

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela profesional de Obstetricia y Puericultura



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.

Tesis presentada por:

Bach. Salcedo Eguia, Darely Andrea

Bach. Vargas Serruto, Erick Manuel

Para optar el Título Profesional de:

Licenciado en Obstetricia

Arequipa- Perú

2016

Este trabajo y toda mi carrera se la dedico primero que todo a Dios y a mi familia, por su ayuda incondicional durante la realización del mismo, y estar en los momentos más difíciles durante este periodo.

A mi mamá y gran amiga **Marieta**, por ser mi ejemplo de superación, por tu esfuerzo para que mi proyecto se haga realidad, quiero que sepas que todo lo que soy y he logrado hasta estos momentos es gracias a ti. Por darme lo que aún no posees para que yo salga adelante y espero que te sientas orgullosa de mi.

A mi papá **Víctor**, que aunque ya no estés conmigo, hiciste lo que pudiste para que saliéramos adelante. Gracias por aquellas sabias palabras por las que hoy por hoy soy lo que soy gracias a ti. Sé que estarás bendiciéndome desde donde estés.

A mi hermana **Stephanie**, gracias por darme tu apoyo en este arduo camino, te quiero, eres una persona muy especial.

Y sobre todo a **Erick**, la ayuda que me has brindado ha sido muy importante, estuviste en los momentos y situaciones más difíciles, fuiste muy motivador y esperanzador para mí, gracias por culminar este proyecto junto. Te amo.

- *Darely*

En primer lugar quiero agradecer a la **Universidad Católica De Santa María** por haberme dado la oportunidad de formar parte de sus filas. A nuestra asesora la **Dra. Janet Escobedo** por su tiempo y dedicación para ayudarnos a sacar adelante este proyecto.

Un agradecimiento muy especial a mi papá **Luis**, gracias por el esfuerzo que día a día haces lejos de nosotros, y por enseñarme a ser perseverante, a darme siempre la prevalencia y a enseñarme que todo se puede y que nada es imposible siempre y cuando uno lo crea.

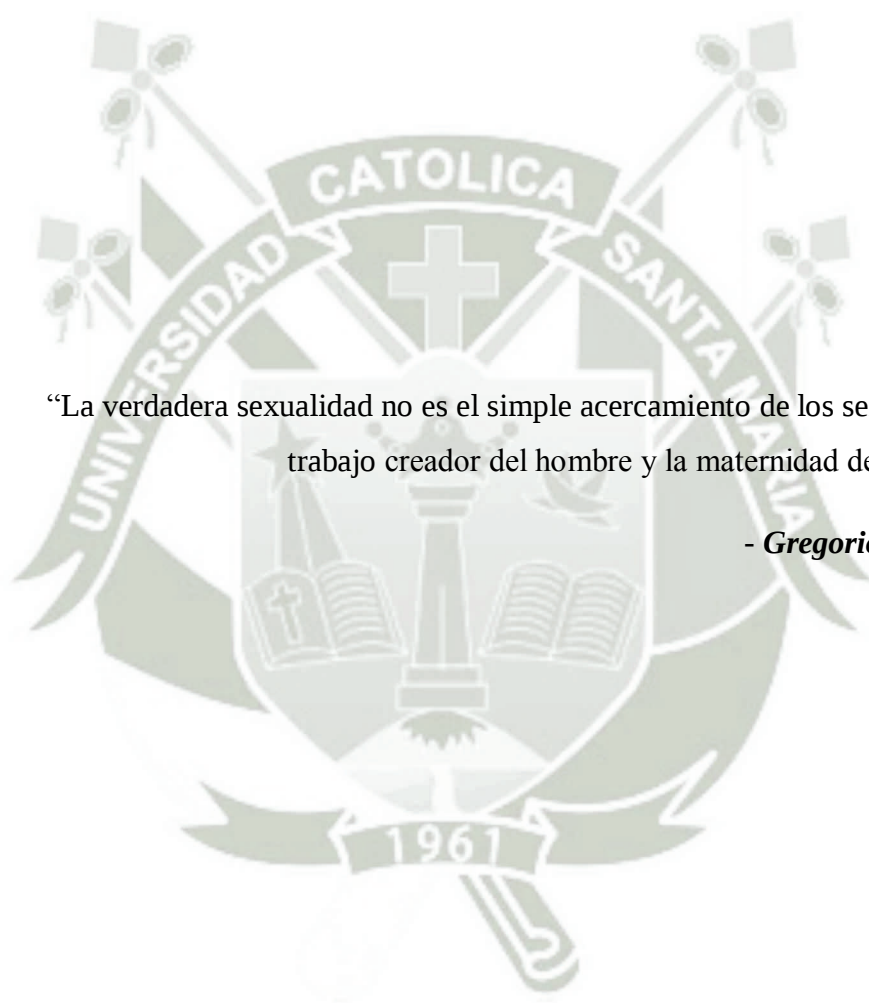
A mi mama, **María** gracias, por siempre estar conmigo como se diría “TRAS MIO” y creer en mí darme la confianza, la constancia, y apoyarme siempre en todo lo que me proponía y gracias a tus enseñanzas soy lo que soy ahora.

A mi hermana **Paty**, gracias por sacarme una risa en esos momentos menos inesperados y también por esas tardes de molestia saber que podré contar contigo en las buenas y en las malas.

A mis abuelos y mis tíos por sus palabras de aliento.

A **Darely** por la ayuda que nos dimos para sacar adelante este proyecto y estar siempre juntos dándonos fuerza.

- **Erick**



“La verdadera sexualidad no es el simple acercamiento de los sexos, sino el trabajo creador del hombre y la maternidad de la mujer.”

- *Gregorio Marañón*

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCION	9
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEORICO.....	10
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	54
CAPITULO III RESULTADOS	59
DISCUSION Y COMENTARIOS	87
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	92
BIBLIOGRAFÍA	93
HEMEROGRAFIA.....	94
ANEXO N°1 INSTRUMENTO	98
ANEXO N°2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	103
ANEXO N°3 AUTORIZACION.....	104
ANEXO N°4 MATRIZ	91

RESUMEN

La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre las prácticas y actitudes sexuales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la sexualidad es un aspecto importante en la vida de toda pareja y más aún cuando se trata de procrear vida y formar una familia, por consiguiente, son muchos los factores que son propios en la etapa de la gestación que se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual, así como otras condiciones individuales las cuales ejercerán sobre esta.

Es por eso que nos vimos en la necesidad de investigar el conocimiento del comportamiento de las conductas sexuales de la pareja y más que nada de las mujeres en el periodo de gestación, por lo cual, decidimos realizar esta investigación entrevistando a 87 madres gestantes, la edad a considerar fue de 18 a más, que se encontraban en el tercer trimestre de gestación del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, en los meses de Octubre a Diciembre del 2015, que cumplieron con los criterios de selección.

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

durante las relaciones sexuales; hubo al menos dos tipos de posiciones practicadas durante la gestación, el hombre encima de la mujer (50,6%), el hombre y la mujer recostados de lado (46,0%).

En el presente trabajo comparativo, se encontró diferencias estadísticas significativas entre los trimestres de gestación con respecto a cada variable ($P < 0.05$).

En conclusión, existe variación de la conducta sexual a medida que progresa el embarazo, la mayoría no manifestó tener sentimiento de culpa y de las cuales practicaron diferentes posiciones conforme avanza el embarazo y solo un pequeño porcentaje en algún momento de su gestación si manifestó tener sentimiento de culpa, así como temor de dañar al feto, manifestaron molestias como el dolor, por lo cual, practicaron algún tipo de variante sexual y en relación a su pareja, este manifestó cambios ya que su deseo sexual fue disminuyendo progresivamente con el embarazo; por consiguiente, estos datos nos dan resultados sobre la poca información que tiene la embarazada del adecuado ejercicio de su función sexual y muchas veces el desconocimiento de este tema que tanta atención precisa.

PALABRAS CLAVES: Embarazo – conducta sexual – mujeres embarazadas.

ABSTRACT

The behavior of the women in front to maternity, the quality and/or absence of the couple, the cultural level and their expectations, as well as other individual conditions exert considerable pressure on the sexual practices and attitudes. However, it is important to bear in mind that sexuality is an important aspect in the life of every couple and even more when it comes to procreate life and form a family, therefore, there are many factors that are themselves at the stage of the pregnancy to be put into play to determine types of sexual behavior, as well as other individual conditions which shall exercise on this

That is why we need to investigate the knowledge of the behavior of the sexual behavior of the partner and more than anything of the women in the gestation period, therefore, decided to conduct this research by interviewing 87 expectant mothers, the age to consider was 18 to more, that were in the third trimester of gestation of the Obstetrics Service of the Health Centers of the micro-network Edificadores Misti, in the months of October to December 2015, which met the selection criteria.

A total of 87 expectant mothers that were in the third trimester of pregnancy; the age to consider to implement the survey was 18 to more years.

Taking into account the variables of this research, The sexual satisfaction was decreasing in the second quarter (57.5 %) until they did not wish to have sexual relations in the third quarter (54.0 %); The frequency of sexual intercourse was low in the third quarter (63.2%); sexual desire decreased (85.1%) in the third quarter; the changing sexual behavior of the couple has decreased (49.4%) in the third quarter to decide not to have sexual relations, the (87.4%) of pregnant women did not practiced any sexual variant; There were at least three discomfort during sexual relations, pain (31.0%), fatigue (19.5%) and uterine contractions (10.3%); the (42.5) of pregnant women think that having sex if you affect the fetus, being the infection (62.2%) the prevalent belief; the (66.7%) of pregnant women did not expressed have feelings of guilt during sexual relations; there were

at least two types of positions practiced during the gestation, the man above the women (50.6%), the man and the woman lying sideways (46.0%).

In this comparative work, we found statistically significant differences between the trimesters of pregnancy with respect to each variable ($P < 0.05$).

In conclusion, exist a variation of the sexual behavior as pregnancy progresses, the majority had not expressed have feelings of guilt and of which practiced different positions as advance pregnancy and only a small percentage at some point in their pregnancy expressed have feelings of guilt, as well as fear of harm to the fetus, expressed discomfort such as pain, by which, practiced some kind of sexual variant and in relation of their partner, this expressed changes since their sexual desire was decreasing progressively with the Pregnancy; so, these data give us results on the little information that has the pregnant woman of the proper exercise of their sexual function and many times the ignorance of this topic which is so precise attention.

KEY WORDS: Pregnancy - sexual behavior - pregnant women.

INTRODUCCION

El embarazo representa un evento trascendental en la vida de toda mujer, así como una situación compleja de estrés psicológico durante el cual se acompaña de un gran número de cambios fisiológicos, anatómicos, sociales y culturales. Todos estos cambios afectan individual o conjuntamente el desenvolvimiento de las diversas actividades realizadas por la mujer durante el embarazo, y en especial en la vida sexual y en las actitudes relacionadas.

El beneficio de la actividad sexual durante el embarazo así como sus posibles consecuencias, han estado sujetas durante largo tiempo, a una considerable especulación, en muchas ocasiones, la falta de conocimientos, conlleva a conductas negativas hacia esta actividad, por ejemplo, es muy común observar gestantes que prefieren obviar el sexo por evitar perjudicar al bebe, disminuyen su actividad sexual porque se sienten menos atractivas o simplemente piensan que el sexo durante la gestación no provoca la misma satisfacción sexual.

Estas conductas o actitudes que las gestantes adoptan influyen directamente en la relación con su pareja provocando cambios en el comportamiento sexual durante el embarazo, llevándolo a la práctica de manera equivoca, es decir disminuye la frecuencia de coitos, la capacidad orgásmica es diferente, etc., alterando en general su sexualidad.

Por lo cual es de vital importancia reconocer que la mujer continua siendo un ser sexual durante el periodo del embarazo y es por ello que se realiza la presente investigación con el fin de identificar sus debilidades en cuanto a temas de sexualidad logrando mejorar la calidad de atención que se brinda a las gestantes y su pareja.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

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.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) Área de conocimiento:

- **Campo:** Ciencias de la salud.
- **Área general:** Medicina humana.
- **Área específica:** Salud sexual y reproductiva.

b. Operacionalización de variables:

Variable independiente	Indicadores	Sub-indicadores
Conducta sexual	Satisfacción sexual	• Con la misma satisfacción • Con menos satisfacción • Con más satisfacción • No llega al orgasmo • No tuvo relaciones sexuales
	Frecuencia de las relaciones sexuales	• 4 veces por semana • 1 vez por semana • Cada 10 días • Cada 15 días • Cada 30 días • No tiene relaciones sexuales

	Deseo Sexual	• Aumentado • Disminuido • No cambio
	Cambio de comportamiento sexual de su pareja	• Disminuyo la frecuencia de relaciones sexuales • No deseo tener relaciones sexuales • Aumento la frecuencia de las relaciones sexuales • No refiere cambios
	Molestias	• Dolor • Fatiga • Sangrado vaginal • Contracciones uterinas

	Posición	• La postura del hombre encima de la mujer • La postura de la pareja recostados de lado • La postura de la mujer encima del hombre • La postura del hombre detrás de la mujer
	Variantes Sexuales	No practica ninguna variante sexual.
		Relaciones Anales
		Sexo oral hacia la mujer
		Sexo oral hacia el hombre
		Masturbación
		Masturbación hacia la pareja
		Masturbación mutua
	Creencias en que las relaciones sexuales afectan al feto	Aborto / Parto prematuro
		Rompen las bolsas
		Infecciones de las bolsas
		Hemorragias
		Asfixia al bebe
		Aplastan al bebe

	Sentimiento de culpa	Si
		No



c. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es la conducta sexual en cuanto a la satisfacción, frecuencia y deseo en los diferentes trimestres del embarazo en las gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre – Arequipa 2015?
- ¿Cómo es la conducta sexual en cuanto a las posiciones, variantes sexuales, molestias, creencias y sentimiento de culpa en los diferentes trimestres de embarazo de las gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre – Arequipa 2015?
- ¿Cuál es el comportamiento sexual de la pareja frente a los diferentes trimestres de embarazo de las gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre – Arequipa 2015?

d. Tipo de investigación

La investigación es de campo

e. Nivel de investigación

Se trata de un estudio descriptivo – comparativo.

1.3. Justificación del problema

- **Originalidad:** esta es una investigación que no fue realizada antes en el servicio de obstetricia de los centros de salud de la Micro Red Edificadores Misti, por lo cual es un trabajo de tesis original, el mismo que dará un aporte al conocimiento de las conductas sexuales en la mujer gestante, en el servicio antes mencionado.

- **Relevancia científica:** este estudio nos permitirá conocer los grandes beneficios de las relaciones sexuales en relación al vínculo afectivo de las parejas durante el periodo de gestación, así mismo, los cambios que se producirán en la gestante para la preparación de su parto.

