Estudio	26
2.3.1Universo:	26

2.3.2 Muestra:.....	26
2.3.3 Criterios de inclusión.....	27
2.3.4 Criterios de exclusión.....	27
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
3.1 Organización.....	27
3.2 Recursos.....	27
3.2.1 Recursos humanos.....	27
3.2.2 Recursos físicos.....	27
3.3 Validación de instrumento.....	27
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO III.....	29
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	71
ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
ANEXO 03: MAPA.....	74
ANEXO 04: AUTORIZACIÓN.....	75
ANEXO 05: MATRIZ DE DATOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	30
TABLA N°2	32
TABLA N°3	33
TABLA N°4	35
TABLA N°5	37
TABLA N°6	38
TABLA N°7	39
TABLA N°8	41
TABLA N°9	43
TABLA N°10	44
TABLA N°11	46
TABLA N°12	48
TABLA N°13	50
TABLA N°14	52
TABLA N°15	53

INTRODUCCIÓN

Hablar de sexualidad hoy en día ya es un tema bastante popular a pesar de que en nuestra sociedad todavía sigue siendo un contenido censurado el referirnos a las relaciones coitales, no tomando la debida importancia que este tiene especialmente durante el período de gestación.

La falta de información, lleva muchas veces a las gestantes a tener actitudes negativas, como por ejemplo; se puede apreciar que las mujeres durante esta etapa obvian el tener relaciones coitales por evitar riesgos al feto y/o tener complicaciones durante el embarazo, no se sienten atractivas por su apariencia física o porque piensan que la satisfacción sexual no es la misma, generando cambios en el comportamiento sexual (1).

Para algunas mujeres, el embarazo es un período que tiene mayor conciencia y goce sexual; a diferencia de otras mujeres que no experimentan cambios o disminución de sus deseos sexuales (2).

Muchas veces se aprecia que durante la consulta y atención prenatal se enfatiza en realizar la vigilancia de la salud materna y del feto, cuyo objetivo es prevenir y/o detectar a tiempo alguna patología que se pueda presentar durante el embarazo, promoviendo conductas saludables para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materno perinatal. Pero; la sexualidad en referencia al tema de relaciones coitales sigue siendo algo que no se trata en las consultas prenatales o es pasado por alto por parte del personal de salud.

La falta de orientación e información sobre sexualidad puede traer consigo el deterioro del desarrollo de una vida sexual plena durante el embarazo, ya que la gestante adoptará sus propias conductas basadas en sus costumbres y tabúes sexuales.

En efecto, es importante poder detectar las necesidades insatisfechas sobre la sexualidad de la gestante, brindando información de calidad y por profesionales capacitados; ya que la salud sexual y reproductiva es parte de la salud integral y es necesario identificar los problemas que enfrentan las gestantes durante este período, siendo las relaciones coitales uno de los más importantes, para así poder fortalecer

la relación en pareja y lograr disminuir a corto y largo plazo las dificultades que puedan enfrentar al momento de decidir en tener sexo o no durante el embarazo. Lo cual es significativo realizar estudios directos o relacionados al tema; por tal motivo es que nace el interés de indagar sobre los factores asociados a las relaciones coitales durante la gestación en mujeres de 18 a 35 años.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del problema

FACTORES ASOCIADOS A LAS RELACIONES COITALES DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA – AREQUIPA - 2024.

1.2 Descripción del problema

A. Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencia de la Salud.
- **Área específica:** Salud sexual y reproductiva.
- **Línea:** Salud sexual.

B. Análisis y operacionalización de variables

Variables	Indicador	Sub-indicador
Variable independiente: Factores asociados	Factores sociodemográficos	Estado civil
		Tiempo de convivencia con la pareja
		Grado de instrucción
		Lugar donde vive actualmente
		Ocupación
		Violencia verbal
		Violencia Física (Pareja)
	Violencia familiar	
	Factores biológicos	Índice de masa corporal

		Paridad
		Número de partos eutócicos
		Número de partos distócicos
		Edad gestacional
		Planificación del embarazo
		Antecedentes de aborto
		Complicaciones o problemas de salud en el embarazo anterior
		Daño al feto
		Complicaciones con el embarazo
		Complicaciones en el parto
Creencias religiosas		
	Creencias	
Variable dependiente: Relaciones coitales durante el embarazo	Relaciones coitales	Si o No

C. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en mujeres de 18 a 35 años durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpatá, Arequipa, 2024?
- ¿Cuáles son los factores biológicos en mujeres de 18 a 35 años durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpatá, Arequipa,

2024?

- ¿Cuáles son las creencias en mujeres de 18 a 35 años durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, biológicos, creencias de las mujeres de 18 a 35 años asociados a relaciones coitales durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024?

D. Tipo de investigación

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

E. Nivel de investigación

La presente investigación pertenece al nivel de investigación relacional.

1.3 Justificación

- **Relevancia Científica:** Dado que la sexualidad es un tema poco abordado por el personal de salud que se encarga de la gestante y que viene siendo una problemática silenciosa y escasamente estudiada, esta investigación se trata de poder determinar los factores asociados a las relaciones coitales durante la gestación, nos ayudará a proveer un abordaje temprano y oportuno, enfocado en brindar un buen control prenatal tratando de eliminar los tabúes y creencias sobre sexualidad en la gestación; ofreciendo una maternidad saludable en todos los aspectos.
- **Relevancia académica:** Este estudio posee una relevancia académica significativa, ya que brinda una base sólida y análisis en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El desarrollo de esta contribuirá para futuros estudiantes en el conocimiento sobre factores asociados a las relaciones coitales en la gestación. Además de plantear este tema como parte de una sesión educativa de psicoprofilaxis, que es el momento donde tenemos más contacto con la gestante para lograr tener una gestante informada y sin temores.

- **Relevancia social:** El presente trabajo tiene relevancia social porque ayuda a comprender cuales son los factores que están asociados a las relaciones coitales, que pueden llegar a ser contradictorios respecto al criterio de cada persona, distanciando a la pareja o inclusive generando conflictos que pueden ocasionar la separación. Con este estudio se contribuirá información adecuada a la gestante para que tenga un desenvolvimiento adecuado en su sexualidad.
- **Factibilidad:** El estudio es factible dado que es autofinanciado y diseñado para una población accesible de gestantes a través de encuestas para determinar de esta manera cuales son los factores asociados a las relaciones coitales.
- **Interés y motivación personal:** Este trabajo de investigación tiene interés personal ya que es una oportunidad para aclarar y reforzar los conceptos que tienen las gestantes sobre las relaciones coitales durante la gestación. Mi motivación para realizar este estudio en el área de la salud sexual es que el personal de obstetricia tenga la capacidad de empoderar a las gestantes, brindar un cuidado integral en todos los aspectos, brindando información adecuada y un abordaje temprano para que puedan disfrutar de su sexualidad.

2. OBJETIVOS

- Establecer los factores sociodemográficos de las mujeres de 18 a 35 años que tienen relaciones coitales durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.
- Determinar los factores biológicos de las mujeres de 18 a 35 años que tienen relaciones coitales durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.
- Identificar las creencias de las mujeres de 18 a 35 años que tienen relaciones coitales durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.
- Determinar los factores sociodemográficos, biológicos y creencias de las mujeres de 18 a 35 años asociados a relaciones coitales durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Conceptual

3.1.1 Embarazo

Es el período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado que se va convertir en lo que se denomina feto se desarrolla en el útero de la mujer. El embarazo dura aproximadamente 288 días, otras literaturas indican 40 semanas, lo cual se calcula desde el último período menstrual hasta el parto. También se llama al embarazo como gestación o gravidez (3,4).

3.1.2 Cambios fisiológicos de la gestación asociados a la función coital.

Primer trimestre: En el primer trimestre, la gestante aún no estará afectada su movilidad y agilidad debido a que el aumento de la barriga por el embarazo aún no será muy visible. De este modo, en el primer trimestre se puede mantener relativamente conservadas las relaciones coitales de manera cómoda y sin necesidad de una adaptación. Sin embargo, las náuseas y los vómitos, el malestar tan típico del primer trimestre de gestación, así como la sensibilidad mamaria, pueden hacer que disminuya el deseo sexual en la mujer, ya que se encontrará con menos energía y más cansada (5).

Durante el primer trimestre de embarazo es importante el deseo sexual y la intimidad; una tercera parte de las gestantes experimenta una disminución significativa en el deseo sexual mientras que las dos terceras partes restantes se mantienen sin ningún cambio, los cambios fisiológicos propios de la edad gestacional hacen a la mujer más sensible a acciones que anteriormente causaban placer, además de una disminución paulatina del libido que es propio de la progesterona durante el periodo gestacional (6).

Segundo trimestre: Cuando llega el segundo trimestre de gestación, es habitual que las náuseas, vómitos y malestares desaparezcan. Esto puede hacer que el deseo sexual de la mujer vuelva a retornar e incluso algunas gestantes tienen un aumento en la libido. Además, el incremento del flujo sanguíneo a la zona pélvica de la

embarazada podría llevar a una mayor intensidad en el orgasmo o en algunas se reporta que sería la primera vez que logran conseguir el orgasmo (5,6).

No obstante, debido a los cambios en el cuerpo de la embarazada, la pareja tendrá que buscar una postura sexual que sea cómoda para los dos, en la que no se presione ni incomode la barriga. Por otro lado, estos cambios físicos en la mujer también pueden llevar al aumento en el deseo sexual del hombre, ya que puede verse atraído por la nueva figura o por el aumento en el volumen del pecho de la mujer (5).

Tercer trimestre: Durante el tercer trimestre, el deseo sexual de la gestante puede verse disminuido por la incomodidad que provoca el tamaño de la barriga. Las relaciones coitales durante la etapa final del embarazo requerirán de imaginación y creatividad para probar posiciones que sean cómodas y placenteras para ambos, evitando cualquier presión sobre el vientre de la mujer. Asimismo, la mujer no debe acostarse boca arriba porque su vientre ejercerá presión sobre otros órganos y vasos sanguíneos debido a su gran tamaño. Por lo tanto, la comunicación sigue siendo fundamental y también permitirá encontrar alternativas en el caso de no sentirse cómodos con las relaciones sexuales como los besos, caricias, abrazos, masajes o entre otros para compartir momentos de intimidad con la pareja (5).

3.1.3 Factores asociados a las relaciones coitales

Factores Sociodemográficos de la gestante, que se asocia a las relaciones coitales

Se ha comprobado que el nivel de educación influye en la disfunción sexual de mujeres gestantes. La educación juega un papel importante en la prevalencia de tabúes y creencias que son cruciales para el aumento o disminución de la función sexual. El nivel educativo más común en el Perú es el bachillerato según INEI 2014 (7).

Según algunos estudios la presencia de insatisfacción con el sueño, ingresos insuficientes, bajo nivel educativo, ser soltera, a quejas de síntomas como depresión y sobre el sistema de salud; demostraron ser factores de riesgo para disfunción sexual en las mujeres que se encuentran en el periodo de gestación,

motivo por el cual podría generar algunos problemas en la pareja (8). Cabe explicar que la preferencia por una vida sexual activa durante el embarazo es más comunes en las mujeres que la disfrutaban antes del embarazo; y por el contrario, es menor en aquellas gestantes que no disfrutaban antes de embarazo (9).

- a) Estado civil: Es la situación de coexistencia de dos personas determinada por su relación, puede ser; soltera (o), casada (o), viuda (o), divorciada (o).
- b) Tiempo de convivencia con la pareja: Se puede indicar que es el lapso de tiempo por el cual una pareja comparte de manera libre y voluntaria la convivencia por más de dos años.
- c) Grado de instrucción: Se refiere al nivel alcanzado en los estudios.
- d) Ocupación: Define la ocupación como la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.
- e) Violencia de familiar/física: Puede definirse como un patrón de conducta utilizado en cualquier relación para obtener o mantener el control sobre la pareja. Constituye maltrato todo acto físico, sexual, emocional, económico o psicológico que influya sobre otra persona, así como toda amenaza de cometer tales actos, lo cual incluye cualquier comportamiento que asuste, intimide, aterrorice, manipule, dañe, humille, culpe, lesione o hiera a alguien. Cualquier persona puede ser víctima de maltrato en el hogar, independientemente de su raza, edad, orientación sexual, religión, clase social o género. El maltrato se puede producir en muchos tipos de parejas, como las casadas o las que viven juntas, y durante el noviazgo. Afecta a personas de cualquier nivel socioeconómico y educativo (10).