- **Utilidad metodológica:** esta investigación contribuirá a una mejor orientación de la sexualidad en las mujeres gestantes, logrando así una mejor calidad en su vida sexual durante el periodo de gestación.

- **Práctica social:** el estudio nos permitirá solucionar de manera eficaz todo lo relacionado a las conductas sexuales durante el periodo de gestación y de esta manera brindar una mejor calidad de atención para la usuaria.

- **Interés personal:** este estudio será un apoyo al conocimiento de la gestante en la etapa de gestación y así poder brindarles una mejor atención de calidad a la gestante.

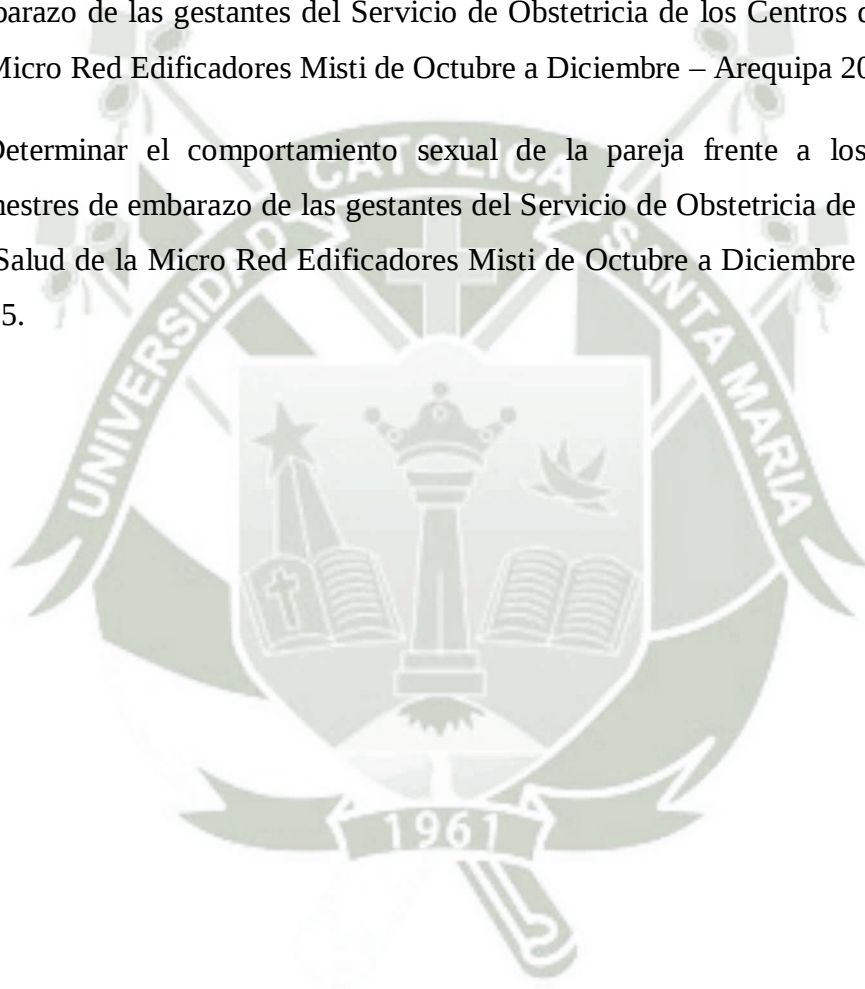
Finalmente la institución a la cual se le aportara esta investigación, se verá favorecida por la calidad de atención en la gestante, produciendo un impacto favorable en las usuarias del área de obstetricia.

- **Contribución con el conocimiento:** esta investigación ayudara a identificar las inquietudes y dudas que las gestantes tengan en relación a la sexualidad y así mejorar su calidad de vida.

- **Factibilidad:** este estudio se podrá realizar de manera adecuada, ya que se cuenta con una población dispuesta a colaborar con la investigación. Los datos serán obtenidos de manera directa por encuesta personalizada, confidencial y anónima.

1.4. Objetivos

- Determinar las variaciones de las conductas sexuales en cuanto a la satisfacción, frecuencia y deseo en los diferentes trimestre de embarazo de las gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre – Arequipa 2015.
- Reconocer las conductas sexuales en cuanto a posiciones, variantes sexuales, molestias, creencias y sentimiento de culpa en los diferentes trimestres de embarazo de las gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre – Arequipa 2015.
- Determinar el comportamiento sexual de la pareja frente a los diferentes trimestres de embarazo de las gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre – Arequipa 2015.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. CONDUCTA

La conducta está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida, por lo cual, es el modo en el que una persona toma actitudes como un comportamiento por las acciones que desarrolla frente a los vínculos y estímulos de su entorno, a lo largo de su vida.

Según Freud, creía que la conducta del individuo era algo dinámico, producto de fuerzas contrapuestas. Consideraba que toda conducta estaba motivada por uno o más instintos fisiológicos innatos. Opinaba que algunas conductas satisfacían directamente los instintos, mientras que otras lo hacían sólo indirectamente. En cualquier caso, el modelo de Freud era siempre la reducción del impulso, ya que toda conducta aspiraba de alguna forma a reducir la tensión fisiológica. Freud describió como los distintos instintos repercutían sobre la conducta poniendo especial énfasis en el sexual.¹⁵

2.1.2. CONDUCTA SEXUAL HUMANA

La conducta sexual humana es una parte importante de nuestra personalidad y como elemento esencial de nuestra imagen como individuos ya que la definen características biológicas, psicológicas, sociales y culturales; los mecanismos que intervienen son diversos y a menudo muy complejos, como establecer una relación con el sexo opuesto, buscar un compañero sexual, mostrar deseo sexual, entre otras.

El concepto "sexo" se relaciona habitualmente a la conducta sexual. Sin embargo, es importante tener en cuenta que son muchos los factores que incluyen, aparte de los biológicos que intervienen y son propios en la etapa de la gestación que se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual, así como otras

condiciones individuales las cuales ejercerán sobre esta, es por eso que, nos permitirá tener una visión del mundo y tener una relación con él para la supervivencia de nuestra especie y de la búsqueda del placer y sin duda influirá en el comportamiento sexual de la mujer.

2.1.3. SEXUALIDAD

Hablar de sexualidad no es lo mismo que hablar de relaciones sexuales y de sexo, ya que con frecuencia se confunden estos conceptos; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Damos por entendido que la sexualidad forma una parte importante de la personalidad humana, ya que su desarrollo dependerá de la satisfacción de estas necesidades; es por ello, que es esencial el desarrollar plenamente la sexualidad para nuestro bienestar individual y social. Es todo lo que una persona sienta o crea por el hecho de tener un cuerpo sea de varón o de mujer. ⁹

2.1.4. EMBARAZO

Lo que denominamos como embarazo o periodo de gravidez, (termino que proviene del latín “gravitas”), es el período que transcurre en el útero con la implantación del cigoto, hasta el momento del parto. Durante este periodo en el cuerpo de la mujer se producen significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos, que tienen el objetivo de proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. Desde ese momento en adelante, el embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). Durante los tres primeros meses de embarazo

se considera el periodo de más riesgo, en cuanto pueden producirse abortos espontáneos y por ende, al comenzar el último trimestre de embarazo, se considera que el feto poseerá la capacidad de sobrevivir fuera del útero por sí mismo.

Entre los síntomas más recurrentes y normales que anuncian este momento son: la ausencia del período menstrual o amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos, mareos, entre otros; lo que más comúnmente conocemos como antojos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.¹

2.1.5. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO

La sexualidad durante el embarazo se presenta favorecida debido a que existe intensificación de los sentimientos sexuales, además de que ciertos cambios anatómicos como la turgencia mamaria y la lubricación vaginal promueven y mejoran todas las etapas de la respuesta sexual y más aún en la mujer embarazada ya que el estímulo se logra rápidamente por el alto nivel de las hormonas circulantes, y la excitación total se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo.¹⁷

Hay determinados aspectos en nuestra sociedad en que la información es un poco difusa, ya que no es un tema muy hablado por considerarlo un poco tabú, y eso genera incertidumbre y ansiedad. Sin embargo, supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo.

La sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irrepetible, llegando a ser un sello personal de cada pareja, y es que para unos la

gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otros no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales y por tanto es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen nuevos sentimientos y emociones, tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia, es por ello que debe existir un proceso de aceptación y adaptación a él, y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos.

2.1.6. CONDUCTA SEXUAL EN EL EMBARAZO

Tamayo y Cols en el año 2003, en Chile, en su estudio titulado “Conductas sexuales durante el embarazo” hallaron que a medida que avanza el periodo gestacional, las gestantes experimentan disminución del deseo sexual y de la frecuencia coital, además tenían el temor de generar daño fetal al tener relaciones coitales durante el embarazo.¹⁹

Es importante tener en cuenta que son muchos los factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, que se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual durante el embarazo. La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre las prácticas y actitudes sexuales. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influyen en el comportamiento sexual de la mujer.

Cuando la mujer queda embarazada, su cuerpo inicia una serie de tremendos cambios fisiológicos que pueden afectar a cada mujer de manera diferente, y no solo en su sexualidad, sino en todo su estado de ánimo, lo que a su vez repercute sobre el deseo y disposición sexual en cada etapa del embarazo.¹⁰

2.1.7. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD

A lo largo de la historia la sexualidad femenina ha sufrido grandes cambios y es que en la vida de toda mujer, el embarazo representa una situación crítica desde el punto de vista endocrino, metabólico y afectivo, manifestándolo o expresándolo con modificaciones del comportamiento sexual. La impresión general, respecto a este tema, es que en el curso del embarazo disminuye la libido, la frecuencia de coitos, la capacidad orgásmica y la satisfacción sexual de la embarazada.¹⁰

Todos estos cambios afectan, cambian y modifican individual o conjuntamente el desenvolvimiento de las diversas actividades realizadas por la mujer durante el embarazo, pero no tan solo en ella pues también afecta al padre de la futura criatura y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer en comparación con el periodo previo al mismo.

Ello se debe, a que en muchas ocasiones, el cuerpo de la mujer atraviesa numerosos cambios físicos y hormonales que influyen enormemente en el grado de satisfacción sexual, por lo cual es necesaria la modificación de las técnicas y posturas sexuales.²

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

2.1.7.1. CAMBIOS FISICOS

En primer lugar nos encontramos con el aumento de volumen del útero grávido, que impide adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Conforme este aumenta se va produciendo una protrusión de las costillas inferiores y elevación de unos 4 cm del diafragma, que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres

disnea. Este crecimiento también influye sobre el sistema cardiovascular, ya que se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer la posición de decúbito supino o decúbito lateral derecho.

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

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

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pélvica uretral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias.

Está infección genital en uno o ambos conyugues contraindicaría las relaciones sexuales por riesgo a un posible aborto o parto prematuro. También, nos encontramos que al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria, lo que podría provocar intranquilidad en la gestante mientras mantiene relaciones.

Otro cambio que encontramos en el embarazo es una debilitación de los tejidos de la musculatura del suelo pélvico a causa de varios factores como el incremento del peso intra-abdominal, la hiperlaxitud de los tejidos debido a los cambios hormonales y la distensión de los tejidos por el paso del bebé en el momento del parto.⁸ Esta pérdida de tono en el suelo pélvico puede causar incontinencia

urinaria de esfuerzo, que se traduce en pequeñas pérdidas de orina al realizar algún tipo de esfuerzo (levantar peso, risas, saltar, bailar, etc.) y la necesidad de ir al baño más a menudo.

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

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

La mejor forma de trabajar la musculatura del suelo pélvico es realizar los ejercicios de Kegel. Estos se pueden realizar antes, durante y/o después del embarazo y ayudarán a tonificar los músculos de la zona genital, ayudando a prevenir incontinencia urinaria y prolapsos. Por otro lado, puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior. ^{19 y 3}

Y por último, nombraremos las alteraciones cutáneas. La más común es la presencia de cloasma (también llamado melasma o máscara del embarazo), así como la línea de alba y el oscurecimiento de las areolas debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los meloncitos. También pueden aparecer, dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer, estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso.

Estos cambios que se producen son de importancia, ya que de cierta manera pueden hacer sentir a la mujer poco atractiva y sensual para su pareja, por lo que repercutirá en mayor o en menor medida la calidad de su vida sexual y de relación de pareja.

2.1.7.2. CAMBIOS HORMONALES

Se han descubierto niveles medibles de HCG (hormona gonadotrofina corionica) 8 días después de la concepción, estos valores continúan aumentando con rapidez hasta alcanzar su máximo en el primer trimestre de embarazo lo cual puede contribuir a provocar las náuseas y vómitos asociados a este periodo.¹⁸

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

Otra hormona especialmente importante es el estrógeno, pues durante la primera parte del embarazo, la producción de estrógenos se encuentra a cargo del cuerpo lúteo. Posteriormente, la placenta y la corteza adrenal del feto son responsables de mantener elevados los niveles de estrógeno en la sangre materna, los cuales aumentan progresivamente durante todo el embarazo desde valores de 2 ng/ml durante el primer trimestre hasta 14 ng/ml al final del tercer trimestre. La importancia de los estrógenos es que contribuyen al crecimiento del útero y del tracto genital inferior durante la gestación y al desarrollo del sistema de conductos en las mamas.

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

Igualmente son responsables de generar el comportamiento o calor sexual de la mujer. ¹⁹

Es por eso que, tanto a la progesterona como a la prolactina se les han atribuido efectos negativos sobre la sexualidad, ya que de la misma forma en que la testosterona es una hormona que incita a la sexualidad, la prolactina es inhibidora de la misma, y es que al actuar inhibitoriamente sobre la testosterona, actúa negativamente sobre el deseo sexual.

2.1.7.3. CAMBIOS PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES

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

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que ésta, olvide su rol de seductora y seducida, y su pareja deje de verla como una amante. Es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual de sus miembros. ¹⁸

Por otro lado, el estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a las alteraciones físicas y a la incomodidad. ⁷

También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo. La edad de la gestante y las expectativas son fundamentales. Tampoco podemos dejar de nombrar la presencia del feto, quien adopta la figura del intruso o de una tercera persona, tanto la mujer como el hombre sienten miedo a provocar algún daño al hijo que está por nacer y éste puede ser un impedimento para una adecuada manifestación y liberación de las sensaciones sexuales. Sin duda, cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone readaptaciones. ¹⁸

2.1.7.4. CAMBIOS CULTURALES

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexual, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto. ¹²

La sexualidad en dialogo con la embarazada, ha sido por el personal de salud un tema muy discutido y hasta ahora casi ni mencionado, ya que la confusión y la ignorancia hacia el tema genera en la embarazada dudas, que pueden llevar a limitar el contacto con la pareja en todo tipo de aspecto por motivos que el mismo personal sanitario presume para asegurar el éxito del embarazo.

La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censuradora que no aprueba la sexualidad general y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito independientemente a su consecuencia fisiológica. ^{17 y 12}

Habrà que tener en cuenta que todas estas manifestaciones relativas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo a los valores vigentes de cada

estrato socio-cultural. Los comportamientos sexuales colocan en evidencia las varias y diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, religión, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo como un todo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y de experimentar la sexualidad. ¹⁷

2.1.8. RESPUESTA SEXUAL: DIFERENCIAS RESPECTO A LA GESTACION

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

Los cambios psicológicos que acompañan a la realización de actos sexuales incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia.¹² No obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales.

La respuesta sexual se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. La presentación de una determinada fase no requiere necesariamente la precedente. ⁴

2.1.8.1. DESEO

Se llama deseo, libido o apetito sexual al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación, para responder a ellos y gratificarse, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompañan. ⁴

Como hemos dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible.

2.1.8.2. EXCITACIÓN

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. La primera señal de excitación consiste en la lubricación vaginal, seguida de dilatación y alargamiento de los dos tercios internos de la vagina.

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 vasocongestión producida por un aumento de la irrigación sanguínea hacia la pelvis, ocasiona el aumento de tamaño de la vulva y ésta adquiere un tinte púrpura intenso. Se producen contracciones uterinas rápidas e irregulares llamadas “fibrilación” y el útero se eleva y se dirige hacia adelante. En las primigestas no se observan cambios en los labios mayores en el primer trimestre del embarazo, mientras que en las multíparas aumentan de tamaño y adquieren un aspecto edematoso.

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, debido al aumento de la vasocongestión, el aplanamiento de los labios mayores está ausente durante el segundo y tercer trimestre tanto en primigesta como en multíparas.

Se produce el aumento de tamaño de las glándulas mamarias, las areolas se distienden y las venas de las mamas se vuelven visibles, formando el llamado

“árbol vascular”. La vasocongestión mamaria se hace muy marcada durante el primer trimestre del embarazo, lo que aumenta aún más el tamaño de los senos, provocando sensación de dolor. Estos cambios no ocurren en el segundo y tercer trimestre del embarazo por lo que el dolor desaparece. En multíparas los cambios mamarios son menos manifiestos.⁷ A medida que la tensión sexual aumenta los pezones se tornan rígidos como consecuencia de las contracciones de pequeñas fibras musculares.

2.1.8.3. MESETA

La fase de meseta comprende todas aquellas maniobras tendientes a la consecución del orgasmo y está representada por el periodo coital. Durante esta fase, la excitación fisiológica continúa incrementándose a un ritmo más lento.

En las mujeres la vasocongestión produce la dilatación de los dos tercios internos de la vagina y la contracción del tercio externo formándose así lo que Masters y Johnson denominan la llamada “plataforma orgásmica”.⁴

El útero se eleva a su máximo, lo que ocasiona un aumento de tamaño de la cúpula vaginal y además ocurre un incremento de la fibrilación uterina. Los labios menores de las nulíparas progresan de un color rosa cenizo al rosa brillante, mientras que los de las multíparas pueden adquirir inclusive un color vino tinto oscuro, todo esto se acompaña de aumento de tamaño de los labios, pudiendo llegar a duplicar su grosor original. El clítoris se retrae reduciendo su longitud en un 50%. Los senos y las areolas se expanden al máximo y aparece el “rubor sexual”.⁵

2.1.8.4. ORGASMO

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, plataforma orgásmica, zona perineal, recto y parte baja del abdomen, que pueden variar entre 3 y 12 contracciones en intervalos menores a 1 segundo. Las contracciones uterinas empiezan 2 a 4 segundos después de las primeras sensaciones de orgasmo y no son diferentes a las primeras contracciones del trabajo de parto, comienzan en el fondo del útero y van descendiendo hasta llegar al cuello uterino.

En la mujer embarazada se pueden encontrar algunos cambios en la plataforma orgásmica durante el primer y segundo trimestre que son más evidentes en las multíparas que en primigesta. 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 multíparas 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.

Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo.¹³

Las contracciones vaginales no varían en la mujer embarazada durante el primer ni el segundo trimestre de la gestación. La congestión vaginal que se establece en el tercer trimestre impide la observación de las mismas. Las contracciones uterinas que se producen en la fase orgásmica pueden causar un espasmo tónico

en el útero, con disminución de la frecuencia cardíaca fetal, fenómeno de carácter transitorio que no tiene repercusión sobre el feto.

Otros autores, como Goodlin, registraron un cambio en la frecuencia cardíaca fetal y observaron modificaciones compatibles con una alteración de la salud fetal. La contractilidad uterina postcoital o post-orgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital.¹²

Por otro lado, aunque no todos los autores están de acuerdo, se especula con la posibilidad de que el orgasmo en el tercer trimestre del embarazo pueda estar relacionado con algunos casos de partos prematuros, clínicamente parece que el orgasmo femenino, avanzado ya el tercer trimestre de la gestación, puede motivar en ocasiones el inicio del trabajo de parto, o por lo menos tener una íntima asociación temporal con él. Asimismo, está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del endometrio, el borramiento del cuello uterino y dilatación cervical. Esto no significa que tener sexo vaya a desencadenar el parto, pero si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto.¹³

2.1.8.5. RESOLUCION

Durante la fase resolutive desaparecen los cambios fisiológicos ocasionados por la excitación sexual, se observa calma y se produce relajación muscular de todo el cuerpo y la frecuencia cardíaca, presión arterial y respiración regresan a lo normal. Las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de la vagina, lo que provoca desaparición de la plataforma orgásmica.

El útero regresa a su tamaño normal y retorna a su posición de reposo, desaparece la coloración de los labios y estos recuperan a su tamaño original y su posición en la línea media cubriendo en forma parcial el introito vaginal. El clítoris vuelve a su tamaño y posición habitual.

Sumado a lo que pasa en la mujer no embarazada, en la gestante el alivio de la vasocongestión genital es más lento, por lo que en algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. En el segundo y tercer trimestre del embarazo, la vasocongestión se mantiene de 10 a 15 minutos más de lo usual en las primigesta y de 30 a 45 minutos más en las multíparas. En el primer trimestre ocurre en forma similar a la no embarazada.

Este retorno lento de la vasocongestión puede ocasionar una persistencia de la sensación de deseo sexual. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales. Constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. Por otro lado, sin embargo, la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, facilitan la sexualidad de la pareja.¹²

No podemos olvidar que estos no son los únicos cambios que se dan en la respuesta sexual, sino que ocurren reacciones tanto genitales como extra genitales a lo largo de las diversas fases.

Sin embargo, en relación a cada una de estas fases del ciclo sexual femenino, es posible determinar un patrón sexual para cada individuo como: mono orgásmico, poli orgásmico, multiorgásmico y tetánico.

- El patrón mono orgásmico se caracteriza por una fase de excitación ascendente, luego una fase de meseta corta que termina en la fase orgásmica, seguida de una fase resolutive abrupta y rápida.
- El patrón poli orgásmico se inicia con una fase de excitación en ascenso que se continua hasta llegar a la fase de meseta que se prolonga durante cierto tiempo, hasta alcanzar la fase orgásmica, volviendo posteriormente a la fase de meseta, donde permanece si continua la estimulación, hasta que

alcanza nuevamente la fase orgásmica, pudiendo llegar a tener entre 3 y 6 orgasmos.

- El patrón multiorgásmico presenta una fase de excitación rápida con una fase de meseta corta y la entrada rápida a la fase orgásmica con multiplicidad de orgasmos de diferentes intensidades y frecuencia, pudiendo alcanzar hasta 15 orgasmos.
- En el patrón tetánico la fase de excitación es progresiva, continuándose con una fase de meseta de duración variable seguida de una fase orgásmica continua y sostenida de duración mayor a 30 segundos, con una fase resolutive abrupta.

2.1.9. CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL SEGÚN EL TRIMESTRE DE GESTACION

Es importante tener en cuenta, que los principales cambios que ocurren con frecuencia durante el embarazo influyen de alguna manera en el comportamiento sexual, lo que a su vez repercute sobre el deseo y disposición sexual aseverando que:

- Primer Trimestre

Se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual. Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante este período tienen una disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de esta, mientras que otras presentan un aumento de la libido. Los cambios del cuerpo pueden hacer dolorosa la estimulación, como ocurre con la vasocongestión mamaria. Esto se hace evidente desde los primeros meses y toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada. ¹⁰

Estudios científicos han encontrado que el 54% de las mujeres experimentan una disminución de su libido durante el primer trimestre del embarazo como consecuencia del cansancio, las náuseas y los malestares habituales durante este período. En un porcentaje menor (5-10%), las mujeres tienen más deseos sexuales, incluso algunas experimentan su primer orgasmo en esta etapa.

Master y Johnson resumen según sus resultados que: ²⁰

En el primer trimestre de la gestación, en unas gestantes hay disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y en otras se produce todo lo contrario.

- Segundo Trimestre

Se producen orgasmos en mujeres previamente anorgásmicas durante la gestación, y esto porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas.

Se evidencia un aumento de la actividad sexual y existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas. Muchas mujeres, por los cambios físicos observados en este trimestre, se preocupan por su atractivo físico y por si pueden despertar el interés sexual de su pareja, puesto que van apareciendo los cambios característicos del final del embarazo, por lo que es muy importante la comunicación entre ambos.

La pareja se ha adaptado al embarazo y han desaparecido muchos de los temores. La mayoría de las mujeres sienten la necesidad de renovar su sexualidad, en función al deseo y a la respuesta física. De este modo, la vida de la mujer en muchos aspectos, entre ellos el sexual, se vitaliza y se estabiliza.

Master y Johnson resumen según sus resultados que: ²⁰

En el segundo trimestre el 80 % de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. Se han reportado orgasmos en mujeres previamente anorgásmicas durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas.

- Tercer Trimestre

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, las actitudes y prácticas sexuales vuelven a estar comprometidas, puesto que algunas mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo y actividad sexual que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de este por miedo a desencadenar el parto. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo, mientras la necesidad de mimos, caricias y cuidados aumentan al sentirse más inseguras y frágiles.

Otras causas citadas que influyen en la disminución de las relaciones sexuales en el tercer trimestre de la gestación fueron la torpeza para realizar el coito debido al aumento progresivo del vientre, o por indicación médica.¹⁴

Master y Johnson resumen según sus resultados que:²⁰

En el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a incomodidad que produce la gestación avanzada.

2.1.10. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

- Ventajas

- Es más espontáneo y relajado, ya que en el periodo de gestación la pareja puede disfrutar de su sexualidad sin pensar en calendarios y días especiales del ciclo para poder tener sus relaciones.

- Despierta sentimientos más profundos, por lo que no es necesario el número de veces sino la intensidad para llegar a un estado de satisfacción mutua, poniendo énfasis más en el amor que en la relación sexual propia.

- Prepara los músculos para el parto, ya que una buena sexualidad durante el embarazo hace que los músculos de la vagina se ejerciten durante la relación coital, mejorando así su tono muscular para el momento del parto.

- Desventajas

- Ignorancia sexual de los padres, pues la ignorancia referente a la sexualidad a nivel social, genera en los padres (abuelos) temores infundados, los mismos que al ser aprendidos por los futuros padres producirán dificultades o conflictos psicológicos a nivel sexual. De cierto modo, esta desinformación obliga a llenarse de fantasías o ideas retorcidas en sus conocimientos

- Sensación de culpabilidad, estos sentimientos son encontrados no solo en la mujer, sino también en su pareja, puesto que van a sentir preocupación ante la posible pérdida del embarazo por la presencia de complicaciones médicas.

Existen contraindicaciones claras y específicas por las cuales se deben suspender las relaciones coitales durante el embarazo. No obstante la pareja puede recurrir a métodos alternativos al coito que le permitan lograr un efectivo ejercicio de la función sexual, tales como las caricias, la comunicación y la comprensión; utilizadas cuando el individuo se encuentra en presencia de una imposibilidad física de utilizar el pene o la vagina.

- En el primer trimestre: las pacientes que están diagnosticadas con amenaza de aborto no solo está contraindicado el coito, sino también el orgasmo debido a que las contracciones uterinas podrían acelerar la evacuación uterina.

- En el segundo trimestre: ante la presencia de una incompetencia cervical ya existe una condición que favorece la expulsión del feto, que está dada por la debilidad o incapacidad del orificio cervical interno de mantener el producto de la gestación, y si sumáramos a esta condición el estímulo mecánico ejercido por el pene durante el coito y por otra parte, por la contracción uterina durante el orgasmo se estaría propiciando aún más la evacuación.

- Embarazo múltiple: es el desarrollo simultáneo de varios fetos, por lo tanto todo embarazo múltiple debe ser considerado patológico y este restringe ciertas conductas, durante sus controles prenatales se proibirán los esfuerzos físicos y se indicara reposo.⁶

En el tercer trimestre: las condiciones que detallaremos son: ¹⁶

- Placenta previa: caracterizado por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable, el síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia, la misma adquiere importancia la cual hace la perdida gravídica de sangre al final del embarazo, esta entidad es responsable del 90% de los casos.

- Ruptura prematura de membranas: se la denomina prematura cuando comienza antes del comienzo de trabajo de parto. En la mayoría de la rotura prematura de las membranas antes de término, el amnios y el corion se rompen simultáneamente.

- Desprendimiento prematuro de placenta: proceso caracterizado por el desprendimiento parcial y/o total antes del parto, de una placenta que, a diferencia de una placenta previa esta insertada en su sitio normal, que puede tener graves consecuencias tanto para el feto como para la madre.

2.1.11. POSICIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

Durante los nueve meses se puede asumir cualquier posición sexual. La elección la deben hacer ambos miembros de la pareja, guiados por la comodidad, sobre todo en las etapas finales del embarazo, donde el abdomen representa una barrera que dificulta algunas posiciones. A la hora de elegir una posición sexual, se debe tener en cuenta varias características, por lo que se debe evitar aquellas posiciones que requieran que la mujer realice grandes arcos de movilidad, recargar el peso del varón sobre la mujer, presionar el abdomen femenino, impedir que la mujer tenga control de los movimientos y de la penetración o que dificulten la respiración.