Factores Biológicos de la gestante, que se asocia a las relaciones coitales

Durante la gestación se manifiestan cambios profundos en la función sexual, la mujer embarazada experimenta cambios biológicos que afectan el deseo, la respuesta y el comportamiento sexual. Algunas parejas experimentan manifestaciones sexuales como la dispareunía (dolor durante el coito) o la anorgasmia en la mujer; sin embargo, los hombres pueden experimentar disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos del deseo sexual. Estas manifestaciones pueden comenzar y empeorar durante el embarazo y muchas de

las parejas quedan en el tiempo atrapadas dentro de esta problemática sexual (11). Los factores biológicos de la respuesta sexual operan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el sistema cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos; así como, en los órganos genitales y extra genitales (12). Sin embargo, los cambios más visibles y ocurren en los genitales (11).

Por tanto, entendemos y podemos definir que los factores biológicos se relacionan con todo lo que ocurre en el cuerpo de la mujer en relación al embarazo y la historia clínica personal obstétrica que tiene de sus anteriores embarazos (13).

- a) Índice de masa corporal: El índice de masa corporal (IMC) es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. El IMC es un método de evaluación fácil para la categoría de peso: bajo peso, peso saludable, sobrepeso, y obesidad (14).
- b) Paridad: Es el número de partos, después de las 20 semanas de gestación, e incluye cuatro componentes: Nacimientos a término, nacimientos prematuros: dar a luz un lactante (vivo o muerto) que pese 500 g o más o que haya llegado a las 20 semanas completas o más (con base en la última menstruación), abortos: embarazos que terminaron antes de las 20 semanas; ya sea inducidos o espontáneos, hijos vivos. Cuando la gravidez y la paridad se calculan como parte de los antecedentes obstétricos, los nacimientos múltiples se marcan como un solo hecho de gravidez y cada hijo se indica como parte del total de paridad (15).
- c) Parto distócico y eutócico: Parto eutócico; se trata de un parto vaginal normal que se produce sin necesidad de instrumental ni maniobras. El proceso de dilatación y expulsivo ocurre de forma espontánea. Parto distócico; es un parto vaginal que requiere de instrumental (espátulas o fórceps) o cesárea. Ocurre cuando hay circunstancias maternas o fetales que dificultan la salida del feto y que requieren intervención médica (16).
- d) Edad gestacional: Tiempo transcurrido desde el comienzo del embarazo. La edad real debe contarse desde el momento de la fecundación, lo cual no es fácil de determinar. La fecha probable de parto se puede calcular teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación, a la que se suman 7-10 días. A la fecha

obtenida se le restan tres meses (U.R. + 7 días - 3 meses). La duración del embarazo normal es de 280 días (40 semanas o 10 meses lunares). Se denomina embarazo inmaduro al comprendido entre las semanas 20 y 27; prematuro, entre las semanas 27 y 37; a término, entre las semanas 37 y 42, y embarazo pos término, por encima de la semana 42 (17).

- e) Planificación del embarazo: La planificación familiar es un conjunto de prácticas y métodos que permiten a las personas decidir si quieren tener hijos, cuántos y cuándo. También incluye información sobre el embarazo voluntario y el tratamiento de la infertilidad (18).
- f) Antecedentes de aborto: Con respecto tanto de antecedentes de embarazo y abortos previos; es referirse a la historia obstétrica ya sea con patologías o no de la paciente.
- g) Complicaciones o problemas de salud en el embarazo anterior: Hace referencia a patologías o distintas circunstancias que pudieron alterar el estado fisiológico del embarazo anterior.

Creencias de la gestante, que se asocia a las relaciones coitales

Cada mujer tiene su propia forma de vivir y disfrutar de su sexualidad y esto también se aplica al embarazo. Esta etapa de la gestación viene llena de grandes cambios y, también de muchas incertidumbres; entre ellas, se encuentra las referidas a las relaciones coitales durante el embarazo. Existen muchísimas creencias erróneas sobre si se debe o no tener relaciones sexuales durante el embarazo, siendo las más comunes las que tienen que ver con el miedo a hacer daño al bebé durante la penetración; que se piensa que el pene pueda tocar al feto y lastimarlo. Sin embargo, por muy profunda que sea la penetración, el pene no va a tocar la cabeza del feto; porque se encuentra protegido en la cavidad uterina, por el líquido amniótico y por el cérvix que se encuentra cerrado con el tapón mucoso durante los nueve meses de gestación. Otro mito es que el coito produzca dolor a la mujer o el miedo de que ocurra un parto prematuro por las contracciones que produce el orgasmo. El significativo el impacto que todavía tienen estas falsas creencias en nuestra sociedad que en muchos casos tienen como resultado conflictos (tanto a nivel individual como en pareja) o que las relaciones sexuales

que se mantengan generen tanto malestar, incomodidad y culpa que no se puedan disfrutar (19, 20).

Muchas culturas tienen creencias sobre el sexo durante el embarazo, en algunas culturas primitivas tienen prohibido las relaciones coitales durante los dos primeros meses de embarazo, porque pensaban que el semen podía impedir la visión del feto o provocar su muerte. En la India creían que el semen ayudaba a alimentar al feto, en la antigua Persia la sexualidad de las mujeres era tabú después del cuarto mes de embarazo y el coito durante el puerperio era castigado. En las familias polígamas, cuando el marido se entera que la mujer está embarazada no vuelve a tener sexo con ella hasta después de la lactancia; en las tradiciones Judeo-cristianas las relaciones coitales solo están justificadas para la procreación y prohibidas como placer (21).

3.1.4 Relaciones coitales durante el embarazo

Deseo coital durante el embarazo

Se ha confirmado que el deseo sexual está influenciado por las hormonas. También depende del humor, de la historia sexual, del cansancio físico, miedos, actitudes, ideas preconcebidas de cómo hay que vivir la sexualidad. Se debe plantear y reflexionar sobre que es el deseo. Si desear, es buscar persistentemente tener penetraciones rápidas y sin ningún tipo de estimulación anterior; o si entendemos el deseo sexual durante el embarazo y en la mujer, como una pulsión distinta, donde la excitación va de la mano del deseo. No olvidemos que las relaciones sexuales son mucho más que la penetración (22).

Durante la gestación se da una serie de cambios hormonales y físicos que modifican de forma especial la respuesta sexual. Ocurren cambios en la fase de deseo también llamado libido, el cual puede ser bajo en el primer trimestre, para luego quizá aumentar en el segundo trimestre del embarazo; la fase de excitación se ve modificada por la vaso-congestión propia del embarazo, por lo que está para algunas mujeres puede verse acompañada de irritación o dolor, pero para otras mujeres no se ve afectada (23).

Existen gestantes en las que su libido se intensifica o disminuye, se piensa que esto se deba a los cambios físicos de su cuerpo. Es importante tener en cuenta que

mientras más se disfrute la sexualidad antes de la gestación, será más plena y satisfactoria durante el periodo de gestación (23).

Las contraindicaciones para las relaciones coitales durante la gestación incluyen embarazo actual con sangrado activo, contracciones uterinas antes de lo normal, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, embarazo ectópico, enfermedades maternas (como diabetes o pre eclampsia, cardiopatías, entre otros) (23).

Excitación durante el embarazo

La fase de excitación está representada por el periodo pre-coital, en esta etapa, la tensión muscular, la respiración y la presión sanguínea aumentan en forma acelerada. Se produce un aumento del tamaño de las mamas debido al vasocongestión, la erección de los pezones, el crecimiento del clítoris. La primera señal de excitación consiste en la lubricación vaginal, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan por encima de la pelvis para dejar espacio para el pene. En la mujer embarazada existen algunas diferencias en los cambios que ocurren durante la fase de excitación. Por ejemplo, la lubricación vaginal aumenta en cantidad y en consistencia durante todo el embarazo, sobre todo en las multíparas, debido a que el embarazo se acompaña de un aumento de las secreciones vaginales. La congestión venosa propia de la gestación, debida a cambios hormonales, provoca en las mamas cierto dolor e irritación, sobre todo en los primeros meses y en las mujeres que son primigestas. La vasocongestión producida por un aumento de la irrigación sanguínea hacia la pelvis, produce el aumento de tamaño de la vulva y ésta adquiere un color púrpura intenso. Se producen contracciones uterinas rápidas e irregulares llamadas “fibrilación”. El clítoris aumenta de tamaño y los labios mayores se adelgazan, aplanan y se elevan ligeramente hacia arriba y afuera, retirándose de la apertura vaginal (12, 24, 25).

Orgasmo durante el embarazo

La fase orgásmica ocurre cuando la excitación sexual alcanza su máxima intensidad, hay pérdida del control voluntario de los músculos y se producen contracciones involuntarias rítmicas en el útero, que pueden variar entre 3 y 12 contracciones en intervalos menores a 1 segundo; se observa también una mayor

retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta. Masters y Johnson (1966) 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 de manera espástica y continua sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento. La contractilidad uterina poscoital o pos-orgásmica suelen dar miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, por lo cual es que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital. En la gestante se pueden encontrar algunos cambios en la plataforma orgásmica durante el primer y segundo trimestre que es más evidente en las múltiparas que en primigestas. En el tercer trimestre este fenómeno es difícil de observar, debido al edema del tercio externo de la vagina. En esta fase los labios mayores y menores de las primigesta y las múltiparas no presentan cambios en la coloración de la piel durante todo el embarazo. La elevación uterina hacia arriba y atrás, observada comúnmente en esta fase, se pierde debido al aumento del tamaño del útero y a su ubicación en la cavidad abdominal (24, 25, 26).

Satisfacción sexual durante el embarazo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la satisfacción sexual es algo importante para el ser humano, involucrando las relaciones coitales, el rol de género, el erotismo, intimidad y la reproducción, esto se ve reflejado mediante los pensamientos, deseos y fantasías (27).

La satisfacción sexual se considera un derecho y es parte fundamental de la salud sexual, se constituye de dos componentes, el físico y el psicológico, siendo así la satisfacción sexual tanto emocional como orgásmica. Algunos autores aseguran que la satisfacción sexual es una respuesta emocional relacionada con la felicidad. Así mismo hay que reconocer que la satisfacción sexual está sujeta a expectativas

individuales como interpersonales. Se ha comprobado que cuanto mayor son las expectativas de una mujer, mayor es el riesgo de disfuncionalidad; hay un gran número de mujeres en quienes la preocupación por un adecuado desempeño sexual puede llegar a convertirse en un factor de riesgo para disfunción sexual (22).



3.2 Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1 Antecedentes internacionales

Título: Frecuencia y factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres adscritas al Centro de Salud Carlos Elizalde. Cuenca – Ecuador, 2021.

Autores: Brito Mogrovejo, Paúl Fabricio - Matute Núñez, Darío Alexander

Fuente: Tesis - Repositorio Institucional Universidad de Cuenca (24).

Resumen:

Antecedentes: Las alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo son bastante frecuentes y se ha observado asociación con diferentes factores.

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres que acuden al servicio de Ginecología del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca durante el año 2021. Diseño metodológico: Estudio observacional, analítico y transversal. La muestra fue de 285 embarazadas. La respuesta sexual se midió con el Inventario de Respuesta Sexual en el Embarazo (PSRI). El análisis de datos se realizó en el software SPSS v.25; la estadística descriptiva se presentó en frecuencias y porcentajes; se analizó la asociación mediante chi-cuadrado significativo para 0.05; los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Resultados: 76,5% tienen de 20 a 34 años; 76,5% son casadas o se encuentran en unión libre estable; 61,4% son bachilleres; 90,2% son católicas; 61,8% no trabaja; 81,4% de sus parejas tienen entre 18 y 35 años. La respuesta sexual muy buena fue del 30,9% antes del embarazo y durante este disminuyó a 24,9%, siendo más frecuente la mala con 25,6%. Hubo cambio significativo en todas las variables de respuesta sexual durante el embarazo ($p < 0,05$) y existe asociación con la edad gestacional, consumo de tabaco y drogas ilícitas, planificación del embarazo.

Conclusiones: La respuesta sexual de la embarazada se ve alterada por el embarazo, disminuyendo a medida que avanza el mismo hasta el tercer trimestre (27).

Título: Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín – 2021.