Las posiciones más recomendables son las que a continuación explicaremos:

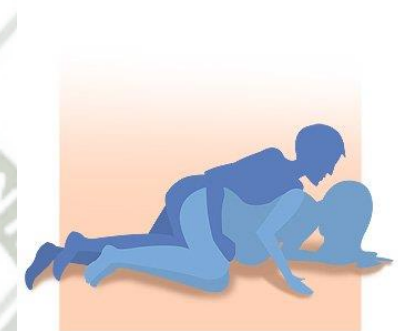
- La postura del hombre arriba y mujer debajo

Es la más clásica y “popular” de todas, es útil para el primer y hasta la mitad de segundo trimestre ya que el vientre la complicara después de este tiempo. En esta posición el hombre debe soportar su cuerpo para no comprometer el cuerpo de la mujer.



- La postura de lado

La mujer se tumba de lado, con las piernas cruzadas hacia los glúteos del hombre, quien debe permanecer de lado. No se recomienda permanecer mucho tiempo en esta pose puesto que puede comprometerla circulación sanguínea.



- La postura de la mujer arriba

Es ideal para cualquier trimestre pero en especial a partir del segundo, cuando el abdomen comience a crecer hay que adoptarlo para que este descanse sobre el cuerpo del hombre, que está tumbado en la cama.



- La postura desde atrás

La mujer permanece sostenida de sus antebrazos y rodillas con las piernas separadas, el hombre permanece detrás de ella. Recomendable desde la mitad del segundo trimestre en adelante. ⁸



Tener relaciones coitales durante el periodo de gestación es usualmente considerado como un tabú, más aun si se practica el sexo oral o anal durante el embarazo. Tanto el sexo oral como el sexo anal son seguros durante el embarazo, siempre y cuando que para realizarlo se tome las medidas necesarias como cuidados, higiene y responsabilidad.

No obstante, existe varias medidas de seguridad que se debería tener en cuenta si se practicara sexo oral o anal durante el embarazo. El practicar el sexo anal se debe practicar con preservativo, porque las bacterias que existen en la materia fecal como los Gram negativos y cocos Gram negativos, podrían causar infecciones, y sobre todo hay que asegurarse de practicarlo lentamente para evitar desgarrar el tejido rectal.

Carlos Pol, psiquiatra sexólogo, afirma que la idea no es hacerlo por ensayar sino por disfrutarlo y sentir que el cuerpo de su pareja está más cerca, que hay más contacto interno y que la entrega de hombre y mujer ha sido total.

Si fuese sexo oral, se deberá asegurar de que su pareja no soplara dentro de su vagina; ya que podría provocarle una embolia de aire. La embolia de aire se da cuando el aire bloquea los vasos sanguíneos ubicados en la vagina, impidiendo una adecuada circulación, lo cual podría poner en riesgo la vida de la gestante ya la del bebe.

2.1.12. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS VARONES DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, tal y como hemos visto, a la sexualidad femenina.¹⁴ Sin embargo, también al varón en general, pues tiene otra forma de hacerse la idea mental del hijo y suele ocurrir que a pesar de desear ese embarazo, se siente desplazado así como sus deseos sexuales. Además a veces en distintas circunstancias, le es difícil integrar que su pareja sexual sea, a la vez, madre. Al igual que en la mujer, en el hombre puede ocurrir que aumente, se mantenga o disminuya su deseo sexual.

En general, podemos dividir a los varones en dos grupos según como vinculen las prácticas sexuales que realizan con sus cónyuges durante el embarazo.¹⁶

Por un lado, nos encontramos con los que han disminuido la frecuencia de relaciones; esto puede ser debido a diversas causas como por ejemplo sentir que viven una situación de conflicto; que el embarazo modifica su estilo de vida, sienten que aumentan sus responsabilidades económicas y las presiones en general, creencias acerca del impacto negativo del coito en la embarazada y el feto, sentir que la esposa es poco atractiva, cansancio, tener prejuicios morales contra el sexo en este período, etc.

Y por otro lado, nos encontramos los que sí mantienen o aumentan el número de relaciones sexuales durante el embarazo, argumentando que el sexo es mejor gracias a las condiciones de deseo sexual y lubricación vaginal asociadas a los cambios hormonales aparejados con el proceso gestacional; que los cambios corporales que experimenta la mujer, como el agrandamiento de las mamas, la hace más atractiva y deseable; y que es fascinante la integración del bebé no nato como un tercero que advierte de algún modo el sexo entre sus padres.

Es posible que todas las experiencias que las parejas experimenten, alteren sus patrones sexuales, los cuales pueden tener resultados adversos en la relación de la

pareja, y esto muchas veces, se deba a las creencias erróneas en relación a la sexualidad. Sin embargo, anteriormente hemos podido observar que, la falta de educación, al igual que los mitos y tabúes han de determinar el comportamiento sexual o el deseo sexual durante el embarazo, modificándolo en su forma, frecuencia y/o intensidad.



2.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

a. Nombre de los Autores:

Sofía Piñero Navero, Granada Alarcos Merino, María Tania Arenas Orta, Virginia Jiménez Iglesias, Eva María Ortega Ballesteros, María José Ramiro Figueroa

- Nombre del artículo:

Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo, Nure Investigación, nº 50, Enero – Febrero 11, España.

- Resumen:

Objetivo: Describir los cambios en se producen en la sexualidad de la mujer durante el embarazo. Estudiar aspectos relacionados con la educación sexual.

Material y método: El estudio consistió en un análisis descriptivo transversal, obteniendo los datos a través de un cuestionario con 32 ítems, elaborada a partir de un estudio de otras realizadas con anterioridad tras una revisión bibliográfica para tal fin. Nuestro estudio se realizó a un total de 103 participantes. La muestra se dividió en los 3 trimestres de embarazo. Se recogieron datos de filiación, estudios, nivel socioeconómico y cultural de ambos cónyuges, edad, duración de la convivencia, problemas y hábitos sexuales y educación sexual recibida.

Resultados: El interés sexual permanece constante durante el primer y segundo trimestre, disminuyendo en el tercero. En general las relaciones sexuales sufren una disminución a lo largo del embarazo siendo más marcadas en el tercer trimestre, aunque prácticamente todas se encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual, sin olvidar que una parte de las encuestadas aumenta su interés y mejora su vida sexual.

Conclusiones: Debemos incidir en la importancia de una mayor educación sexual durante este periodo por personal sanitario cualificado. Otros estudios demuestran que un mejor nivel educacional y el hecho de tener una pareja estable disminuyen las disfunciones sexuales. Debemos insistir en la opción no coital para la expresión íntima y el enriquecimiento de la pareja. (21)



b. Autores:

Luz Marina Alonso, Miguel A. Pérez, Cristina Arias, Nereya Figueroa, Claudia Gamarra, Alejandrina Martínez, Leidy Sánchez Anny Toscano

- **Nombre del artículo:** Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Revista Científica Salud Uninorte., 18: 8-19, 2004, Barranquilla (Colombia)

- Resumen:

Objetivos: Establecer las características biopsicosociales y la frecuencia de relaciones sexuales en embarazadas que asisten al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur (Barranquilla), julio – octubre, 2003.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo; se tomaron 140 gestantes en su segundo y tercer trimestre que asisten al programa del control prenatal de la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur (Barranquilla), julio – octubre, 2003.

Resultados: El 67.8% de las embarazadas tienen alguna creencia que influye en la frecuencia de relaciones sexuales durante el embarazo, y se encontró significancia estadística entre las ideas: las relaciones sexuales le hacen daño al bebé (Test de Fisher 2 colas; P 0.04) y las relaciones sexuales pueden hacer que el parto se adelante (OR: 2.8; IC: 0.87-9.13; X² :3.84; P 0.049) y la variable trimestre del embarazo y frecuencia de relaciones sexuales calculando un coeficiente rho de Spearman de -0.78 con una p <0.05.

Conclusión: Durante la gestación es factible que las parejas experimenten alteraciones en sus patrones sexuales, y esto muchas veces se debe a la existencia de creencias erróneas con relación a la sexualidad. Se debe tener en cuenta que los factores internos y externos que presenta un individuo condicionan su actuar en todos los aspectos relacionados con su comportamiento. Por lo que se considera importante la búsqueda de todos los factores que puedan determinar cambios significativos en las relaciones sexuales de las parejas gestantes. (22)

- ANTECEDENTES NACIONALES

a. Autor:

Valencia García, Ángela Lisseth

- **Nombre de la tesis:** Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, año 2015, Pre-grado, Universidad nacional mayor de san marcos, Programa Cybertesis PERÚ.

- Resumen:

Objetivo: Determinar las actitudes y prácticas sexuales según trimestre del embarazo en las gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini en el año 2015.

Metodología: El estudio es de tipo observacional, descriptivo comparativo, prospectivo de corte transversal. Para este trabajo se obtuvo una muestra de 217 gestantes de los tres trimestres de gestación del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, sin embargo se excluyeron 27 encuestas que no cumplieron con los criterios de inclusión. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel 2013, se utilizaron las herramientas graficas: diagramas barras.

Resultados: El 36.8% de los embarazos son del II trimestre, el 32.6% pertenecen al III trimestre y el 30.5% son del I trimestre. El 96.6% de las gestantes que cursan el I trimestre de embarazo, el 65.7% de las gestantes que cursa el II trimestre y el 77.4% de las gestantes que cursa el III trimestre de embarazo tiene una actitud sexual negativa. La práctica sexual más frecuente en las gestantes del I trimestre son besos y caricias (62%), relaciones coitales vaginales (55%) y manipulación de zonas excitables (34.3%), en las gestantes del II trimestre son las relaciones coitales vaginales (60.1%) y los besos acompañados de caricias (25.7%), en las

gestantes del III trimestre son las relaciones coitales (51.6%) y los besos con caricias (41.9%). El 69% de las gestantes del I trimestre de gestación prefieren como prácticas sexuales los besos con caricias, y el 30.8% la manipulación de zonas excitables, el 45.7% de las gestantes que cursan el II trimestre de gestación optan por las relaciones sexuales vaginales y el 40% por los besos con caricias, al igual que las gestantes del III trimestre quienes prefieren las relaciones coitales vaginales (48.4%) y los besos con caricias (41.9%). Respecto a las posiciones sexuales, el 69% de las gestantes del primer trimestre prefiere la posición del hombre encima o denominada “misionero” y el 27.5% prefiere la penetración de lado. El 34.3% de las gestantes que cursan el II trimestre optan por la posición de penetración desde atrás y el 31.5% la pose de penetración de lado. Asimismo el 45.1% de las gestantes del III trimestre prefieren la pose sexual de penetración de lado y el 35.5% la penetración vaginal desde atrás. Referente a las variantes sexuales, en las gestantes del I trimestre el 27.5% realiza la masturbación mutua y el 20.7% sexo oral hacia la pareja, en el II trimestre el 28.6% realiza la masturbación mutua y el 17.1% realiza sexo oral hacia la pareja, en el III trimestre el 26% opto por las relaciones orales hacia la pareja. (19)

b. Autor:

Mónica Roxana Tamayo García, Virginia Julissa Calderón Basilio y Silvia Colunga Santos

- **Nombre de la tesis:** Conductas sexuales durante el embarazo Hospital Regional de Loreto, ciudad de Iquitos. PERU. En el período Agosto – Noviembre del 2002. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.

- Resumen:

Objetivo:

- Determinar la conducta sexual de las gestantes según la evolución trimestral del embarazo, que acuden al programa de salud Materno Perinatal del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Iquitos - PERU.
- Conocer la relación entre la gestación y la conducta sexual.
- Describir la actitud de la pareja frente a la conducta sexual durante el embarazo.

Metodología: El estudio se realizó en la región de Loreto, en la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, en el Hospital de nivel 3 “Felipe Arriola Iglesias”. En el estudio se utilizó el método descriptivo, prospectivo, analítico. La muestra estuvo representada por 205 puérperas que acuden al programa de Salud Materno Perinatal con pareja estable. La información se obtuvo a través de una entrevista, donde se aplicó una encuesta. Los datos obtenidos se introdujeron en un paquete estadístico y los resultados fueron llevados a tablas para su análisis y discusión.

Resultados: El cuadro N° 01, muestra con respecto a las relaciones sexuales antes de la gestación, la mayoría de gestantes tienen relaciones sexuales 3 veces por semana (31.2%).manteniéndose igual en el I trimestre, 3 veces por semana (33.2%), en el II trimestre han tenido 2 veces por semana (31.7%). Y en el III trimestre la mayoría de gestantes han tenido 1 ves por semana (37.1 %) Se observa conforme avanza el periodo de gestación, las gestantes disminuyen el número de relaciones sexuales por semana. En el cuadro 02 en cuanto a la

satisfacción sexual durante el I, II y III trimestre se encontró que la mayoría de las gestantes, han tenido la misma satisfacción sexual (55.6%), (45.9%) y (31.7%) mientras que el (13.2%), (9.3%) y (13.7%) no ha llegado al orgasmo y el (9.3%) y (19%) no tuvo relaciones sexuales en el II y III trimestre.

Como se puede observar en el cuadro N°03 durante el primer trimestre la mayoría de gestantes manifiesta que no ha cambiado el deseo sexual respecto al periodo anterior a la gestación (73.7%). En el II trimestre y III trimestre de gestación la mayoría de gestantes ha disminuido el deseo sexual (39.5%) y (53.7%).

El cuadro N° 04, refleja que su pareja (14.1 %) y (9.8%) aumento la frecuencia de relaciones sexuales en el primer trimestre y II trimestre., mientras que en el III trimestre la mayoría de gestantes manifiestan que su pareja (12.2 %) disminuyo la frecuencia de las relaciones sexuales.

La mayoría de gestantes refieren que no hubo cambios en el comportamiento sexual de su pareja, en el I, II y III trimestre de gestación (82.9%), (83.4%) y (77.1%). Como puede verse en el cuadro 05 durante el I y II trimestre de la gestación las molestias más frecuentes durante las relaciones sexuales son; fatiga, dolor, fatiga y contracciones uterinas con (20%) (16.1%) y (32.2%) (11.2%) respectivamente. En III trimestre de gestación hallamos que las molestias más frecuentes durante las relaciones sexuales son; contracciones uterina (19.5%). Así mismo se encontró que no tuvieron molestias en el (18.5%) de los casos. En nuestro estudio la posición que más preferencia tuvo por las gestantes en el I y II trimestre fue la posición del Misionero con un (70.7%) y (30.7%) respectivamente, en el III trimestre se opta la posición de Side - Side con un (33.2%). Sobre las variantes encontramos que el (36.1%) no practicaron ninguna variante sexual y dentro de las que si practicaron variantes (25.8%) (20%) fue las relaciones anales y la masturbación. El cuadro 8 refleja sobre las variantes encontramos que el (36.1%) no practicaron ninguna variante sexual y dentro de las que si practicaron variantes (25.8%) (20%) fue las relaciones anales y la masturbación. El Cuadro 09, muestra que un (30.7%) de las gestantes, se sienten culpables al haber tenido relaciones sexuales en el periodo de gestación y un (69.3%) manifiestan no sentir culpa alguna. (23)

- ANTECEDENTE LOCAL

a. Autor:

Juan Carlos Jiménez Manrique

- **Nombre de la tesis:** Evaluación del comportamiento sexual en gestantes.
Hospital Honorio Delgado Espinoza - 2005

- Resumen:

Objetivo:

- Identificar el comportamiento de la gestante con relación al ejercicio de la función sexual.