Autores: María Isabel Jaramillo-Saldarriaga, Alejandro Colonia-Toro, Gina Andrea Posada, María del Pilar Uribe.

Fuente: Artículo - Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca (25).

Resumen: El embarazo y el parto es un período especial en la vida de la mujer, ya que tiene implicaciones físicas, hormonales y psicológicas, además de cambios sociales y culturales que pueden influir en su sexualidad. Múltiples factores se han asociado con un aumento en la frecuencia de disfunción sexual durante la gestación y el posparto, la cual puede alcanzar una incidencia hasta del 50% en estas etapas.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de disfunción sexual durante la gestación y su relación con algunos factores de riesgo y describir el comportamiento sexual de las mujeres embarazadas y postparto.

Métodos: Estudio de corte transversal de pacientes embarazadas y postparto inmediato de tres centros médicos de atención obstétrica de la ciudad de Medellín.

Resultados: Por medio de una encuesta personal se evaluaron 259 mujeres en embarazo y posparto en 3 diferentes centros de atención obstétrica de la ciudad de Medellín. Se encontró una prevalencia de disfunción sexual femenina del 60, 2%. El tipo más frecuente de relaciones sexuales fue la vaginal (69%). El 85% de las madres y el 71, 4% de los padres consideraban que existía riesgo de un posible daño al bebe con las relaciones sexuales. El 59, 1% de las embarazadas recibieron información sobre sexualidad durante la gestación, siendo el 30% por parte del médico y se asoció como factor protector para disfunción sexual, junto con la estabilidad de la pareja. Como factores de riesgo se identificó el régimen subsidiado del sistema de seguridad social y la idea de daño al embarazo por parte de la madre.

Conclusión: La disfunción sexual es una entidad con una mayor prevalencia y algunas consideraciones especiales durante el embarazo, comparado con la población general. Debido a esto, los profesionales de la salud deben explorar este aspecto en la atención prenatal y brindar una adecuada información sobre la seguridad de las relaciones sexuales durante el embarazo y los posibles cambios en el deseo, el alcance del orgasmo y la satisfacción sexual (25).

3.2.2 Antecedente nacional

Título: Ejercicio de la sexualidad en mujeres embarazadas de Tacna – 2020.

Autores: Gema Sologuren-García, Carmen L. Linares, Jackeline R., Christian R. Mejía.

Fuente: Tesis - Escuela Profesional de Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna, Perú. (26).

Resumen:

Introducción: El embarazo genera cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que afectan la sexualidad.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la sexualidad durante la gestación y mostrar los cambios en cada trimestre.

Metodología: Estudio transversal, analítico, muestra 346 puérperas. Se aplicó un cuestionario de 47 ítems: datos sociodemográficos, creencias, vivencia e información recibida sobre sexualidad.

Resultados: El 56% tuvo encuentros sexuales un mes antes del parto. Frecuencia de encuentros sexuales: una vez por semana (54%, 43% y 63% primer, segundo y tercer trimestre; respectivamente). El análisis multivariado, estuvo asociado a que las mujeres reportaron haber experimentado mayor placer sexual cuando recibieron información del médico u obstetra (valor $p < 0,001$), al alcanzar medianamente fácil el orgasmo ($p < 0,001$) y ser estimulada en zonas erógenas ($p < 0,001$); por el contrario, aquellas que experimentaron menor placer sexual, fueron las que sintieron que el deseo sexual cambio durante el embarazo ($p = 0,020$) y cuando estimularon a su pareja en zonas erógenas ($p < 0,001$).

Conclusiones: La vivencia de la sexualidad cambia durante la gestación. La información, el logro del orgasmo y la estimulación en zonas erógenas producen mayor placer sexual (26).

3.2.3 Antecedente local

Título: Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2023

Autor: Daniela Lucia Chávez Pino

Fuente: Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María (3).

Resumen:

Introducción: El acto sexual durante la gestación ha sufrido constantes especulaciones, por falta de información, creencias religiosas y/o culturales por parte de las gestantes ocasionando cambios en su comportamiento sexual, y alteración del deseo sexual.

Objetivo: El presente estudio busca determinar los factores asociados a la disfunción sexual en gestantes del servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche.

Materiales y métodos: Investigación del trabajo de campo, prospectivo, relacional; para el presente estudio el instrumento utilizado consta de un Cuestionario para factores sociodemográficos, factores obstétricos y creencias; y un Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) elaborado por Rosen y col. en el año 2000. Se contó con una población de 210 gestantes pertenecientes al Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Goyeneche, obteniéndose como muestra 103 gestantes. Resultados: El 27% tenían entre 33 y 37 años, 63% tenían instrucción secundaria, 75% tenían una edad entre 27 y 40 años. El Índice de la función sexual femenina (IFSF) fue baja en un 77%. La falta de privacidad en relaciones sexuales y el IFSF bajo fue del 91.42% ($p < 0.005$). El grado de instrucción superior y en IFSF bajo fue 55.5% ($p < 0.05$). La obesidad y el IFSF bajo fue de 92.9% ($p < 0.05$). La ausencia de creencias sociales (causar daño al bebe) y IFSF bajo fue del 32.2% ($p < 0.05$), respecto a la ausencia de creencias sobre complicaciones en embarazo el IFSF bajo fue de un 38.3% ($p < 0.05$), respecto a la ausencia de creencias sobre las complicaciones en el parto y IFSF bajo fue de 61.4% ($p < 0.05$), respecto a la ausencia de creencias religiosas y IFSF bajo fue de un 74.4% ($p < 0.05$) y respecto a las creencias culturales y IFSF bajo fue de 53.2% ($p < 0.05$). Conclusiones: Los factores Sociodemográficos como la privacidad en las relaciones sexuales, el IMC, las creencias religiosas, culturales y sociales (causar daño al bebe, complicaciones en el embarazo, complicaciones en el parto) fueron factores

predisponentes para una disminución del IFSF, mostrando una relación estadísticamente significativa (3).

Título: Factores Maternos Asociados a las Características de la Función Sexual en Gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola, Arequipa. Enero-Febrero. 2017

Autor: Milagros Lissette Macedo Orihuela

Fuente: Tesis - Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María (27).

Resumen:

Introducción: El desarrollo de la función sexual durante el periodo de gestación es un tema raramente abordado por parte del personal de salud especialista en la salud materna, usualmente no se suele investigar sobre el funcionamiento sexual de la gestante y si se mantiene el vínculo erótico con la pareja.

Objetivos: Conocer los factores sociodemográficos, biológicos y creencias, Conocer las características de la función sexual y Determinar los factores asociados a las características de la función sexual todo esto en gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Materiales y Métodos: La presente investigación fue de campo, prospectiva, relacional, el instrumento utilizado consta de dos partes la primera está enfocada a reunir factores sociodemográficos, biológicas y de creencia y una segunda parte se trata del Índice de Función Sexual Femenino elaborado por Rosen y col. el año 2000.

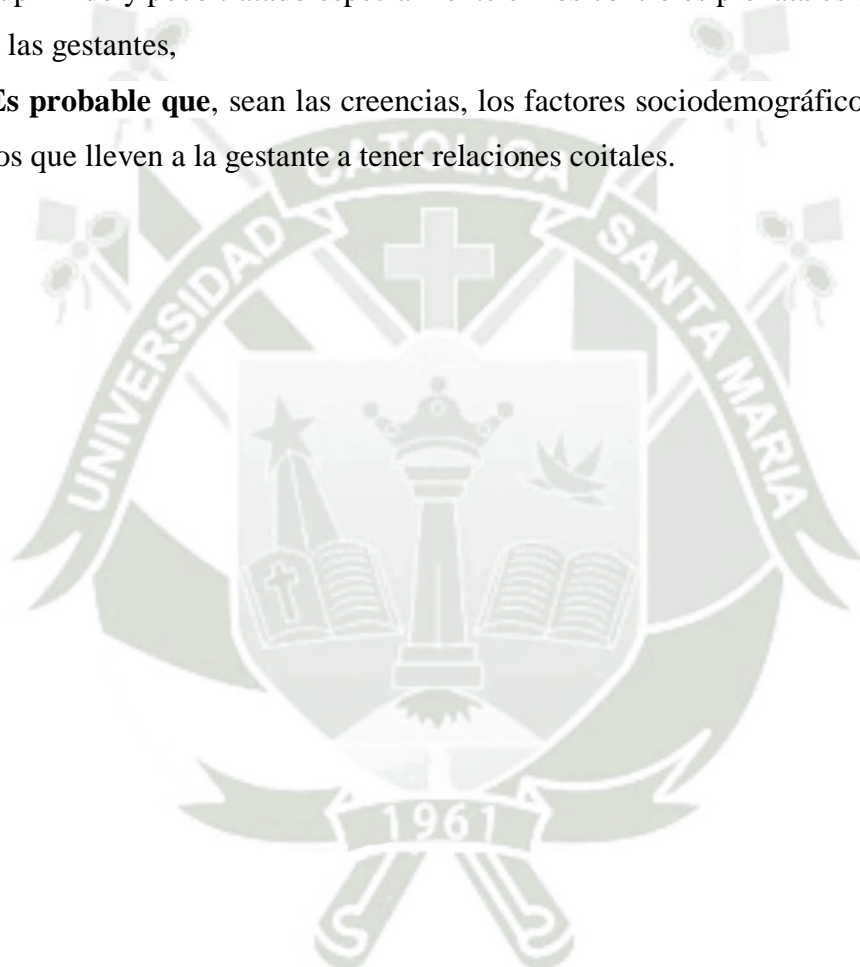
Conclusiones: Con respecto a los factores sociodemográficos predominan las parejas convivientes, el 33.3% tiene más de 5 años de convivencia, las gestantes con secundaria completa son un 86.1%; la mayoría nació en Arequipa. El 95% tienen privacidad en el dormitorio, el 80.6 % es Católica, el 85.4% son amas de casa, predominan las gestantes en edad fértil joven con un 44.4%, el 41.7% presentó Sobrepeso; predominan las nulíparas con un porcentaje de 48.6%, la mayoría de las entrevistadas no tuvo partos vaginales ni fueron cesareadas, el 52.8 % de las gestantes se encontraba en el tercer trimestre de gestación, el 53.5% de indica que el actual embarazo fue planificado. El no recibir información sobre las relaciones sexuales durante el embarazo predominó con un 83.3%; siendo este un punto para

fortalecer durante la consulta externa. Los factores asociados a las características de la función sexual en gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz fueron; Según características sociodemográficas que muestran significancia en relación al Índice de Función Sexual óptima en las gestantes son el estado civil, el tiempo de unión con la pareja, grado de instrucción y la privacidad en el dormitorio. Según las características biológicas se encontró una relación directa entre la función sexual optima y el IMC, número de partos, las semanas de gestación, en cuanto a las creencia de las gestantes y la relación con una función sexual optima se encontró que todos los ítems mostraron relación significativa, excepto el ítem que habla sobre “Piensa que al tener Relaciones Sexuales causa complicaciones durante el embarazo” (27).

4. HIPÓTESIS

Dado que, la actividad sexual es un aspecto significativo en la relación de pareja; y que durante el periodo de gestación se producen cambios físicos como sexuales los cuales pueden afectar en las relaciones coitales. Teniendo en cuenta que en nuestra sociedad el referirse a las relaciones sexuales sigue siendo un tema suprimido y poco tratado especialmente en los controles prenatales que se realizan a las gestantes,

Es probable que, sean las creencias, los factores sociodemográficos y biológicos los que lleven a la gestante a tener relaciones coitales.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Variables	Indicador	Técnica	Instrumento
Variable independiente: Factores asociados	Factores sociodemográficos	Encuesta	Ficha de recolección de datos
	Factores biológicos		
	Creencias		
Variable dependiente: Relaciones coitales durante el embarazo	Relaciones coitales durante el embarazo		

1.1 Técnicas

La técnica que se empleó en la presente investigación fue encuesta para recolección de datos.

1.2 Instrumentos

El instrumento consta de una ficha de recolección de datos que contiene datos sociodemográficos, biológicos y creencias de gestantes que tienen relaciones coitales con edades de 18 a 35 años. (Anexo 02)

1.3 Materiales de verificación

- Equipo de cómputo
- Útiles de escritorio: Hoja bond, Lapicero, Lápiz, borrador, corrector

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

La investigación se realizó en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata ubicado en Av. Kennedy 2101 Ampliación Paucarpata, distrito de Paucarpata - departamento de Arequipa, Perú.