Metodología: El trabajo realizado es un estudio prospectivo transversal que se llevó a cabo en la ciudad de Arequipa en la sala de hospitalización del servicio de gineco – obstetricia en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de junio y julio del 2005. La muestra estuvo representada por 199 púérperas comprendidas entre un rango de edad de 16 y 42 años que pasaron el postparto en la Sala de obstetricia

Resultados: Se obtuvo que el 42.21 % refirieron ser casadas con un grado de instrucción medio con 77.88 % correspondiente al nivel secundario y técnico, la mayor proporción de paridad fue de 37.68 % correspondiente a tercigestas.

El segundo trimestre es la etapa de la gestación donde la gestante refirió presentar mayor deseo de mantener relaciones sexuales en comparación con las otras etapas de la gestación.

La frecuencia con que acostumbraron a tener relaciones sexuales fue disminuyendo en la medida en la que el embarazo avanzaba, siendo la frecuencia sexual media (cada 3 a 11 días) predominante y mientras que en el tercer trimestre el 66.83 %, refirió una frecuencia baja (igual o mayor a 12 días), siendo la posición sexual preferida antes del embarazo la del hombre encima de la mujer

con un 83.91 % continuando durante el primer trimestre con un 70.35 % mientras la penetración de lado predominan durante el segundo trimestre con 62.3 % y en el tercer trimestre con 80.4 %.

Al interrogar cual fue la etapa del embarazo de mayor satisfacción en nuestras puérperas encuestadas, el 47.73 % refirió como tal al segundo trimestre.

Notamos que a medida que evoluciona el embarazo hay un cambio en el patrón sexual orgásmico produciéndose un incremento del patrón tetánico de 20.02 % antes del embarazo ascendiendo en el segundo y tercer trimestre a 31.28 % y 40.65 % respectivamente.

Durante el primer trimestre la causa de temor más frecuente para ejercer la función sexual fue el temor al aborto con 48.74 %, en el segundo trimestre fue la ruptura prematura de membranas (RPM) con 22.61 % mientras que la causa de temor en el tercer trimestre estuvo dado por el temor a ocurrencia de parto pre término con 67.87 %.

El 82.43 % de puérperas optó como alternativa para seguir disfrutando de su actividad sexual las caricias, comunicación y comprensión.

El 68.34 % de puérperas refirió no haber recibido información sobre el tema del cual solo el 19.04 % había sido dada por el médico.

3. HIPÓTESIS

Dado que, la actividad sexual es un aspecto importante en la relación de pareja y que durante el embarazo se produce cambios o variaciones de las conductas sexuales,

Es probable que, en las mujeres gestantes del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti de Octubre a Diciembre, Arequipa 2015, ocurran cambios en la satisfacción, el deseo, la frecuencia, el comportamiento, las posiciones y los sentimientos.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

VARIABLE	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Conducta sexual	- Satisfacción sexual - Frecuencia de las relaciones sexuales. - Deseo sexual. - Cambio de comportamiento sexual de su pareja. - Molestias - Posición - Variantes sexuales - Creencias en que las relaciones sexuales afectan al feto - Sentimiento de culpa	Técnica de comunicación. (Entrevista)	Instrumento documental (Ficha de preguntas) (ANEXO 1)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial: El estudio se realizó en el Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti – Miraflores, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

2.2.1. Cronología: Octubre – Diciembre del 2015

2.2.2. Visión temporal: Prospectivo y analítico.

2.2.3. Corte temporal: Transversal

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo cuantitativo

El universo de esta investigación fue de 112 gestantes que acudieron a su control prenatal en el Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti durante el segundo semestre del año 2015.

$$M = \frac{400}{1 + \frac{400}{N}}$$

$$N = 112$$

$$M = \frac{400}{1 + 112}$$

$$M = \frac{400}{4.57}$$

$$M = 87.527$$

Se realizó una prueba piloto a 10 mujeres del tercer trimestre de gestación del Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, la finalidad de la prueba piloto fue juzgar cuan eficaz resultaría la investigación con las unidades de estudio.

Perfeccionar las preguntas, saber si las gestantes tendrían dificultades con la resolución de estas.

Y para saber cuánto tiempo tomaría el realizar esta prueba a cada gestante, ya que para la elaboración de este instrumento se tomó como referencia el instrumento de la investigación “Actitudes y prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al centro de salud Carlos cueto Fernandini, año 2015” realizada en la Universidad Nacional de San Marcos y elaborada por la autora Valencia García, Ángela Lisseth

2.3.2. Universo cualitativo

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión

- Gestantes que realicen sus controles prenatales en el Servicio de Obstetricia en los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti.
- Gestantes del tercer trimestre de embarazo.
- Gestantes mayores de 18 años.
- Gestante con pareja sexual estable.
- Gestante que haya culminado la encuesta o que la llene con claridad.

- Criterios de exclusión

- Gestante que no desee participar del estudio
- Mujeres púerperas
- Gestante con diagnóstico de placenta previa
- Gestante con embarazo gemelar
- Gestante que no se encuentran en el tercer trimestre de embarazo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. Organización

El proyecto de investigación se presentó a la Facultad de Obstetricia y Puericultura solicitando dictamen. Seguidamente se solicitó autorización al Director de la Micro Red Edificadores Misti.

Las gestantes que desearon participar en la investigación firmaron el consentimiento informado, luego se aplicó el instrumento (Ver Anexo 2).

Finalmente se realizó el análisis estadístico para efectuar el informe final de tesis.

3.2. Criterios para manejar resultados

a) A nivel de recolección:

Vaciado Manual de la ficha de recolección de datos a la matriz de datos en Excel.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación

Se empleó una matriz de sistematización de datos del programa SEUSS.

d) Plan de Codificación

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de los datos.

e) Plan de Recuento

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de Análisis

Se realizó tablas univariadas y de contingencia para expresar la frecuencia absoluta y las relativas porcentuales, así mismo para la comparación de las variables de estudio según el trimestre, se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado con una significancia de 5%. Adicionalmente se realizó graficas de barra para mostrar las frecuencias porcentuales

El proceso de la información fue realizado mediante el Software estadístico SPSS versión 22.0.

CAPITULO III

RESULTADOS

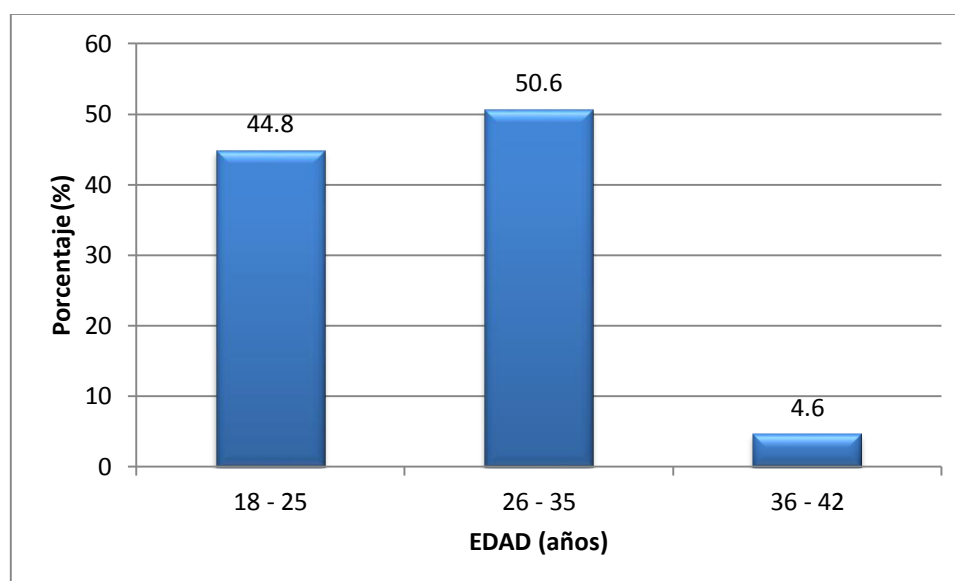
Tabla 1. Características sociales de la población según edad. Servicio de Obstetricia de los Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.

Edad (años)	N°.	%
18 - 25	39	44,8
26 - 35	44	50,6
36 - 42	4	4,6
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración Personal

De las 87 gestantes que fueron estudiadas, el mayor porcentaje fue del 50.6 % que correspondió a las gestantes que tenían entre 26 a 35 años y solo el 4.6 % de ellas entre 36 a 42 años de edad.

Grafico 1. Características sociales de la población según edad. Servicio de Obstetricia de los Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

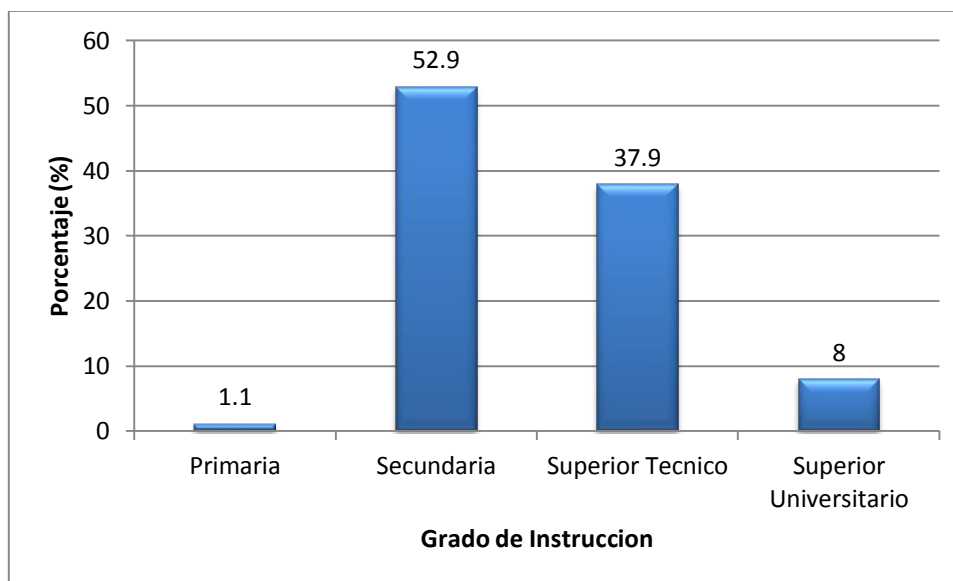
**Tabla 2. Características sociales de la población según grado de instrucción.
Servicio de Obstetricia de los Centro de Salud de la Micro Red Edificadores
Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.**

Grado de instrucción	N°	%
Primaria	1	1,1
Secundaria	46	52,9
Superior Técnico	33	37,9
Superior Universitario	7	8,0
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración Personal

El 52,9% de las gestantes dijeron que alcanzaron el nivel secundario, el 37,9% han alcanzado el nivel técnico, el 8,0% el nivel universitario y solo el 1,1% el nivel primario.

Grafico 2. Características sociales de la población según grado de instrucción. Servicio de Obstetricia de los Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

Tabla 3. Características sociales de la población según estado civil. Servicio de Obstetricia de los Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.

Estado civil	N°	%
Soltera	9	10,3
Casada	19	21,8
Conviviente	59	67,8
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración Personal

En cuanto al estado civil, de las gestantes encuestadas se puede apreciar que el 67,8% eran convivientes, el 21,8% casadas y el 10,3% solteras.

Grafico 3. Características sociales de la población según estado civil. Servicio de Obstetricia de los Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015.

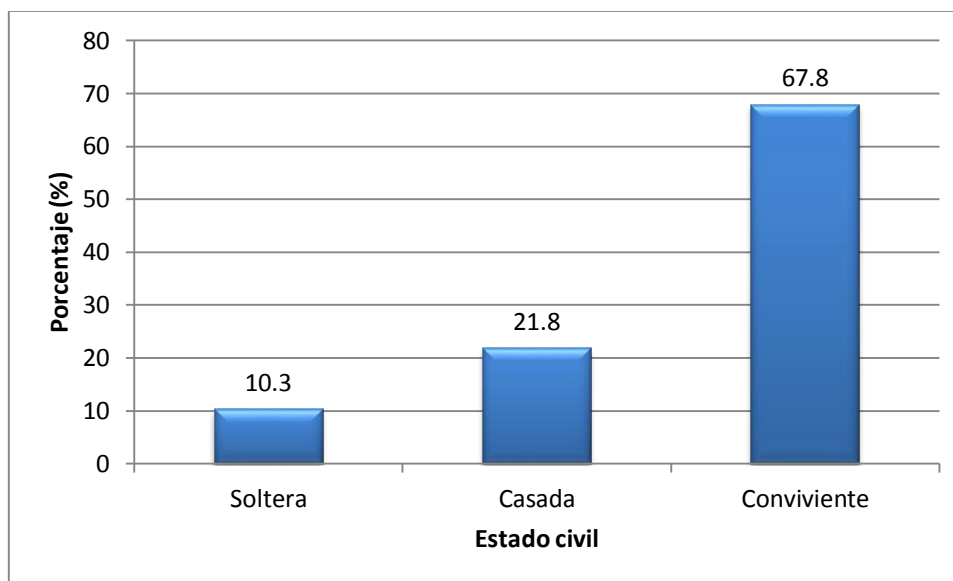


Tabla 4. Distribución de las gestantes encuestadas según edad de inicio de relaciones sexuales. Servicio de Obstetricia de lo Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

Edad de inicio de relaciones sexuales	Nº	%
15 - 19	70	80,5
20 – 24	14	16,1
25 – 30	3	3,4
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración Personal

De las 87 gestantes que fueron estudiadas, el 80,5% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 – 19 años, algunas de ellas siendo adolescentes, el 16,1% a los 20 – 24 años y el 3,4% a los 25-30 años.