- **Delimitación geográfica:** Croquis (Anexo 03)

2.2 Ubicación temporal

- **Cronología:** Octubre 2024 – Diciembre 2024.

- **Visión temporal:** Prospectivo.

- **Corte temporal:** Transversal.

2.3 Unidades de Estudio

2.3.1 Universo:

Para esta investigación según datos referidos por la persona responsable de la estrategia materno perinatal el número de gestantes programadas en el consultorio externo de obstetricia (materno) en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata es aproximadamente de 146 gestantes para el año 2024.

2.3.2 Muestra:

La muestra para un universo de 146 gestantes que tienen relaciones coitales con edades de 18 a 35 años que asisten al Centro de Salud Ampliación Paucarpata se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas con una confiabilidad del 95% y error del 5%, será de 106.

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

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 146 \times 0.5 \times 0.5}{(146 - 1) \times 0.05^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$n = 106$

2.3.3 Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Gestante entre 18 y 35 años.

2.3.4 Criterios de exclusión

- Gestante con patologías del embarazo.
- Gestantes que se encuentran con pródromos de trabajo de parto.
- Gestante víctimas de violencia sexual.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

Autorización: Se envió una solicitud de autorización dirigida a la Gerencia de la Red Arequipa Caylloma Salud y Gerencia Micro Ampliación Paucarpata (Anexo 4).

3.2 Recursos

3.2.1 Recursos humanos

Asesor de investigación: Mg. Marcos Erveth Herrera Cárdenas

Investigadora: Fatima Mercedes Gutierrez Vigil

3.2.2 Recursos físicos

- **Disponibilidad de infraestructura:** Micro Red Ampliación Paucarpata, Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- **Disponibilidad de ambiente:** Consultorio externo de Obstetricia.
- **Recursos económicos:** Autofinanciado.

3.3 Validación de instrumento

3.3.1 Procedimiento: Se realizó la prueba piloto en 10 usuarias que acudieron al Centro de Salud Ampliación Paucarpata por consultorio externo de Obstetricia, con el fin de evaluar, juzgar su eficacia, perfeccionamiento, y tiempo de administración por unidad de estudio (5 - 10 minutos).

3.3.2 Consideraciones éticas:

- La gestante fue informada sobre la naturaleza de la investigación.
- La encuesta se realizó por consentimiento voluntario de la gestante.
- Se respetó la intimidad y confidencialidad de la gestante.
- Las respuestas y opiniones de la gestante fueron respetadas.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento:

- **Tipo de sistematización:** Manual y electrónica.

4.2 Plan de Procesamiento

- **Tipo de procesamiento:** Los datos fueron tabulados mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 26.

4.3 Análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de los datos, se implementó en una primera etapa el programa Microsoft Excel para la elaboración y organización inicial de la base de datos. Posteriormente, los datos fueron transferidos al software estadístico SPSS, el cual facilitó la realización de análisis estadísticos avanzados y la creación de tablas, lo que permitió obtener una comprensión más detallada y precisa de los resultados obtenidos en el estudio.

CAPÍTULO III RESULTADOS



TABLA N°1
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LAS GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N°	%
ESTADO CIVIL		
Soltera	9	8.5 %
Con pareja	14	13.2 %
Conviviente	58	54.7 %
Casada	25	23.6 %
TIEMPO DE UNIÓN		
Menos de 1 año	13	12.3 %
1-2 años	19	17.3 %
Más de 3 años	30	28.3 %
Más de 5 años	44	41.5 %
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria completa	1	0.9 %
Secundaria completa	48	45.3 %
Sin secundaria completa	9	8.5 %
Superior universitaria	33	31.1 %
Superior técnica	15	14.2 %
LUGAR DE NACIMIENTO		
Arequipa	73	68.9 %
Puno	10	9.4 %
Cusco	6	5.7 %
Otros	17	16.0 %
LUGAR DONDE PASO MAYOR TIEMPO DE VIDA		
Arequipa	83	78.3 %
Puno	6	5.7 %
Cusco	5	4.7 %
Otros	12	11.3 %
TOTAL	106	100%

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°1 Muestra que el 54.7% de las gestantes son convivientes, el 41.5% de ellas viven con su pareja más de 5 años y 45.3% de las gestantes tienen secundaria completa. Asimismo, el 68.9% y el 78.3% de las gestantes han nacido y viven en Arequipa.



TABLA N°2
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LAS GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

<i>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	N°.	%
RELIGIÓN		
Católica	84	79,2 %
Otros	11	10,4 %
Sin religión	11	10,4 %
OCUPACIÓN		
Ama de casa	56	52,8 %
Estudiante	13	12,3 %
Independiente	27	25,5 %
Dependiente	10	9,4 %
VIOLENCIA FÍSICA		
Si	4	3,8 %
No	102	96,2 %
VIOLENCIA VERBAL		
Si	6	5,7 %
No	100	94,3 %
VIOLENCIA FAMILIAR		
Si	4	3,8 %
No	102	96,2 %
TOTAL	106	100 %

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°2 muestra que el 79.2% de las gestantes del centro de salud de Ampliación Paucarpata son católicas y el 52.8% de ellas son amas de casa. Asimismo, el 3.8% de las gestantes sufrieron violencia física y un 5.7% de ellas sufrieron violencia verbal y un 3.8% de las gestantes conllevaron violencia familiar.

TABLA N°3
FACTORES BIOLÓGICOS EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE
SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

<i>FACTORES BIOLÓGICOS</i>	N°.	%
EDAD		
18-23 años	23	21,7 %
24-29 años	44	41,5 %
30-35 años	39	36,8 %
IMC		
Normal	79	74,5 %
Sobrepeso	26	24,5 %
Obesidad	1	0,9 %
NÚMERO DE HIJOS		
1 hijo	40	37,7 %
2 hijos	25	23,6 %
3 a más	8	7,5 %
Sin hijos	33	31,1 %
PARTOS EUTÓCICOS		
1 parto vaginal	38	35,8 %
2 partos vaginal	24	22,6 %
3 a más	2	1,9 %
Sin partos	42	39,6 %
PARTOS DISTÓCICOS		
1 parto cesárea	18	17,0 %
2 parto cesárea	1	0,9 %
3 a mas	2	1,9 %
Sin Cesáreas	85	80,2 %
SEMANAS DE GESTACIÓN		
1 a 13 semanas	5	4,7 %
14 a 26 semanas	39	36,8 %
27 a 40 semanas	62	58,5 %

PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO		
Si	41	38,7 %
No	65	61,3 %
ANTECEDENTES DE ABORTO		
No	77	72,6 %
Aborto provocado	5	4,7 %
Aborto espontaneo	21	19,8 %
Otro	1	0,9 %
COMPLICACIONES EN EMBARAZO ANTERIOR		
No	91	85,8 %
I trimestre	13	12,3 %
II trimestre	1	0,9 %
III trimestre	1	0,9 %
TOTAL	106	100 %

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°3 Muestra que el 41.5% de las gestantes tienen una edad entre 24 a 29 años, el 74.5% de ellas tienen un índice de masa corporal normal y el 37.7% de las gestantes tienen un hijo. Asimismo 35.8% de las gestantes tuvieron un parto vaginal, el 17.0% de ellas presentaron un parto por cesáreas y el 58.5% de las gestantes tuvieron de 27 a 40 semanas de gestación. De la misma manera 61.3% de las gestantes no planificaron su embarazo, el 72.6% de ellas no presentaron antecedentes de aborto y el 12.3% de las gestantes presentaron complicaciones en el embarazo anterior en el primer trimestre.

TABLA N°4
CREENCIAS EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

CREENCIAS	N°.	%
INFORMACIÓN SOBRE RELACIONES SEXUALES		
Si	31	29,2 %
No	75	70,8 %
RELACIONES SEXUALES CAUSA DAÑO AL FETO		
Si	43	40,6 %
No	63	59,4 %
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO		
Si	35	33,0 %
No	71	67,0 %
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO		
Si	28	26,4 %
No	78	73,6 %
OBLIGACIÓN DE CUMPLIR SEXUALEMENTE		
Si	6	5,7 %
No	100	94,3 %
SU RELIGIÓN LE IMPIDE DISFRUTAR SU VIDA SEXUAL		
Si	4	3,8 %
No	102	96,2 %
TOTAL	106	100 %

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°4 muestra que el 29.2% de las gestantes tuvieron información sobre las relaciones sexuales, el 40.6% de las gestantes creen que las relaciones coitales causan daño al feto y el 33.0% de ellas creen que se podría presentar complicaciones durante el embarazo. Asimismo, 26.4% de las gestantes piensan que tener relaciones sexuales durante el embarazo desencadenara complicaciones durante el parto, el 5.7% de ellas indicaron que fueron obligadas a cumplir sexualmente y el 3.8% expresan que su religión les impide disfrutar de su vida sexual.



TABLA N° 5
**RELACIONES COITALES DURANTE GESTACIÓN DEL CENTRO DE
SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA**

RELACIONES COITALES	N°.	%
Si	78	73.6 %
No	28	26.4 %
TOTAL	106	100 %

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°5 muestra que el 73% de las gestantes del centro de salud Ampliación Paucarpata tienen relaciones coitales durante la gestación y el 26 % de las gestantes no tuvieron relaciones coitales.

TABLA N°6
INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN LAS RELACIONES COITALES
EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA

Estado Civil	RELACIONES COITALES				Total	
	Si		No			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltera	2	1.9	7	6.6	9	8.5
Con pareja	14	13.2	0	0.0	14	13.2
Conviviente	42	39.6	16	15.1	58	54.7
Casada	20	18.9	5	4.7	25	23.6
ESTADÍSTICA	$X^2=17.811$ $P=0.000$ $P<0.05$					

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°6 según la prueba chi cuadrado ($X^2=17.811$) se muestra que el estado civil y las relaciones coitales presento una asociación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo, se observa que el 39.9% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales son convivientes.

TABLA N°7
INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN LAS
RELACIONES COITALES EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Factores sociodemográficos	RELACIONES COITALES				ESTADÍSTICA
	Si		No		
	N°.	%	N°.	%	
Tiempo de Unión					
Menos de 1 año	8	7.5	5	4.7	$X^2=4.273$ $P=0.233$ $P>0.05$
1-2 años	14	13.2	5	4.7	
Más de 3 años	26	24.5	4	3.8	
Más de 5 años	30	28.3	14	13.2	
Grado de Instrucción					
Primaria completa	1	0.9	0	0.0	$X^2=4.752$ $P=0.314$ $P>0.05$
Secundaria completa	39	36.8	9	8.5	
Secundaria incompleta	5	4.7	4	3.8	
Superior universitaria	24	22.6	9	8.5	
Superior técnica	9	8.5	6	5.7	
Lugar de Nacimiento					
Arequipa	58	54.7	15	14.2	$X^2=4.296$ $P=0.231$ $P>0.05$
Puno	6	5.7	4	3.8	
Cusco	4	3.8	2	1.9	
Otros	10	9.4	7	6.6	
Lugar Donde Paso Mayor					
Tiempo de Vida					
Arequipa	65	61.3	18	17.0	$X^2=6.212$ $P=0.102$ $P>0.05$
Puno	3	2.8	3	2.8	
Cusco	4	3.8	1	0.9	
Otros	6	5.7	6	5.7	

TOTAL	78	73.6	28	26.4	
--------------	----	------	----	------	--

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°7 según la prueba chi cuadrado ($\chi^2=4.273$) se muestra que los indicadores sociodemográficos y las relaciones coitales no presento asociación estadística significativa ($P>0.05$). Sin embargo, se observa que el 28.3% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales tienen más de 5 años de tiempo de unión; el 36.8% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales tienen secundaria completa, el 54.7% de ellas nacieron en Arequipa y el 61.3% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales residieron en Arequipa la mayor parte de su vida.

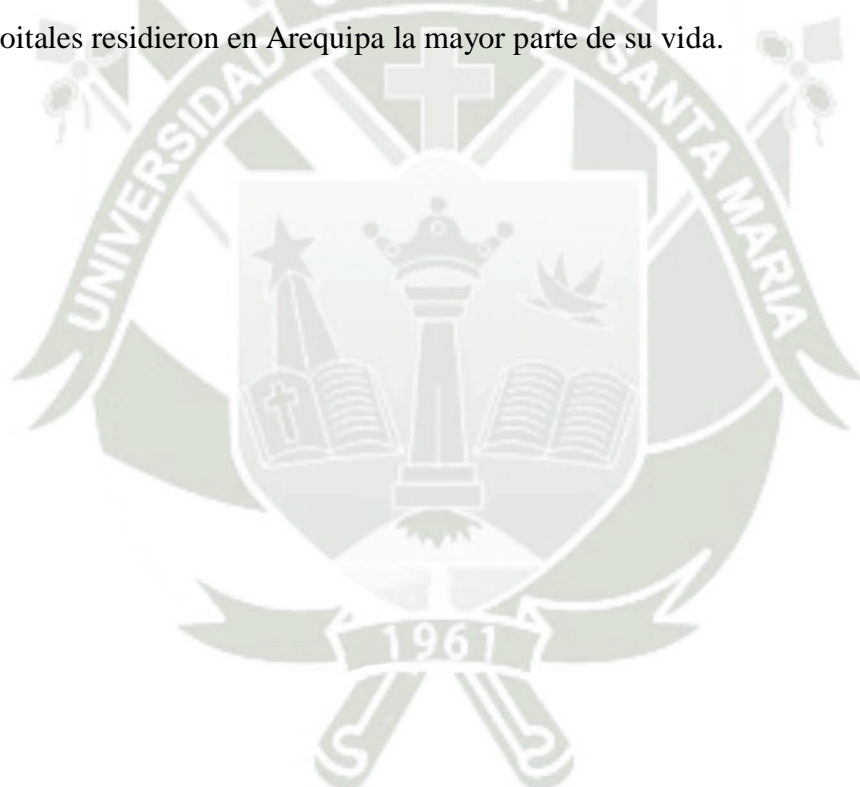


TABLA N°8
INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LAS
RELACIONES COITALES EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Factores sociodemográficos	<i>RELACIONES COITALES</i>				ESTADÍSTICA
	Si		No		
	N°.	%	N°.	%	
Privacidad en la Habitación					$X^2=0.073$
Si	71	67.0	25	23.6	P=0.787
No	7	6.6	3	2.8	P>0.05
No Tiene Privacidad					
Comparte habitación	3	30.0	1	10.0	$X^2=0.476$
Material de habitación	1	10.0	1	10.0	P=0.788
Área privada	3	30.0	1	10.0	P>0.05
Religión					
Católica	63	59.4	21	19.8	$X^2=0.651$
Otros	7	6.6	4	3.8	P=0.722
Sin religión	8	7.5	3	2.8	P>0.05
Ocupación					
Ama de casa	40	37.7	16	15.1	$X^2=1.193$
Estudiante	9	8.5	4	3.8	P=0.755
Independiente	22	20.8	5	4.7	P>0.05
Dependiente	7	6.6	3	2.8	
TOTAL	78	73.6	28	26.4	

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°8 según la prueba chi cuadrado ($X^2=0.073$) se muestra que la privacidad en la habitación, religión ni ocupación y las relaciones coitales no presentaron asociación estadística significativa ($P>0.05$). Sin embargo; se observa que el 67.0% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales tuvieron privacidad en la habitación, el 30.0% señalaron que no tienen privacidad en la habitación o comparten habitación. El 59.4% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales pertenecen a la religión católica. Y el 37.7% de ellas tienen ocupación de ama de casa.



TABLA N°9
INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LAS
RELACIONES COITALES EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Factores sociodemográficos	RELACIONES COITALES				ESTADÍSTICA
	Si		No		
	N°.	%	N°.	%	
Violencia Física					$X^2=1.492$
Si	4	3.8	0	0.0	$P=0.222$
No	74	69.8	28	26.4	$P>0.05$
Violencia Verbal					$X^2=0.311$
SI	5	4.7	1	0.9	$P=0.577$
No	73	68.9	27	25.5	$P>0.05$
Violencia Familiar					$X^2=1.492$
SI	4	3.8	0	0.0	$P=0.222$
No	74	69.8	28	26.4	$P>0.05$
TOTAL	78	73.6	28	26.4	

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°9 según la prueba chi cuadrado se muestra que la violencia física, verbal ni familiar y relaciones coitales no presentaron asociación estadística significativa ($P>0.05$).

Aunque los resultados del análisis estadístico no muestran una asociación significativa entre las relaciones coitales durante la gestación y la presencia de violencia, los datos revelan una situación preocupante. Del total de gestantes que refirieron haber tenido relaciones coitales, el 3.8% manifestó haber sido víctima de

violencia física, el 4.7% reportó violencia verbal, y otro 3.8% indicó haber sufrido violencia familiar. Estos porcentajes, aunque puedan parecer bajos en términos absolutos, adquieren relevancia cuando se consideran desde una perspectiva de salud integral y bienestar materno. La presencia de cualquier tipo de violencia durante el embarazo puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, afectando el curso de la gestación y generando riesgos físicos y emocionales. Por lo tanto, estos hallazgos, aunque no se respalden por una significancia estadística en el análisis bivariado, invitan a una reflexión profunda y a la necesidad de fortalecer los mecanismos de detección, prevención y atención de la violencia en contextos perinatales. Es esencial no ignorar estos porcentajes, ya que representan a mujeres en situaciones vulnerables que requieren intervención oportuna.

TABLA N°10
RELACION ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS Y LAS
RELACIONES COITALES EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE
SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Factores Biológicos	RELACIONES COITALES				ESTADÍSTICA
	Si		No		
	N°.	%	N°.	%	
Edad					
18-23 años	19	17.9	4	3.8	X ² =4.679 P=0.096 P>0.05
24-29 años	35	33.0	9	8.5	
30-35 años	24	22.6	15	14.2	
Índice de masa corporal					
Normal	62	58.5	17	16.0	X ² =5.701 P=0.058 P>0.05
Sobrepeso	16	15.1	10	9.4	
Obesidad	0	0.0	1	0.9	
Número de Hijos					
1 hijo	32	30.2	8	7.5	X ² =9.267 P=0.026 P<0.05
2 hijos	14	13.2	11	10.4	
3 a mas	4	3.8	4	3.8	
Sin hijos	28	4.7	5	4.7	
Número de Partos Eutócicos					
1 parto vaginal	30	28.3	8	7.5	X ² =6.963 P=0.073 P>0.05
2 partos vaginal	13	12.30	11	10.4	
3 a mas	1	0.9	1	0.9	
Sin partos	34	32.1	8	7.5	
TOTAL	78	73.6	28	26.4	

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°10 según la prueba chi cuadrado se muestra que numero hijos y las relaciones coitales presento asociación estadística significativa (P<0.05). No encontrando asociación estadística con los otros indicadores.

Asimismo, se observa que el 30.2% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales tuvieron un hijo.



TABLA N°11
RELACION ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS Y LAS
RELACIONES COITALES EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE
SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Factores biológicos	RELACIONES COITALES				ESTADÍSTICA
	Si		No		
	N°.	%	N°.	%	
Número de partos distócicos					
1 parto cesáreas	9	8.5	9	8.5	$X^2=6.950$ $P=0.074$ $P>0.05$
2 partos cesáreas	1	0.9	0	0.0	
3 a mas	2	1.9	0	0.0	
Sin cesáreas	66	62.3	19	17.9	
Semanas de gestación					
1 a 13 semanas	4	3.8	1	0.9	$X^2=0.150$ $P=0.928$ $P>0.05$
14 a 26 semanas	29	27.4	10	9.4	
27 a 40 semanas	45	42.5	17	16.0	
Planificación de embarazo					
Si	33	31.1	8	7.5	$X^2=1.639$ $P=0.200$ $P>0.05$
No	45	42.5	20	18.9	
Antecedentes de aborto					
No	56	52.8	21	72.6	$X^2=1.140$ $P=0.888$ $P>0.05$
Aborto provocado	4	3.8	1	0.9	
Aborto espontaneo	16	15.1	5	4.7	
Otro	1	0.9	0	0.0	
Complicaciones o Problemas de en el Embarazo Anterior					
No	68	64.2	23	21.7	$X^2=3.332$ $P=0.888$ $P>0.05$
I trimestre	9	8.5	4	3.8	
II trimestre	1	0.9	0	0.0	
III trimestre	0	0.0	1	0.9	
TOTAL	78	73.6	28	26.4	

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 11 según la prueba chi cuadrado se muestra que los indicadores biológicos y las relaciones coitales no presento asociación estadística significativa ($P > 0.05$). Sin embargo 8.5% y 42.5% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales durante el embarazo tuvieron un parto por cesárea y presentaron de 27 a 40 semanas de gestación respectivamente y el 31.1% de las gestantes planificaron su embarazo. Asimismo, el 15.1% de las gestantes presentaron aborto espontáneo y el 8.5% de las gestantes manifestaron complicaciones en el embarazo anterior en el primer trimestre.



TABLA N°12
RELACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS Y LAS RELACIONES COITALES
EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA

CREENCIAS	RELACIONES COITALES				ESTADÍSTICA
	SI		NO		
	N°.	%	N°.	%	
Información sobre relaciones sexuales					$X^2=3.407$
Si	19	17.9	12	11.3	P=0.065
No	59	55.7	16	15.1	P>0.05
Causa daño al feto					$X^2=0.026$
Si	32	30.2	11	10.4	P=0.872
No	46	43.4	17	16.0	P>0.05
Complicaciones durante en el embarazo					$X^2=0.013$
Si	26	24.5	9	8.5	P=0.909
No	52	49.1	19	17.9	P>0.05
Complicaciones durante el parto					$X^2=1.434$
Si	23	21.7	5	4.7	P=0.898
No	55	51.9	23	21.7	P>0.05
La mujer tiene la obligación de cumplir sexualmente					$X^2=1.820$
Si	3	2.8	3	2.8	P=0.177
No	75	70.8	25	23.6	P>0.05
Su religión le impide disfrutar su vida sexualmente					$X^2=0.004$
SI	3	2.8	1	0.9	P=0.948
NO	75	70.8	27	25.5	P>0.05
TOTAL	78	73.6	28	26.4	P>0.05

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°12 según la prueba chi cuadrado se muestra que los indicadores de creencias y las relaciones coitales no presento asociación estadística significativa ($P>0.05$).

Sin embargo 17.9% y 30.2% de las gestantes que tuvieron relaciones coitales durante el embarazo tenían información sobre relaciones coitales o creen que causan daño al feto respectivamente y el 24.5% de las gestantes creen que causara complicaciones en el embarazo. Asimismo, el 21.7% de ellas piensan que tener relaciones coitales les desencadenara complicaciones durante el parto y el 2.8% de las gestantes sintieron obligación de cumplir sexualmente o manifestaron que su religión le impidió disfrutar su vida sexual.

TABLA N° 13
**REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA LA RELACIÓN ENTRE LOS
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LAS RELACIONES COITALES
DURANTE LA GESTACIÓN**

	B	Error estándar	Wald	g l	Sig	Exp (B)
E. Civil			2,435	3	,487	
E. Civil(1)	25,106	11925,349	,000	1	,998	8,009E+10
E. Civil(2)	-18,234	9634,589	,000	1	,998	,000
E. Civil(3)	1,256	,805	2,435	1	,119	3,513
Tiempo	,687	,419	2,687	1	,101	1,988
G. Instrucción			4,967	4	,291	
G. Instrucción(1)	-,231	41331,479	,000	1	1,000	,794
G. Instrucción(2)	,802	41331,479	,000	1	1,000	2,230
G. Instrucción(3)	,726	41331,479	,000	1	1,000	2,067
G. Instrucción(4)	1,713	41331,479	,000	1	1,000	5,543
Nacimiento	-,143	,706	,041	1	,840	,867
T. Vida	,768	,750	1,049	1	,306	2,155
Privacidad	,220	1,280	,030	1	,863	1,246
Religión	,428	,455	,883	1	,347	1,534
Ocupación	-,382	,321	1,411	1	,235	,683
V. Física	38,420	3231132,099	,000	1	,999	4,848E+16
V. Verbal	1,439	27543,947	,000	1	1,000	4,215
V. Familiar	18,855	16566,247	,000	1	,999	154437024,7
Constante	-123,350	64475,298	,000	1	,998	,000

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 13 según la regresión logística binaria se ha encontrado que el estado civil y el grado de instrucción son los indicadores sociodemográficos que influyen en las relaciones coitales durante el embarazo. Así mismo se muestra que las gestantes casadas tienen 3.51 veces más probabilidades de tener relaciones coitales durante

el embarazo y las que tienen grado de instrucción secundar tienen 5,54 veces más probabilidades de tener relaciones coitales.