Grafico 4. Distribución de las gestantes encuestadas según edad de inicio de relaciones sexuales. Servicio de Obstetricia de lo Centro de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, Octubre – Diciembre, Arequipa 2015. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015

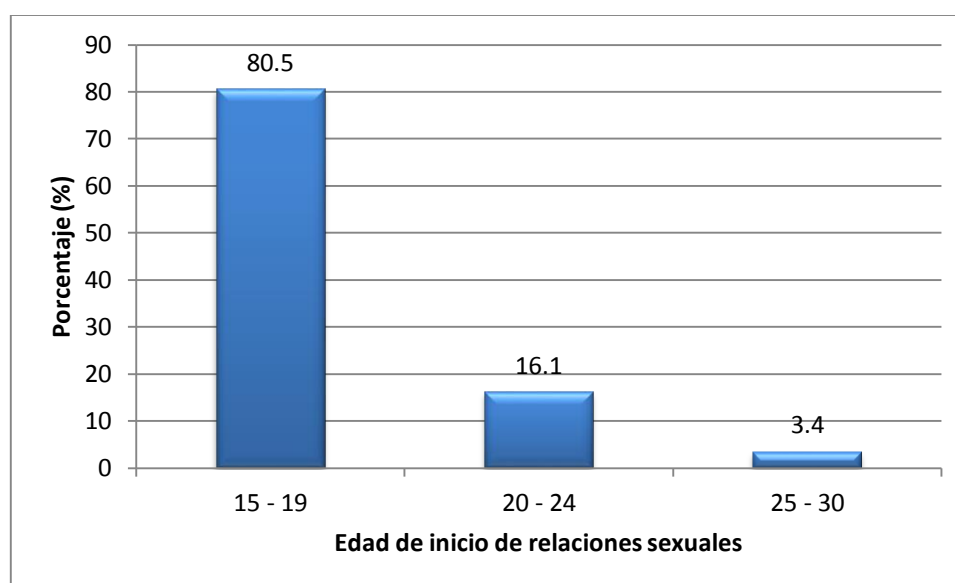


Tabla 5. Satisfacción sexual en gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

SATISFACCIÓN SEXUAL	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La misma satisfacción	34	39,1	12	13,8	0	0,0
Menos satisfacción	41	47,1	50	57,5	35	40,2
Más satisfacción	7	8,0	8	9,2	3	3,4
No llega al orgasmo	4	4,6	1	1,1	2	2,3
No tuvo relaciones sexuales	1	1,1	16	18,4	47	54,0
Total	87	100,0	87	100,0	87	100,0

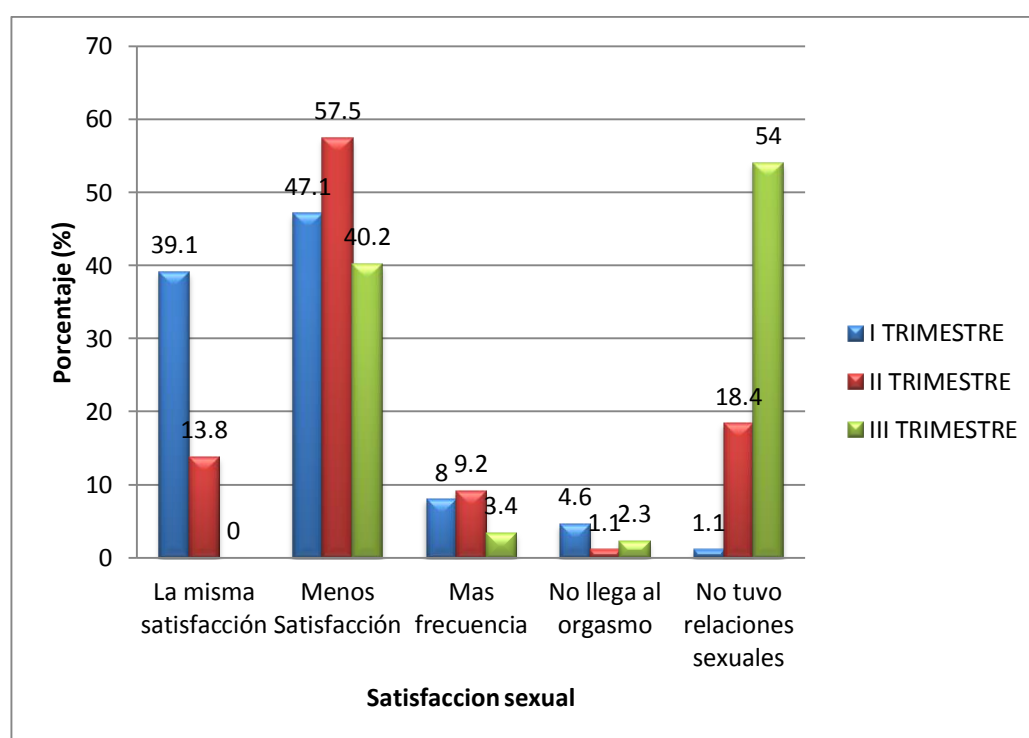
 $X^2 = 97,42$
 $P < 0,05$

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 5, según la prueba Chi cuadrado ($X^2 = 97,42$) se muestra que la satisfacción sexual en gestantes durante el embarazo presento diferencias estadísticas significativas $P < 0,05$.

Así mismo se observa que hay una disminución de la satisfacción sexual en el primer y segundo trimestre (47,1%, 57,5%) de gestación, hasta que en el tercer trimestre de embarazo el 54,0% de las gestantes no tuvieron relaciones sexuales en el tercer trimestre.

.Grafico 5. Satisfacción sexual en gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

Tabla 6. Frecuencia de relaciones sexuales en gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4 veces por semana	24	27,6	11	12,6	1	1,1
1 vez por semana	30	34,5	28	32,2	11	12,6
Cada 10 días	13	14,9	10	11,5	3	3,5
Cada 15 días	11	12,6	10	11,5	7	8,1
Cada 30 días	8	9,2	12	13,8	18	20,7
No tiene relaciones sexuales	1	1,1	16	18,4	47	54,0
Total	87	100,0	87	100,0	87	100,0

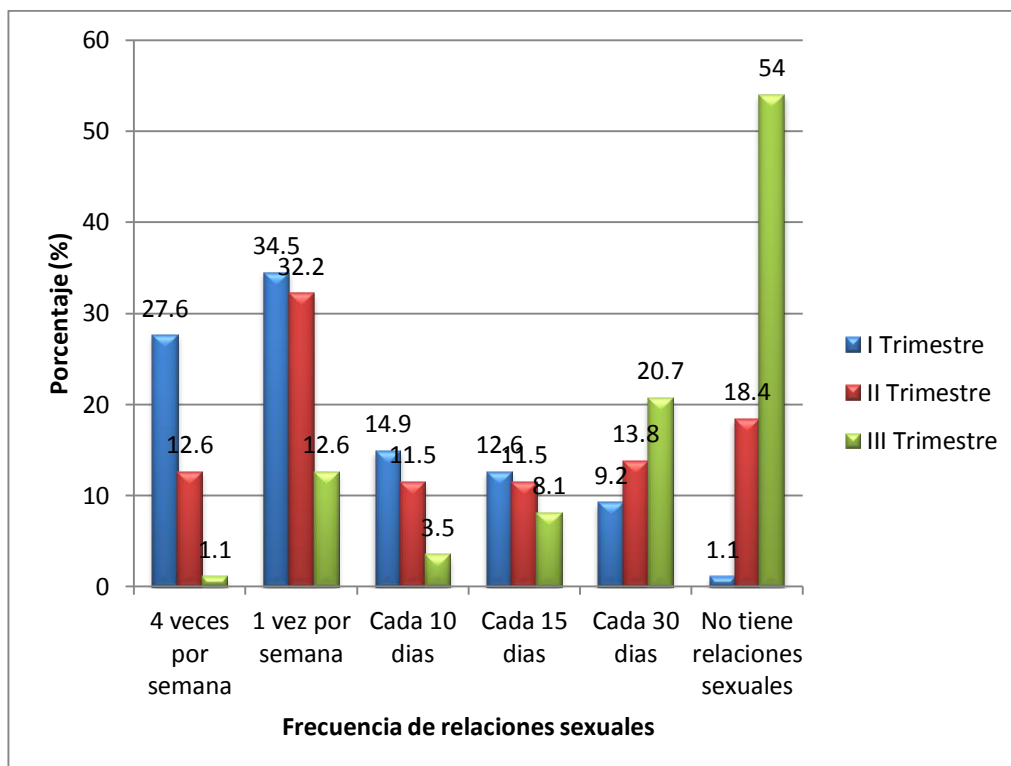
 $X^2 = 118.20$
 $P < 0.05$

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 6, según la prueba Chi cuadrado ($X^2 = 118.20$) se muestra que la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo presento diferencias estadísticas significativas $P < 0.05$.

Así mismo se observa que en comparación con la tabla 5, también se demuestra una disminución de la frecuencia de la relaciones sexuales evidenciándose así, que en el tercer primer (34,5%) y segundo (32,2%) trimestre de gestación tuvieron una vez por semana relaciones sexuales y progresivamente llegando a no tener relaciones sexuales en el tercer trimestre (54,0%).

Grafico 6. Frecuencia de relaciones sexuales en gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

Tabla 7. Deseo sexual en gestantes encuestadas según trimestre de gestación.
Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

DESEO SEXUAL	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aumento	10	11,5	14	16,1	0	0
Disminuyo	41	47,1	59	67,8	74	85,1
No cambio	36	41,4	14	16,1	13	14,9
Total	87	100,0	87	100,0	87	100,0

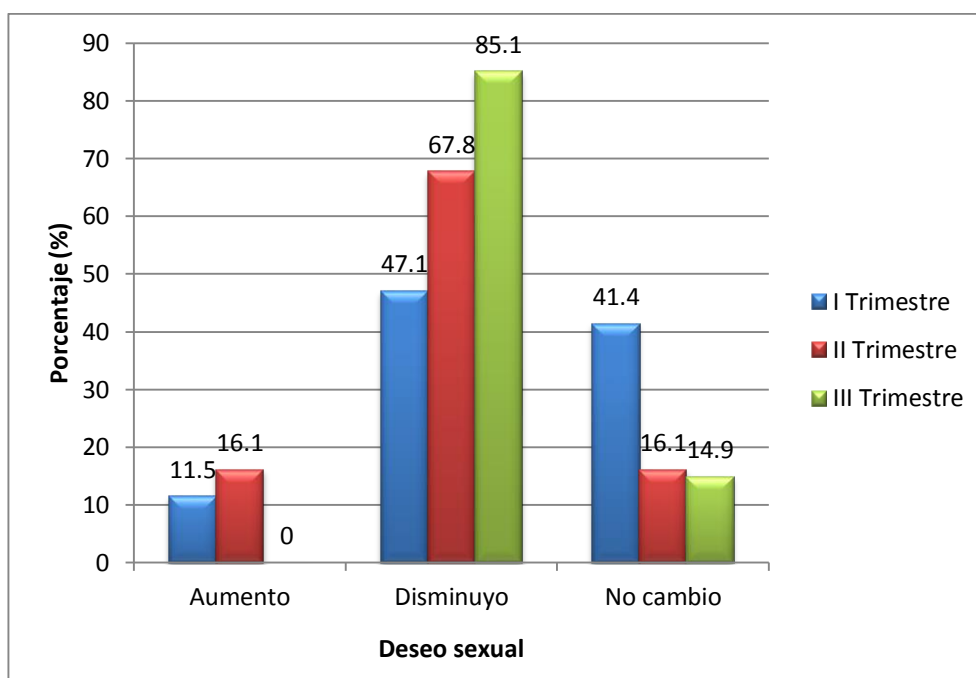
 $X^2 = 44.74$
 $p < 0.05$

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 7, según la prueba Chi cuadrado ($X^2=44.74$) se muestra que el deseo sexual en gestantes durante el embarazo presento diferencias estadísticas significativas $P<0.05$.

Así mismo se observa que el 47,1%, el 67,8% y el 85,1% de las gestantes en el primer, segundo y el tercer trimestre de gestación respectivamente presentaron una disminución del deseo sexual.

Grafico 7. Deseo sexual en gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

Tabla 8. Posiciones optadas por las gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015

POSICIONES DURANTE LA GESTACIÓN	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La postura del hombre encima de la mujer	44	50,6	19	21,8	5	5,7
La postura de la pareja recostados de lado	25	28,7	40	46,0	22	25,3
La postura de la mujer encima del hombre	10	11,5	6	6,9	4	4,6
La postura del hombre detrás de la mujer	1	1,1	3	3,4	0	0
Ninguna de las anteriores	7	8,0	19	21,8	56	64,4
Total	87	100,0	87	100,0	87	100

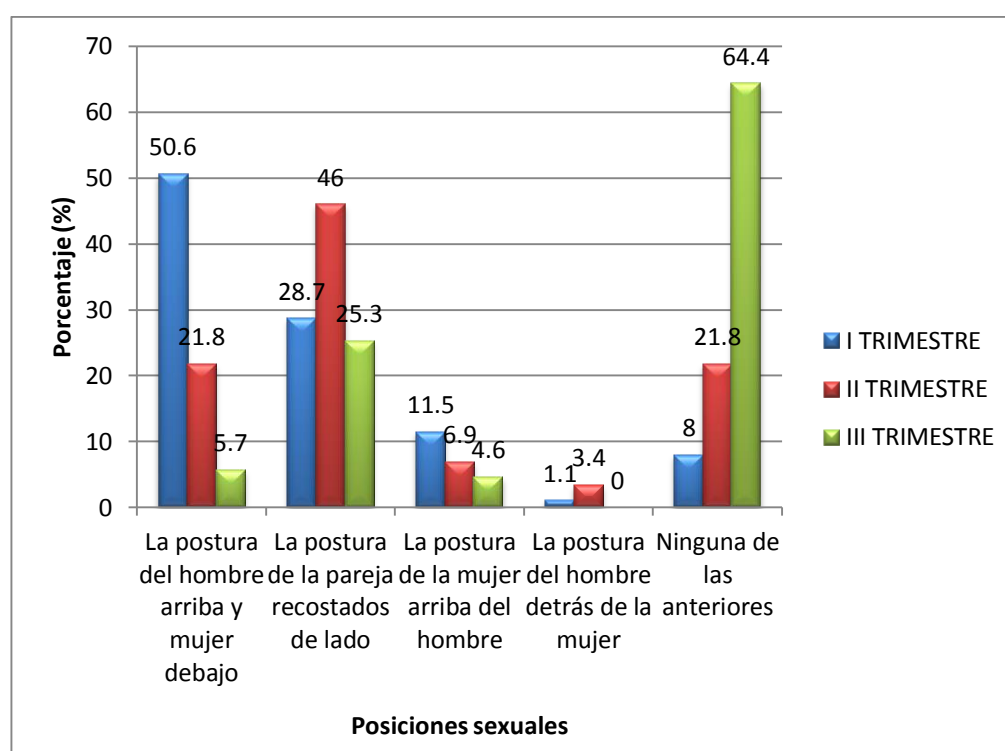
$$X^2 = 94,88 \quad P < 0,05$$

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 8, según la prueba Chi cuadrado ($X^2 = 94,88$) se muestra que las posiciones practicadas de las gestantes durante el embarazo presentaron diferencias estadísticas significativas ($P < 0,05$).