TABLA N° 14
**REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA LA RELACIÓN ENTRE LOS
FACTORES BIOLÓGICOS Y LAS RELACIONES COITALES DURANTE
LA GESTACIÓN**

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp (B)
Edad	,343	,367	,876	1	,349	1,409
IMC	,670	,525	1,630	1	,202	1,954
N. Hijos	-,004	,292	,000	1	,990	,996
P. Vaginales	-,075	,281	,071	1	,790	,928
P. Cesáreas	-,327	,212	2,388	1	,122	,721
Sem. Gestación	-,043	,433	,010	1	,921	,958
Embarazo	,605	,531	1,294	1	,255	1,831
A. Aborto	-,143	,264	,292	1	,589	,867
Complicaciones	,113	,560	,041	1	,840	1,120
Constante	-2,165	2,040	1,127	1	,288	,115

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N°14 según la regresión logística binaria se ha encontrado que ningún indicador biológico influyen en las relaciones coitales durante el embarazo.

TABLA N° 15
**REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA LA RELACIÓN ENTRE LAS
CREENCIAS Y LAS RELACIONES COITALES DURANTE LA
GESTACIÓN**

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp (B)
Información(1)	1,244	,511	5,928	1	,015	3,470
Daño bebé	-,432	,689	,393	1	,531	,649
Complicación Embarazo	-,203	,791	,066	1	,797	,816
Complicación. Parto	1,516	,791	3,669	1	,055	4,552
Obligación(1)	3,007	1,333	5,089	1	,024	20,217
Impedimento	1,971	1,538	1,641	1	,200	7,176
Constante	-7,159	3,416	4,393	1	,036	,001

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 15 según la regresión logística binaria se ha encontrado que la información sobre las relaciones coitales y la obligación que siente la gestante influyen en las relaciones coitales durante el embarazo. Así mismo se muestra que las gestantes que no recibieron información sobre las relaciones coitales tienen 3.47 veces probabilidades de tener relaciones coitales durante el embarazo y las gestantes que se sienten obligadas a tener relaciones tienen 20.21 veces más probabilidades de tener relaciones coitales.

TABLA N° 16
RELACIÓN ENTRE LA OBLIGACIÓN Y LAS RELACIONES COITALES
EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA

La mujer tiene la obligación de cumplir sexualmente	RELACIONES COITALES				ESTADÍSTICA
	SI		NO		
	N°.	%	N°.	%	
Si	3	2.8	3	2.8	$X^2=1.820$ $P=0.177$ $P>0.05$
No	75	70.8	25	23.6	

Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 16 analiza la relación entre la creencia de que la mujer tiene la obligación de cumplir sexualmente y las relaciones coitales en las gestantes. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, obteniéndose un valor de $X^2 = 1.820$ y un nivel de significancia de $p = 0.177$, el cual es mayor que 0.05. Esto indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la obligación sexual y relaciones coitales durante el embarazo.

De acuerdo con los resultados presentados, se observa que tanto entre las gestantes que tuvieron relaciones coitales como entre aquellas que no las tuvieron, el 2.8% manifestaron sentir que tenían la obligación de cumplir sexualmente durante el embarazo. Este porcentaje, aunque bajo pero muy significativo refleja que aún existe un pequeño grupo de mujeres que experimentan presión o compromiso en torno al cumplimiento de expectativas sexuales dentro de la relación de pareja, incluso durante una etapa tan sensible como la gestación. Este hallazgo puede interpretarse como un indicio de la persistencia de roles de género tradicionales o creencias culturales que asignan a la mujer un deber sexual, independientemente de su estado físico o emocional. Si bien no representa a la mayoría de la muestra, la existencia de esta percepción en algunas gestantes podría estar asociada a dinámicas de desigualdad en la toma de decisiones sexuales, o incluso a factores de coacción o violencia sutil dentro de la relación. Desde una perspectiva de salud pública, este

resultado pone en evidencia la necesidad de fortalecer los espacios de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, promoviendo relaciones basadas en el respeto, el consentimiento y la equidad, especialmente durante el embarazo.



DISCUSIÓN

La presente investigación reveló características clave de la población estudiada. Donde las gestantes que conviven con su pareja representan el 54.7% del total, mientras que las solteras constituyen el 8.5 %. En el tiempo de unión con la pareja el 41.5% indicó que tenía más de 5 años a diferencia del 12.3% que tenían menos de 1 año. En términos de grado de instrucción; el 45.3% de gestantes tiene la secundaria completa y el 0.9% la primaria completa. En cuanto al lugar de nacimiento el 68.9% refirió ser natural de Arequipa y el 16% procedentes de distintas regiones. Respecto a la privacidad en la habitación, el 90.6% de gestantes afirmo tener privacidad; pero el 9.4% de ellas no tiene privacidad debido a que el 3.8% comparten habitación. A cerca de la religión el 79.2% de gestantes son católicas. Con referencia a la ocupación, las amas de casa fueron el grupo más predominante con 52.8%, seguidas de trabajadoras independientes con el 25.5% y estudiantes el 12.3%. En consideración a la violencia el 3.8% afirmo haber sufrido de violencia física, el 5.7% de gestantes sufrieron de violencia verbal y el 3.8% violencia familiar.

En cuanto a factores biológicos, las gestantes encuestadas con edades comprendidas entre 24 a 29 años representaron el 41,5% del total, mientras que las de 18 a 23 años el 21.7%. Con relación al índice de masa corporal el 74.5% tienen un IMC normal y el 37.7% de las gestantes tienen un solo hijo a comparación del 7.5% que tiene de 3 a más hijos. Lo que corresponde a partos eutócicos el 35.8% refirió haber tenido un parto vaginal y el 80.2% no haber tenido cesárea. Respecto a las semanas de gestación el grupo de 27 a 40 semanas fue el más representativo con el 58.5%, de 14 a 26 semanas 36.8% y de 1 a 13 semanas 4.7%. En consideración al embarazo actual el 61.3% negó haber planificado el embarazo, mientras que el 38.7% afirmó haberlo hecho. En relación con los antecedentes de abortos, el 19.8% de las encuestadas informaron haber tenido un aborto espontáneo, y el 4.7% un aborto provocado; mientras que el 72.6% no tuvo ningún aborto. Por otro lado el 85.8% de gestantes no presentaron complicaciones en el embarazo anterior.

Referente a las creencias de las gestantes encuestadas, el 70.8% de ellas refirió no

haber recibido información sobre relaciones sexuales por parte de un personal de salud, en tanto el 29.2% afirmó tal hecho. El 40.6 % cree que el tener relaciones coitales durante el embarazo podría causar algún daño al feto; mientras que el 67% piensa que no tendrá complicaciones durante la gestación si tiene relaciones sexuales y el 26.4% de ellas considera que tener relaciones podría desencadenar alguna complicación durante el parto. El 5.7% de gestantes estudiadas indicaron que fueron obligadas a cumplir sexualmente con su pareja y el 3.8% expresan que su religión les impide disfrutar de su vida sexual.

Respecto a las gestantes entre 18 a 35 años del centro de salud Ampliación Paucarpata el 73.6% afirmó haber tenido relaciones coitales durante el embarazo, mientras que el 26.4% negó tal hecho.

En cuanto a los factores sociodemográficos en una relación bivariada se encontró que solo el estado civil y las relaciones coitales presentan una asociación estadística significativa. En particular las gestantes que conviven con sus parejas presentaron el mayor porcentaje de tener relaciones coitales, al igual que la investigación realizada por Macedo ML (27).

Esto llevaría a entender que solo el estado civil sería un factor influyente en las gestantes para tener relaciones sexuales; pero al evaluar de manera más significativa el presente estudio se puede observar que al establecer una relación multifactorial; donde se realizó una regresión logística binaria quiere decir el análisis simultáneo de más de una variable independiente con la variable dependiente; se encontró que son dos los indicadores influyentes. El estado civil y el grado de instrucción son los indicadores sociodemográficos que influyen en las relaciones coitales durante el embarazo. Por lo tanto se muestra que las gestantes casadas tienen 3.51 veces más probabilidad de tener relaciones coitales durante el embarazo y las que tienen grado de instrucción superior técnico tienen 5,54 veces más probabilidad de tener relaciones coitales. De la misma manera que indica Macedo ML (27) donde se sugiere que las mujeres con niveles de educación superior pueden sentirse más empoderadas para mejorar su vida, incluyendo su vida sexual, en comparación con aquellas que tienen menos estudios, quienes podrían ser más vulnerables.

El resto de los factores sociodemográficos como lugar de nacimiento, ocupación o

privacidad en la habitación no tendrían ninguna asociación estadística con las relaciones coitales; a diferencia de Chávez DL (3) que en su estudio “Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2023”, indica que la privacidad es un elemento clave para el desarrollo completo de la intimidad en pareja, ya que su falta podría llevar a la represión de los sentimientos dentro de ella.

Respecto a los factores biológicos según la prueba de chi cuadrado se identificó que el número de hijos (al menos uno) y las relaciones coitales tienen una asociación estadística, esto resaltaría que las mujeres anteriormente embarazadas mantendrían relaciones sexuales durante el periodo de gestación ya habiendo tenido experiencias anteriores, a diferencia de Mogrovejo B, Matute P y Darío A. (24) en su estudio “Frecuencia y factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres adscritas al Centro de Salud Carlos Elizalde. Cuenca – Ecuador, 2021”, donde indican que 35,8% de las mujeres embarazadas no tenían hijos previos.

Acerca de las semanas de gestación a pesar de no tener asociación estadística, se pudo observar que el mayor porcentaje de gestantes tuvo relaciones coitales en el tercer trimestre de embarazo (27 a 40 semanas). En cuanto a la planificación del embarazo actual menos de la mitad refirió no haberlo hecho, al igual que Mogrovejo B, Matute P y Darío A. (24), en su estudio refieren que solo el 38.9% habían planificado su embarazo.

Y según la regresión logística binaria empleada para estos factores no se ha encontrado ningún indicador biológico que influya en las relaciones coitales durante el embarazo.

En el presente estudio también se mostró que todos los ítems de las creencias en las gestantes según la prueba de chi cuadrado ninguno presento asociación estadística significativa con las relaciones coitales; sin embargo se pudo identificar que más de la mitad de las gestantes encuestadas indicaron que no habían recibido información sobre relaciones sexuales durante el embarazo; pero a pesar de eso mantenían relaciones coitales con su pareja durante este tiempo, al igual que Macedo ML. (27)

en su estudio Factores Maternos Asociados a las Características de la Función Sexual en Gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola, Arequipa. Enero- Febrero. 2017, mostro que el no recibir información sobre las relaciones sexuales por parte de personal de salud encargado durante el embarazo predomino con un 83.3%. Y sobre la creencia de hacer daño al feto durante las relaciones coitales, la mayoría indicó una respuesta afirmativa al igual del estudio realizado por Jaramillo MI, Colonia A, Posada GI, Uribe M. (25) denominado “Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. 2021”, donde refieren que al evaluar sobre la creencia de un posible daño al feto con las relaciones sexuales, la respuesta fue positiva en el 85% de las madres.

Es fundamental aclarar que el ítems de información sobre relaciones coitales que no forma parte del indicador de creencias en este estudio. Es decir, el hecho de que una gestante haya recibido orientación, información médica o educación sobre el tema no implica necesariamente que posea una determinada creencia personal al respecto. El indicador de información se refiere únicamente a los contenidos que han sido brindados por personal de salud, y no refleja las convicciones, actitudes o valores individuales de las pacientes. Por lo tanto, debe entenderse como un aspecto externo al sistema de creencias, enfocado más bien en la educación o el acceso a conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

Según la regresión logística binaria empleada para este indicador se ha encontrado que la información brindada sobre las relaciones coitales y la obligación que sienten algunas gestantes en cumplir sexualmente a su pareja influyen en las relaciones coitales durante el embarazo. Así mismo se muestra que las gestantes que no recibieron información sobre las relaciones coitales tienen 3.47 veces más probabilidades de tener relaciones coitales durante el embarazo y las gestantes que se sienten obligadas a tener relaciones tienen 20.21 veces probabilidades de tener relaciones coitales. Es en este punto del estudio donde nos damos cuenta que es preocupante la poca o casi nula información que se le brinda a las gestantes sobre relaciones sexuales, especialmente en consultas externas (controles prenatales); donde las obstetras tienen el mando y el poder de lograr cambiar esta problemática, así como también una de las cosas más importantes es empoderar a las mujeres para

que puedan ejercer su derecho a la sexualidad libremente sin ser presionadas por la pareja.

En términos generales se ha podido establecer que con una relación estadística bivariada con los indicadores y la variable dependiente no se encontró mucha influencia estadística, al observar tal hecho se procedió a realizar una regresión logística binaria; donde se obtuvo los resultados que dos indicadores al mismo tiempo evaluados si influyen con la variable dependiente.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Con referencia a los factores sociodemográficos, las gestantes atendidas en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata son de estado civil conviviente en un mayor porcentaje, en casi la mitad de ellas tienen un tiempo de unión con la pareja más de cinco años, la gran mayoría tienen la secundaria completa y actualmente residen en Arequipa; predominó la religión católica, la ocupación demuestra que un poco más de la mitad son amas de casa y en un pequeño pero significativo porcentaje se identificó que algunas gestantes sufren de violencia física, verbal y familiar.

SEGUNDA: Según los factores biológicos, una gran parte de gestantes encuestadas se encuentran en edad fértil, menos de la cuarta parte de ellas presento sobrepeso; en paridad predominan las nulíparas, la mayoría de las gestantes no tuvo partos vaginales y tampoco tuvieron cesárea, poco más de la mitad se encontraba en el tercer trimestre de gestación; un gran porcentaje no planificó el embarazo actual y tampoco tiene antecedentes de abortos al igual que no tuvieron complicaciones en el embarazo anterior.

TERCERA: En cuanto a las creencias, la falta de información sobre relaciones coitales a las gestantes predominó en la gran mayoría, de la misma forma que las embarazadas negaron creer que las relaciones coitales durante este período podría causarle algún daño al feto y/o complicación durante el embarazo o parto. Casi todas las encuestadas no tienen impedimento por parte de su religión para disfrutar su vida sexual; un pequeño porcentaje pero significativo, se sintieron obligadas a cumplir sexualmente con su pareja.

CUARTA: En los factores sociodemográficos asociados a las relaciones coitales en gestantes del C.S. Ampliación Paucarpata según la prueba de chi cuadrado el estado civil es el único indicador que muestra una influencia estadística significativa ($p < 0.05$); pero en la regresión logística binaria se identifica que es el estado civil casada y el grado de instrucción secundaria

completa son los factores que influyen al mismo tiempo en las relaciones coitales. En los factores biológicos en el análisis bivariado se encontró que el número de hijos y las relaciones coitales tienen asociación estadística significativa ($P < 0.05$).

Y finalmente según la prueba de chi cuadrado sobre los indicadores de creencias asociadas a las relaciones coitales no presentó asociación estadística; sin embargo, en la regresión logística binaria se encontró que la falta de información y la obligación que sufren algunas gestantes a cumplir sexualmente con su pareja están asociadas a las relaciones coitales.



RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a la Micro red Ampliación Paucarpata que se priorice realizar el trabajo en equipo y prestar la atención integral que se merecen las usuarias para poder identificar cualquier tipo de violencia o factor de riesgo en el que se puede encontrar la gestante. Implementar talleres donde se empodere a las mujeres sobre los derechos y violencia tanto física como verbal.
2. Se recomienda al Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Ampliación Paucarpata que se refuerce las consejerías en planificación; para disminuir los embarazos no planificados y que se incremente las consejerías y atenciones preconcepcionales; para educar a las parejas antes del embarazo.
3. A las obstetras del Servicio e internas de Obstetricia se recomienda dar más importancia a la educación y el acceso de información adecuada sobre relaciones sexuales durante el embarazo para las gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia especialmente en los controles prenatales, se sugiere que durante los cursos de psicoprofilaxis que se brinda en el C.S. Ampliación Paucarpata se refuerce la información sobre la sexualidad en el embarazo a la gestante y su pareja; enfatizando las relaciones coitales durante los tres trimestres.
4. Para futuros investigadores se recomienda realizar estudios adicionales que exploren otros factores asociados a las relaciones coitales durante la gestación en diferentes contextos para poder proporcionar una atención de calidad en los servicios de salud por parte de personal capacitado y muy bien formado para mejorar la captación de usuarias especialmente en el servicio de Obstetricia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hidalgo P, Pérez S, Jiménez A. Factors Associated with Postpartum Sexual Dysfunction in Spanish Women: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med*. (internet) 2022 (citado el 10 de julio de 2024) 2; 12(6):926. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9225642/>.
2. García M, González A, Llibre J, García L, Perera O. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. *Rev Cubana Obstet Ginecol (Internet)*. 2019 Mar (citado 2024 julio 10); 41(1): 39-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100005&lng=es.
3. Flickr S es. Información sobre el embarazo (Internet). 2020 (citado el 10 de julio de 2024). Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
4. Diccionario de cáncer del NCI (Internet). *Cáncer.gov*. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>
2. Azaña S. ¿Las relaciones sexuales durante el embarazo afectan al bebé? (Internet). *Reproducción Asistida ORG*. 2023 (citado el 10 de julio de 2024). Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/relaciones-de-pareja-en-el-embarazo/>
3. Chávez Pino DL. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2023. *ción sexual en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2023 [Internet]*. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ad235fdb-d1bc-4286-9b71->

aed711c5b87c

4. Mora L. Estereotipos de género asociados al deseo sexual en gestantes del Centro de Salud Carlos Elizalde 2018. Repositorio de Universidad de Cuenca. (Internet) 2019 (citado el 11 de julio del 2024) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33003/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>.
5. Romano S, Martins J, Aparecida I. Predictive Factors for the Risk of Sexual Dysfunction in Climacteric Women: Population-based Study. J Sex Med. (internet) 2022 (citado el 11 de julio 2024) 19(10):1546-1552. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35931606/>.
6. Fuchs A, Czech I, Sikora J. Sexual Functioning in Pregnant Women. Int J Environ Res Public Health. (internet) 2019 (citado el 11 de julio del 2024) 30; 16(21):4216. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862185/>.
7. Naciones Unidas. ¿Qué es el maltrato en el hogar? | Naciones Unidas. [citado el 1 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
8. Romero MG. Sexualidad en el periodo gestacional [Internet]. [España]: Universidad de Cádiz; 2019. (citado el 11 de julio del 2024) Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/16645/Sexualidad%20en%20el%20periodo%20gestacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Castelo C. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Madrid UAI, Panamericana EM, editores. 2005
10. Santos Ortíz AL. Factores biológicos y socioculturales asociados a la sexualidad de las gestantes del Centro de Salud Leoncio Prado de Tacna, 2021

- [Internet]. (citado el 12 de julio de 2024) [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3792>
11. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Acerca del índice de masa corporal para adultos [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2022 [citado el 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
 12. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. En: McGraw Hill Medical 2017.
 13. Parto eutócico [Internet]. Hospitallazarzuela.es. [citado el 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitallazarzuela.es/es/especialidades-adultos-maternidad/parto/parto-eutocico.php>
 14. Edad gestacional [Internet]. (citado el 1 de octubre de 2024). Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad-gestacional>
 15. Sexualidad durante el embarazo: mitos y beneficios [Internet]. Mindic Psicólogos Elche. (citado el 12 de julio de 2024). Disponible en: <https://www.mindicsalud.com/blog/sexualidad-durante-el-embarazo-mitos-y-beneficios>
 16. Alonso LM, Pérez MA, Arias C, Figueroa N, Gamarra C, Martínez A, Sánchez L, Toscano A. Características Biopsicosociales y Frecuencia de relaciones Sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Red Rev. Cient Am Lat. El Caribe España Port [Internet]. 2023 (citado el 12 de julio del 2024); 18 (18): 8-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701803>
 17. Chuquimia C, Villalta M, Laydy M, Prácticas sexuales durante el embarazo de las parejas alto andinas de Urubamba - 2023 [Internet]. (citado el 12 de julio del

- 2024)Universidad Andina del Cuzco; 2023. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12557/5987>
18. Torres Oleque S L. El deseo sexual durante el embarazo. - Clinica Parc Central 2018 [Internet]. Clinicaparcentral.com. Clinica Parc Central – Eco 4d Valencia; (citado el 12 de julio de 2024). Disponible en:
<https://clinicaparcentral.com/deseo-sexual-durante-el-embarazo/>
19. Maiellano B. Interpretación de los cambios en la conducta sexual de la mujer durante el embarazo. JONNPR [Internet]. 2020 (citado 12 de julio de 2024); 5 (10): 1106 - 1117. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529850X2020001000004&lng=es.Epub28-Mar-2022.
20. Pérez IMN. Orgasmo femenino: caracterización en mujeres con embarazo de alto riesgo 2022 Universidad Central de Venezuela [Internet]. (citado el 13 de julio de 2024) [Caracas]. Disponible en:
http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/22085/1/Israelys%20Nu%c3%b1ez_fin_alpublicacion.pdf..pdf
21. Salcedo E, Vargas D, Erick M. Conductas Sexuales durante el Embarazo en Mujeres Gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015 [Internet]. [Arequipa – Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2016. (citado el 13 de julio de 2024). Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/5338>
22. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. Vol. 2. Boston: Little Brown and company; 1966. (citado 13 de julio de 2024).
23. Chalco Luza SJ, Salvador Carranza MP. Satisfacción Sexual: Una revisión de literatura científica. J Neurosci Salud Pública [Internet]. 2022; 2(1):187–96. (citado el 13 de julio de 2024) Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.46363/jnph.v2i1.3>

24. Mogrovejo B, Matute P, Darío A. Frecuencia y factores asociados de alteraciones en la respuesta sexual durante el embarazo en mujeres adscritas al Centro de Salud Carlos Elizalde. Cuenca – Ecuador, 2021 [Internet]. (citado el 14 de julio de 2024) [Ecuador]: Universidad de Cuenca; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/37171>
25. Jaramillo MI, Colonia A, Posada GI, Uribe M. Factores asociados a disfunción sexual durante el embarazo: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. Revista Facultad Ciencias de la Salud [Internet]. 2021; 23(1). (citado el 13 de julio de 2024). Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1626/1494>
26. Sologuren-García G, Linares CL., Flores R., Mejia R. Ejercicio de la sexualidad en gestantes de Tacna. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Dic (citado el 30 de setiembre 2024); 85(6): 584-594. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600584&lng=es.
27. Macedo Orihuela ML. Factores Maternos Asociados a las Características de la Función Sexual en Gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola, Arequipa. Enero-Febrero. 2017 [Internet]. (citado el 30 de setiembre 2024); Universidad Católica de Santa María; 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6578>



ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador responsable:

- Fátima Mercedes Gutiérrez Vigil

Título del Proyecto: “FACTORES ASOCIADOS A LAS RELACIONES COITALES DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA, AREQUIPA, 2024.”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito de determinar los factores sociodemográficos, biológicos y creencias de las mujeres de 18 a 35 años asociados a relaciones coitales durante el periodo de gestación en el centro de salud Ampliación Paucarpata, Arequipa, 2024.

Al participar tengo total conocimiento de los objetivos y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Tengo conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora.
3. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.
4. Podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
5. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
6. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Investigadora Responsable

Participante

DNI:

DNI:

ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El contenido de las preguntas es confidencial y será manejado solamente por la Bachiller en Obstetricia Fátima Mercedes Gutiérrez Vigil. Se le ruega a usted responder con absoluta sinceridad a las preguntas que se le realice en esta entrevista.