Así mismo observamos que 55,6% de las gestantes en el primer trimestre prefirieron la posición del hombre encima de la mujer, 46,0% de las gestantes en el segundo trimestre practicaron la posición del hombre y la mujer recostados de lado, mientras que el 64,4% de las gestantes del tercer trimestre no desearon practicar ninguna posición.

Grafico 8. Posiciones optadas por las gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015



Fuente: Elaboración personal

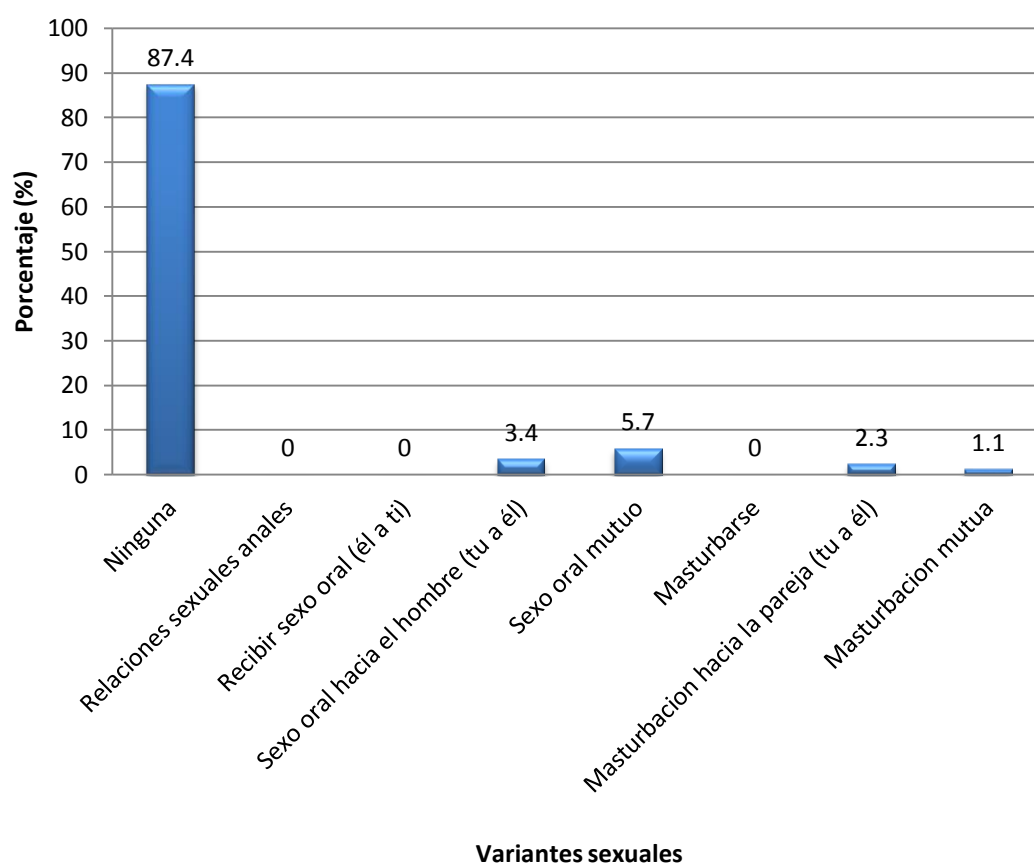
Tabla 9. Uso de variantes sexuales durante la gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

VARIANTES SEXUALES	N°	%
No practica ninguna variante sexual	76	87,4
Relaciones sexuales anales	0	0
Sexo oral hacia la mujer (el a ella) exclusivamente	0	0
Sexo oral hacia el hombre (ella a él) exclusivamente Sexo oral mutuo	5	5,7
Sexo oral hacia el hombre (ella a él) exclusivamente	3	3,4
Masturbación	0	0
Masturbación a la pareja (ella a él) exclusivamente	2	2,3
Masturbación mutua	1	1,1
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N°9 se observa que el 87,4% de las gestantes no practicaron ninguna variante sexual durante su periodo de gestación, el 5,7% de las gestantes practicaron el sexo oral mutuo, mientras que el 1,1% de las gestantes practicaron la masturbación mutua.

Grafico 9. Uso de variantes sexuales durante la gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

Tabla 10. Molestias durante las relaciones sexuales de las gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

MOLESTIAS DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dolor	27	31,0	21	24,1	20	23,0
Fatiga	11	12,6	17	19,5	10	11,5
Contracciones uterinas	1	1,1	4	4,6	9	10,3
Sangrado vaginal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ninguna de las anteriores	48	55,2	45	51,7	48	55,2
Total	87	100,0	87	100,0	87	100,0

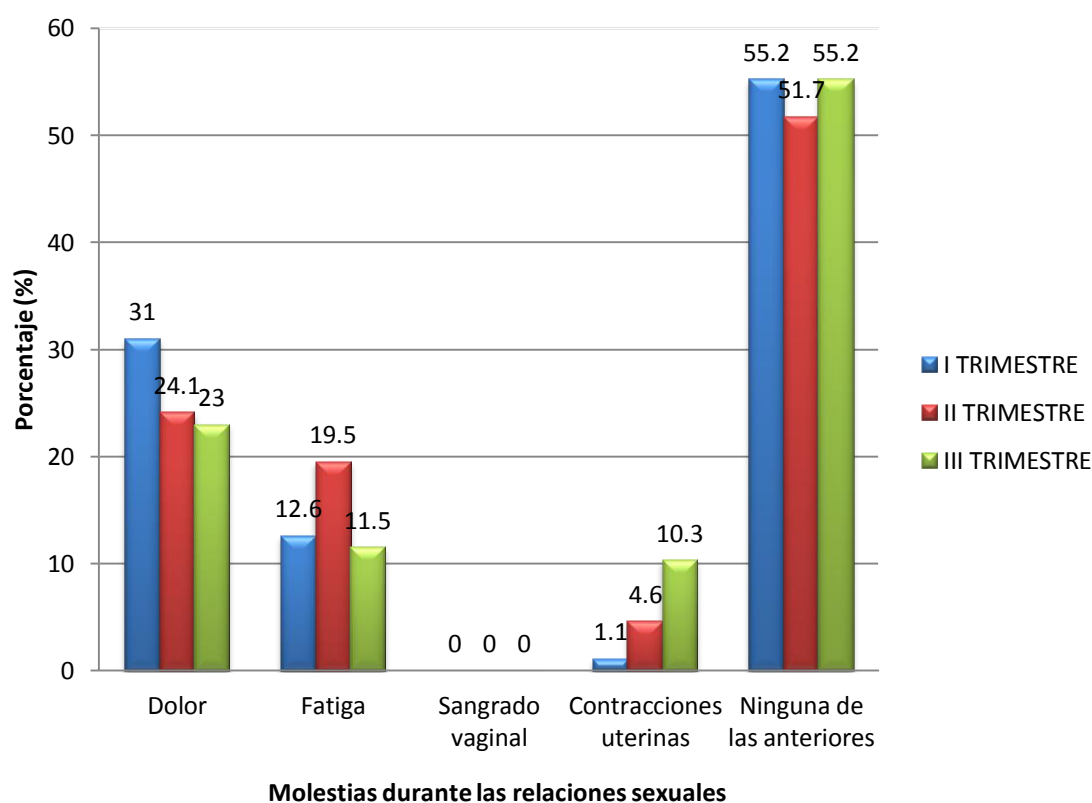
 $X^2 = 10,66$
 $P < 0,05$

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°10, según la prueba Chi cuadrado ($X^2 = 10,66$) se muestra que las molestias durante las relaciones sexuales en gestantes durante el embarazo presento diferencias estadísticas significativas ($P < 0,05$).

Así mismo se observa que 55,2%, 51,7% y el 55,2% de las gestantes en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación respectivamente, no presentaron molestias durante las relaciones sexuales. Además el 1,1%, 4,6% y el 10,3% de las gestantes en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación manifestaron sentir contracciones uterinas durante las relaciones sexuales.

Grafico 10. Molestias durante las relaciones sexuales de las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

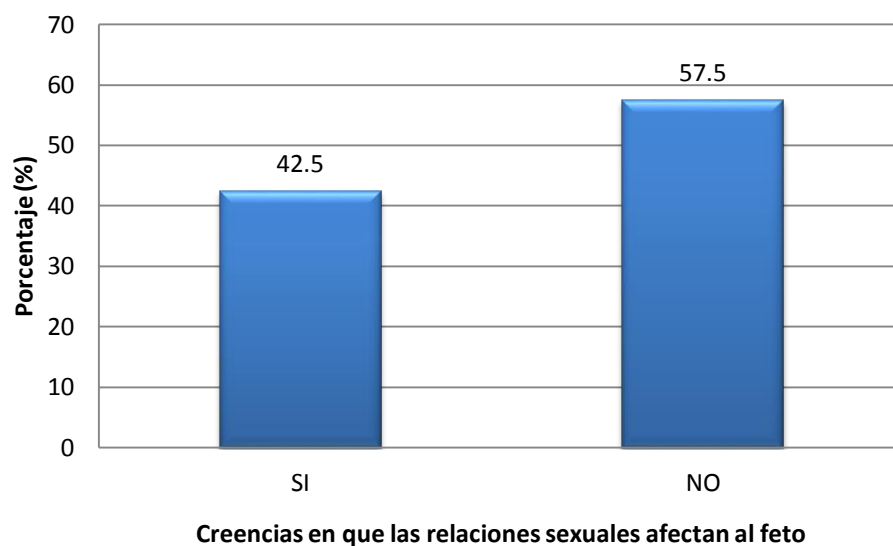
Tabla 11-A. Creencias en que las relaciones sexuales afectan al feto en las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015

CREENCIAS EN QUE LAS RELACIONES SEXUALES AFECTAN AL FETO	N	%
Si	37	42,5
No	50	57,5
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N°11- A se observa que el 57,5% de las gestantes creen que tener relaciones sexuales durante el embarazo afecta al feto.

Grafico 11-A. Creencias en que las relaciones sexuales afectan al feto en las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015



Fuente: Elaboración personal



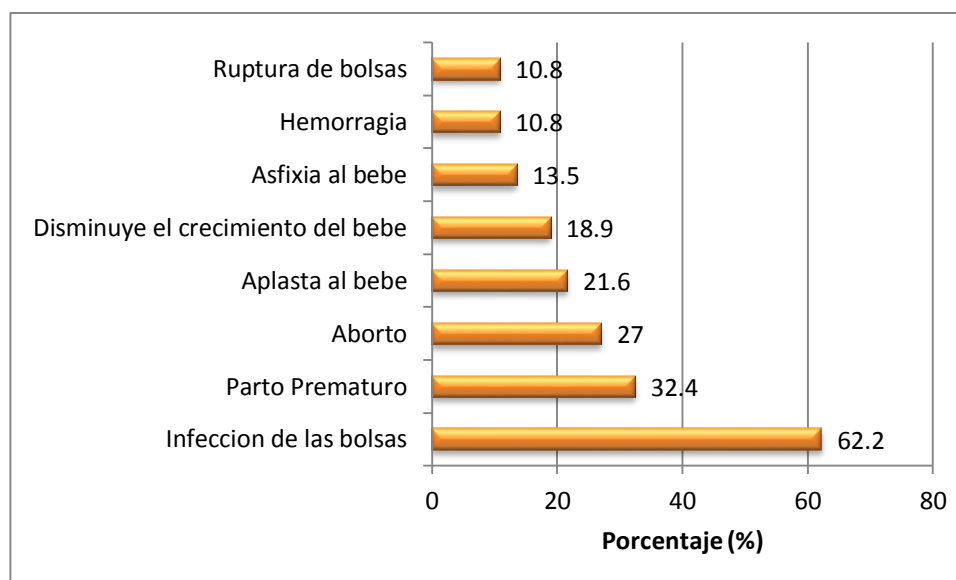
Tabla 11-B. Creencias en que las relaciones sexuales afectan al feto en las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015

CREENCIAS EN QUE LAS RELACIONES SEXUALES AFECTAN AL FETO	N=37	%
Infección de las bolsas	23	62,2
Parto prematuro	12	32,4
Aborto	10	27,0
Aplasta al bebe	8	21,6
Disminuye el crecimiento del bebe	7	18,9
Asfixia al bebe	5	13,5
Hemorragia	4	10,8
Ruptura de bolsas	4	10,8

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N° 11 el 62.2% de las gestantes creen que al tener relaciones sexuales durante el embarazo pueden provocar infecciones, el 32,4 creen que se provoca un parto prematuro y solo el 10,8% de las gestantes creen que al tener relaciones provoca ruptura de bolsas y hemorragias.

Grafico 11-B. Creencias en que las relaciones sexuales afectan al feto en las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015



Fuente: Elaboración personal

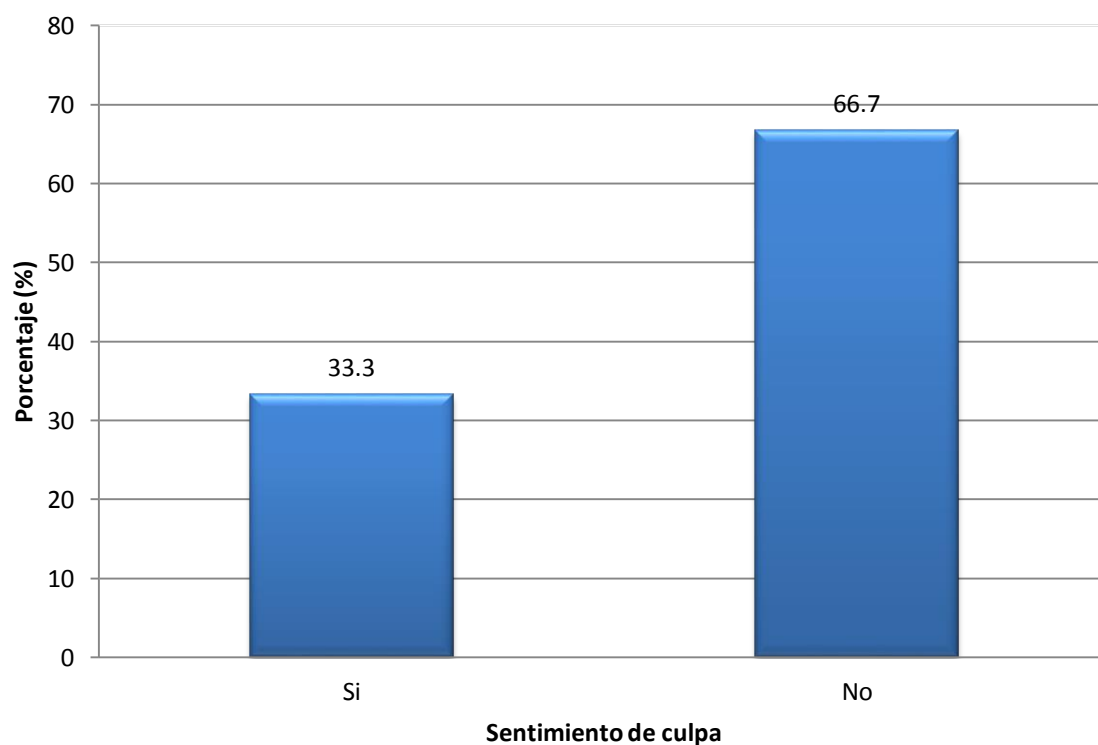
Tabla 12. Sentimiento de culpa acerca de las relaciones sexuales durante la gestación en las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015.

SENTIMIENTO DE CULPA ACERCA DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA GESTACIÓN	N°	%
Si	29	33,3
No	58	66,7
Total	87	100,0

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 12 muestra que el 66,7% de las gestantes, no se sienten culpables al haber tenido relaciones sexuales en el periodo de gestación y un 33,3% si manifiestan sentimiento de culpa.

Grafico 12. Sentimiento de culpa acerca de las relaciones sexuales durante la gestación en las gestantes encuestadas. Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

Tabla 13. Cambio de comportamiento sexual de la pareja de las gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA PAREJA	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Disminuyo la frecuencia de relaciones sexuales	22	25,3	32	36,8	19	21,8
No deseo tener relaciones sexuales	8	9,2	18	20,7	43	49,4
Aumento la frecuencia de relaciones sexuales	14	16,1	12	13,8	4	4,6
No refiere cambios	43	49,4	25	28,7	21	24,1
Total	87	100,0	87	100,0	87	100,0

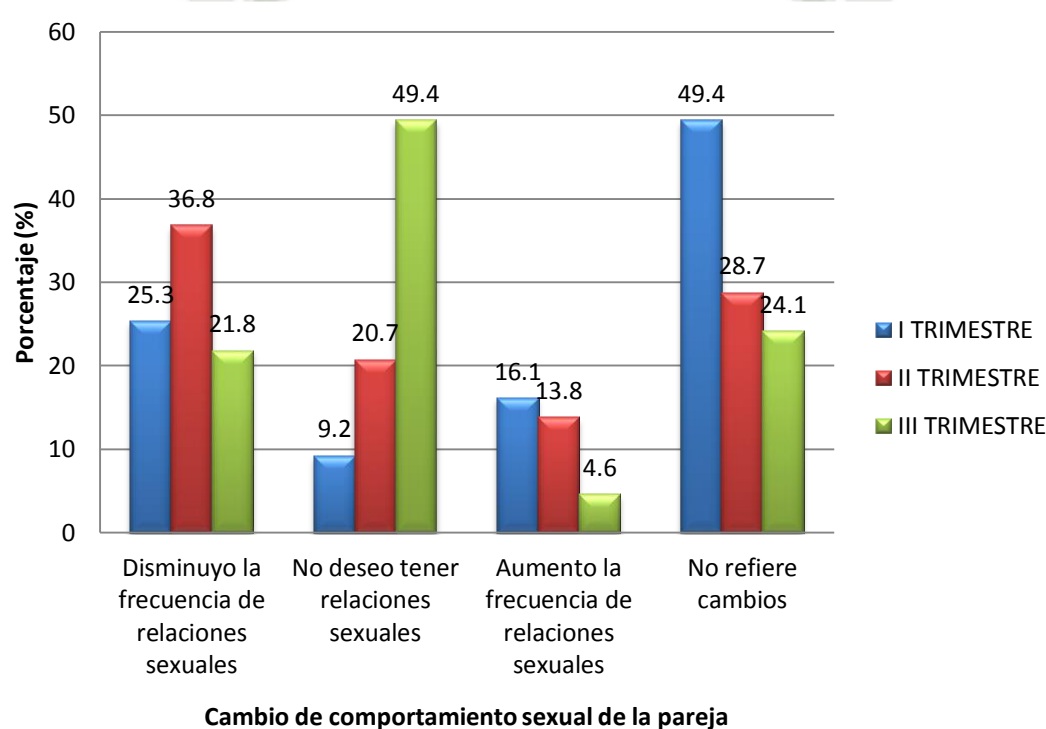
 $X^2=46.92$
 $P<0.05$

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 8, según la prueba Chi cuadrado ($X^2 = 46.92$) muestra que el cambio de comportamiento sexual de las parejas de las gestantes presento diferencias estadísticas significativas $P<0.05$.

Así mismo se observa que el 49.4% de las gestantes del primer trimestre de embarazo, no percibieron cambios en el comportamiento sexual de sus parejas; el 36,8% de las gestantes del segundo trimestre refirieron una disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y el 49,4% de la gestantes del tercer trimestre de embarazo refirieron que su pareja no deseo tener relaciones sexuales.

Grafico 13. Cambio de comportamiento sexual de la pareja de las gestantes encuestadas según trimestre de gestación. Micro Red Edificadores Misti, Arequipa 2015.



Fuente: Elaboración personal

DISCUSION Y COMENTARIOS

El presente estudio tuvo el propósito de analizar las conductas sexuales durante el embarazo en gestantes que acudieron al Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, durante los meses de Octubre a Diciembre del año 2015. Los datos recopilados en los cuestionarios aplicados recogen el siguiente análisis.

Se puede observar que las conductas sexuales de las gestantes que asistieron al Servicio de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, muestran que la satisfacción sexual en el I y II trimestre, disminuye en (47,1% y 57,5%) respectivamente, mientras que en el III trimestre no desearon tener relaciones sexuales(54,0%), esto fue diferente en relación a lo obtenido por Mónica Roxana Tamayo García y colaboradores (23) que encontraron que en el I y II trimestre (55,6% , 45,9%) respectivamente, sus encuestadas tuvieron la misma frecuencia de satisfacción sexual, mientras que en el tercer III trimestre (19%) no desearon tener relaciones sexuales.

Así mismo, en relación a la frecuencia de relaciones sexuales, las gestantes al enterarse que están embarazadas demuestran que: en el I y II trimestre (34,5% y el 31,0%) respectivamente, su frecuencia de relaciones sexuales, es de 1 vez por semana, mientras que en el III trimestre (63,2%) no deseo tener relaciones sexuales. De igual manera, lo obtenido por Juan Carlos Jiménez Manrique, que encontró que la frecuencia de relaciones sexuales fue de (41,80% y 43,21%) el primer y segundo trimestre esto se asemeja con la presente investigación, mientras que para el tercer trimestre encontró que la frecuencia de relaciones sexuales es de cada 12 días a mas con un 66,83% (24).

El deseo de no tener relaciones sexuales va en aumento conforme transcurren los trimestres de gestación (I trimestre 47,1%, II trimestre 67,8% y III trimestre 85,1%), siendo más marcado en el III trimestre, así mismo, llama la atención que en el II trimestre (16,1 %) haya un pequeño incremento del deseo sexual en

comparación con el I trimestre (11,5 %) y III trimestre de gestación (0,0%). Coincidentes son estos resultados con los planteamientos teóricos cuando afirman que el deseo puede verse disminuido a medida que progresa la gestación, así mismo, comparando los resultados por Master y Johnson que descubrieron un aumento del deseo sexual en el segundo trimestre (20). Sin embargo, lo obtenido por Sofía Piñero Navero y colaboradores, demuestran que los resultados no coinciden a los nuestros respecto al I trimestre (50%) y II trimestre (50%) de gestación, puesto que las gestantes tuvieron el mismo deseo sexual, mientras que en el III trimestre (48,2%) de gestación disminuyó el deseo sexual; demostrando así una vez más, que el deseo sexual disminuye en el III trimestre (21).

Respecto a las posiciones adoptadas durante la gestación, el presente estudio demuestra que, la posición con más preferencia en el I trimestre fue la de la postura del hombre encima de la mujer (50,6%), II trimestre la postura de la pareja recostados de lado (46,0%) y III trimestre prefirieron no practicar ninguna posición (64,4%). Sin embargo, Valencia García, Ángela Lisseth y colaboradores, encontraron datos similares en los dos primeros trimestres, siendo el 69% de las gestantes del I trimestre que prefirieron la posición del hombre encima de la mujer y el 31.5% en el II trimestre la pose de penetración de lado, por lo contrario, que el 35.5% en el III trimestre prefirieron la penetración desde atrás. (19)

Sobre las variantes sexuales, encontramos en la presente investigación el 87,4% de las gestantes no practicaron ninguna variante sexual. Así mismo, lo obtenido por Mónica Roxana Tamayo García y colaboradores, demuestra que los resultados coinciden, puesto que en su estudio el 36,1% no practicaron ninguna variante sexual. (23)

Los resultados obtenidos en relación a las molestias durante las relaciones sexuales, demuestran que en los tres trimestres de gestación, más del 50% de las gestantes no tuvieron molestias durante las relaciones sexuales, sin embargo, de las gestantes que sí tuvieron molestias, la más frecuente fue dolor (31,0%, 24,1%, 23,0%) en los tres trimestres de gestación. En comparación, lo obtenido por

Mónica Roxana Tamayo García y colaboradores, demuestra en sus resultados coinciden en que, más del 50% no presentaron molestias durante las relaciones sexuales por otro lado, la molestia con más frecuencia en su estudio fue la fatiga en el primer y segundo trimestre de gestación (20,0% y 32,2%) respectivamente; y las contracciones uterinas 19,5% en el tercer trimestre. (23)

El 42,5% de las embarazadas tienen la creencia que las relaciones sexuales durante el embarazo afectan al feto, y se encontró que de este grupo, el 62,2% creen que tener relaciones sexuales durante el embarazo causa infección. Sin embargo, lo encontrado por Iris Contreras en su investigación demuestra que el 63,75% de las gestantes tienen miedo de ejercer la función sexual, mientras que de sus gestantes encuestadas refieren el aborto o parto pre termino como la principal creencia. (18)

Por otro lado, observamos que en la presente investigación, el 66,7% de las gestantes no manifiestan sentir culpa alguna, por lo cual, lo obtenido por Mónica Roxana Tamayo García y colaboradores, se encontró significancia con los resultados demostrando que el 69,3% no manifestó sentir culpa alguna al tener relaciones sexuales en el embarazo. (23)

El comportamiento sexual de la pareja de las gestantes, demostró en la presente investigación, que en el I trimestre (49,4%) no presento cambio alguno ya que su comportamiento siguió siendo el mismo como antes del embarazo, el II trimestre (36,8%) disminuyo su frecuencia de relaciones sexuales y en el III trimestre (49,4%) no deseo tener relaciones sexuales. Por lo contrario, lo obtenido por Mónica Roxana Tamayo García y colaboradores, demuestran que los resultados difieren, puesto que en su estudio la pareja de las gestantes, aumento la frecuencia de relaciones sexuales en el I trimestre (14,1%) y II trimestre (9,8%), mientras que en el III trimestre (12,2%) disminuyo su frecuencia de relaciones sexuales con la gestante. (23)

Los resultados obtenidos en las presentes investigaciones, son similares porque se encuestaron en ambas a gestantes del tercer trimestre de gestación y opuestas al mismo tiempo, porque en los resultados obtenidos, influyeron en gran magnitud la región donde se encuestó a las gestantes, las creencias, cultura y educación así demuestran diferencias significativas en la gestante y en como esta demuestra sus conductas sexuales con las respuestas dadas.



CONCLUSIONES

- **Primera:** Las gestantes del tercer trimestre de embarazo del área de Obstetricia de la Micro Red Edificadores Misti de octubre a diciembre del 2015, presentaron una disminución en cuanto a satisfacción, frecuencia y deseo sexual en el periodo del embarazo.
- **Segunda:** Conforme progresa el periodo gestacional, las gestantes adoptaron distintas conductas sexuales referentes a posiciones sexuales, practicaron algún tipo de variante sexual, alguna de ellas manifestó molestias en el acto sexual, además, tuvieron algún sentimiento de culpa por el temor de dañar al feto.
- **Tercera:** Se observó, que en los primeros meses de gestación el comportamiento sexual del varón se mostraba normal, y conforme fue avanzando el periodo gestacional, este deseo sexual disminuyó hasta casi no tener relaciones sexuales en algunos casos para el final de este periodo.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que en el Área de Obstetricia de los Centros de Salud de la Micro Red Edificadores Misti, se brinde una mejor información y educación a la población de gestantes que asisten a sus controles prenatales tanto como a sus parejas, para que puedan absolver inquietudes, miedos, tabúes y prejuicios en relación a su sexualidad durante la gestación, provocando así un mejor desenvolvimiento en el acto sexual durante esta etapa sin temor de dañar al feto.
2. Además, el Área de Obstetricia de la Micro Red Edificadores Misti, también podría hacer campañas para instruir y eliminar dudas en centros educativos (colegios, institutos técnicos y universidades), y así de esta manera, las madres y futuras madres que se encuentren en estos centros educativos, puedan tener conocimiento acerca de su sexualidad y cambiar su conductas sexual, para poder vivir una vida sexual plena y placentera.
3. Por último, se recomienda impartir dichos conocimientos con la pareja, contribuyendo así a un dialogo continuo entre ambos para que de esta manera pueda tener una actitud positiva con respecto a su sexualidad, a su vez, puedan preguntar de manera abierta sobre las necesidades e incomodidades durante el acto sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Weeks Jeffrey. Sexualidad. México DF. Editorial Paidós Mexicana, 1998.
- (2) Machado N. Amor y sexo en el embarazo. Colombia: San Pablo editorial; 2002
- (3) Castelo-Branco C. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005.
- (4) Arango de Montis, Iván. Sexualidad Moderna. Editorial Manual Moderno S.A de C.V, México, 2008.
- (5) Taller, Juan y Pages, Gustavo. Obstetricia Moderna. Mc Graw Hill Interamericana, Caracas 1999.
- (6) Schwartz Ricardo, Fescina Ricardo y Duverges Carlos. Obstetricia. 6ta. edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2005 p. 270
- (7) Castelo-Branco C, Sebastini M, Siseles M. Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II). Embarazo y puerperio. Sexualidad humana: una aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005, p. 231-46.
- (8) Porias Stephan. Embarazo: Manual del usuario. Editorial Leto S.A de C.V, México, 2009, p. 79.

HEMEROGRAFIA

(9) Reyes N. Juana, Troncoso