DATOS GENERALES

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS GESTANTES

1. **Estado civil:**
 Soltera Soltera (pero con pareja) Conviviente Casada
2. **Tiempo de unión con su pareja:**
 Menos de 1 año De 1 a 2 años
 Más de 3 años Más de 5 años
3. **Grado de instrucción:**
 Sin instrucción Primaria completa Primaria incompleta
 Secundaria completa Secundaria incompleta
 Superior universitario Superior no universitario
4. **Lugar de nacimiento:**

5. **Lugar donde paso el mayor tiempo de su vida:**

6. **Lugar donde vive actualmente:**

7. A tenido relaciones sexuales durante el embarazo: No Si
8. Sientes tener privacidad en tu dormitorio para tener relaciones sexuales con tu pareja. (Si su respuesta fue afirmativa pasar a la pregunta 10, en caso contrario contestar la pregunta 9): No Si
9. **¿Por qué?**
 Comparto la habitación con otros familiares. Especificar
 El material de construcción del dormitorio no favorece la privacidad.
 El dormitorio se encuentra en un área poco privado del hogar. Otros:
10. **Religión que profesa:**
11. **Ocupación:**
 Ama de casa Estudiante Independiente Dependiente
12. Durante este embarazo su pareja le ha levantado la mano o golpeado en alguna parte del cuerpo: No Si
13. Durante su embarazo ha recibido insultos, ofensas o gritos por parte de su pareja: No Si
14. Durante este embarazo algún integrante de su familia es violento frecuentemente con usted: No Si

II. DATOS BIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES

15. Edad:
16. Peso:
17. Talla:
18. Número de Hijos:
19. Número de partos vaginales:
20. Número de partos por cesárea:
21. Semanas de gestación: () 1 a 13 semanas () 14 a 26 semanas
() 27 a 40 semanas
22. Su embarazo fue: () No planificado () Planificado
23. Antecedentes de aborto: () No () Aborto provocado
() Aborto espontáneo () Aborto Involuntario () Otros. Especificar:
24. ¿Tuvo complicaciones o problemas de salud en el embarazo anterior?
() No () I trimestre () II trimestre () III trimestre

III. DATOS SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS GESTANTES

25. Recibió información o consejería sobre las relaciones sexuales durante este embarazo, por parte de algún personal de salud: () No () Si
26. Piensa que al tener o cuando tiene relaciones sexuales puede causar algún daño a su bebé: () No () Si
27. Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el embarazo: () No () Si
28. Piensa que el tener relaciones sexuales podría ocasionar alguna complicación durante el parto: () No () Si
29. Considera que la mujer tiene toda la obligación de cumplirle sexualmente al marido inclusive no teniendo deseos de tener intimidad con Él:
() No () Si
30. ¿Su religión que profesa le ha impedido disfrutar de su vida sexual?
() No () Si

ANEXO 03: MAPA



ANEXO 04: AUTORIZACIÓN



"AÑO DEL BICENTAENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y ATACUCHO"

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MEMORANDUM N° 1789 -2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP.

A : LIC. BEATRIZ BERNEDO MALAGA
JEFA DE LA MICRORED DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA

ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA : DOC. N° 7551935, EXP. N° 4668746

FECHA : AREQUIPA, 11 DE NOVIEMBRE DEL 2024

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a **FATIMA MERCEDES GUTIERREZ VIGIL** estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la *Universidad Católica de Santa María*, quien realizará su trabajo de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A LAS RELACIONES COITALES DURANTE LA GESTION EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA, AREQUIPA-2024" en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, durante el mes de noviembre 2024, debiendo coordinar con el responsable de Personal, sobre los horarios para la realización de las mismas.

Sin otro particular, agradeceré brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Mag CARLOS YOVANI CLUYA MAMANI
CMP 22096 RNE 11040
DIRECTOR EJECUTIVO

CYCM/C/CG/ED/JP/abc..

Se adjunta Doc. N°

SISGEDO Reg. Doc: 5006381

Folio : (01)

Reg. Expediente: 46668746

Recibido el 12/11/24

Mag. Beatriz Bernedo Malaga
JEFE
C.O.P. N° RNE 2110-E-01

ANEXO 05: MATRIZ DE DATOS

	R E L	C U	V S	V E	V M	V 6	E D A	IMC	N H J	P V A	P C E	S E M	EM B R	A B	CV2 C M	INFO RMA CION	DAÑ O.B EBE	CC MF LIC.	C M	OE LIC ACI	IMP EDI MEN.
1	2	1	2	2	2		2	1	4	4	4	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2		3	2	2	2	4	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1
3	1	3	2	2	2		3	2	2	2	4	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2
4	1	3	2	2	2		3	1	3	4	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1
5	1	1	2	2	2		2	1	4	4	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
6	2	1	2	2	2		2	1	4	4	4	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2
7	1	1	2	2	2		1	1	2	2	4	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2
8	1	1	2	2	2		3	1	2	2	4	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2
9	2	4	2	2	2		3	1	1	1	4	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
10	1	1	2	2	2		2	2	1	1	4	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2
11	1	2	2	2	2		2	1	4	4	4	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
12	3	1	1	1	2		3	2	1	1	4	3	2	3	1	1	1	1	1	2	2
13	1	3	2	2	2		3	1	4	4	4	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2
14	1	1	2	2	2		1	1	1	1	4	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
15	1	3	2	2	2		3	2	4	4	4	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
16	1	1	2	2	2		2	2	1	1	4	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2
17	1	4	2	2	2		2	1	1	1	4	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
18	1	3	2	2	2		2	2	1	1	4	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2
19	1	3	2	2	2		2	1	1	1	4	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
20	1	4	2	2	2		1	1	4	4	4	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2
21	1	4	2	2	2		1	1	4	4	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
22	1	1	2	2	2		2	1	4	4	4	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2
23	1	1	2	2	2		2	1	1	1	4	3	2	5	1	2	2	2	2	2	2
24	1	4	2	2	2		1	1	4	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2
25	1	4	2	2	2		1	1	4	4	4	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2
26	2	2	2	2	2		3	1	2	1	1	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
27	1	1	2	2	2		2	1	4	4	4	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
28	1	1	2	2	2		3	1	2	2	4	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2
29	1	2	2	2	2		1	1	1	1	4	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2
30	3	2	2	2	2		3	1	2	1	1	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
31	3	1	2	2	2		2	1	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2
32	1	1	2	2	2		1	1	4	4	4	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2
33	1	1	2	2	2		3	2	2	2	4	3	2	3	2	2	1	1	1	2	2
34	1	1	2	2	2		1	1	4	4	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
35	1	1	2	2	2		2	1	1	1	4	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1
36	1	3	2	2	2		2	2	4	4	4	3	2	3	3	1	1	1	1	2	2
37	1	1	2	2	2		3	1	1	1	4	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
38	1	3	2	2	2		1	1	4	4	4	3	2	1	2	1	1	1	1	2	2
39	1	1	2	1	1		1	1	4	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2
40	1	3	2	2	2		2	1	1	1	4	3	2	1	1	2	1	1	2	2	2
41	1	1	2	2	2		2	1	1	1	4	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2
42	3	1	2	2	2		2	1	1	4	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
43	1	1	2	2	2		2	1	1	4	1	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2

	R E L	C U	V S	V E	V M	V 6	E D A	IMC	N H J	P V A	P C E	S E M	EM B R	A B	CV2 C 6	INFO RMA CION	DAÑ O B EBE	CC M F LIC.	C C M	OE LIC ACI	IMP EDI MEN.
44	2	4	2	2	2		3	1	1	1	4	3	1	3	2	1	2	2	2	2	2
45	1	3	2	2	2		2	1	1	1	4	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
46	1	1	2	2	2		3	1	1	1	4	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2
47	1	3	2	2	2		2	1	1	4	1	3	1	3	2	2	1	1	2	2	2
48	1	4	2	2	2		3	2	2	2	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
49	3	3	2	2	2		1	2	4	4	4	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2
50	1	1	2	2	2		3	1	3	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2
51	1	3	2	2	2		3	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
52	1	1	2	2	2		2	2	1	4	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2
53	1	4	2	2	2		3	2	1	1	4	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2
54	1	3	2	2	2		2	1	4	4	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
55	1	1	2	2	2		2	1	3	3	4	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2
56	1	1	2	2	2		3	2	2	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2
57	1	1	2	2	2		3	1	3	2	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2
58	2	1	2	2	2		2	2	1	1	4	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2
59	1	3	2	2	2		3	1	2	2	4	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
60	3	1	2	2	2		2	1	4	4	4	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
61	1	1	2	2	2		2	1	1	1	4	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2
62	1	2	2	2	2		2	1	4	4	4	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2
63	1	1	2	2	2		1	2	4	4	4	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2
64	1	1	2	2	2		3	2	4	4	4	3	2	1	1	1	1	2	2	2	2

	R E L	C U	V S	V E	V M	V 6	E D A	IMC	N H J	P V A	P C E	S E M	EM B R	A B	CV2 C 6	INFO RMA CION	DAÑ O B EBE	CC M F LIC.	C C M	OE LIC ACI	IMP EDI MEN.
65	1	1	2	2	2		1	1	4	4	4	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2
66	1	1	2	2	2		3	2	3	2	1	2	2	4	1	2	1	1	1	1	1
67	1	1	2	2	2		3	1	1	1	4	3	2	2	1	2	1	1	2	2	2
68	1	2	2	2	2		1	2	4	4	4	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2
69	3	3	2	2	2		2	1	1	1	4	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2
70	1	1	2	2	2		3	2	2	2	4	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2
71	1	1	2	2	2		2	1	1	1	4	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2
72	3	1	2	2	2		1	1	4	4	4	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2
73	1	1	2	2	2		1	1	4	4	4	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2
74	1	1	2	2	2		3	1	1	4	1	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2
75	1	2	2	2	2		2	1	2	2	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
76	1	3	2	2	2		1	1	4	4	4	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2
77	1	2	2	2	2		3	3	3	2	1	3	2	1	4	2	2	2	2	2	2
78	1	1	2	2	2		2	1	1	1	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
79	1	1	2	2	2		3	1	2	2	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
80	1	1	2	2	2		2	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2
81	1	2	1	1	1		2	1	4	4	4	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2
82	2	3	2	2	2		2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2
83	1	2	2	1	2		2	2	1	1	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
84	1	1	2	2	2		3	1	1	4	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
85	2	1	2	2	2		3	1	2	2	4	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2
86	1	3	2	2	2		1	1	1	1	4	2	2	3	1	2	1	1	1	2	2

	R E L.	C U.	V S.	V F E.	V F M.	V F 6.	E D A.	IMC	N H J.	P V A.	P C E.	S E M.	EM B R.	A B.	CV2 C M.	INFO RMA CION	DAÑ O B EBE	CC M F L.	C M.	OE L I C A C	IMP E D I M E N.	
87	1	1	2	2	2	.	3	1	3	3	4	2	2	1	2	.	2	1	1	1	2	2
88	1	1	2	2	2	.	2	1	1	1	4	2	2	3	1	.	2	1	1	1	2	2
89	1	1	2	2	2	.	3	2	2	2	4	3	1	1	1	.	1	2	2	1	2	2
90	1	1	2	2	2	.	3	2	2	1	1	3	2	1	1	.	2	2	2	2	2	2
91	3	2	2	2	2	.	2	1	2	2	4	3	1	1	1	.	1	2	2	2	2	2
92	2	3	2	2	2	.	2	2	2	2	4	3	2	3	1	.	2	1	2	2	2	2
93	1	1	2	2	2	.	3	1	2	2	4	3	2	1	1	.	2	2	2	2	2	2
94	3	3	2	2	2	.	3	1	1	4	1	2	1	1	1	.	2	1	1	1	2	2
95	2	1	1	1	1	.	1	1	4	4	4	3	2	2	1	.	2	2	2	2	2	2
96	1	2	2	2	1	.	1	1	1	1	4	3	2	1	1	.	1	1	1	1	2	2
97	1	3	2	2	2	.	1	1	1	4	1	3	2	1	1	.	2	1	2	2	2	2
98	3	3	1	1	2	.	3	1	2	2	4	3	1	3	2	.	2	2	2	2	2	2
99	1	3	2	2	2	.	2	1	4	4	4	3	2	1	1	.	2	2	2	2	2	2
100	1	2	2	2	2	.	2	1	4	4	4	3	2	1	1	.	2	2	2	2	2	2
101	1	1	2	2	2	.	2	1	2	2	4	3	2	1	1	.	2	2	2	1	2	2
102	1	1	2	2	2	.	2	1	1	1	4	3	1	1	1	.	2	2	2	2	2	2
103	1	4	2	2	2	.	1	2	4	4	4	2	2	1	1	.	2	1	1	1	2	2
104	1	3	2	2	2	.	2	1	1	1	4	2	1	1	1	.	2	1	2	2	2	2
105	1	3	2	2	2	.	3	1	2	2	4	3	2	1	1	.	2	1	2	1	2	2
106	1	3	2	2	2	.	3	1	2	1	1	3	1	1	1	.	2	1	2	2	2	2
107																						

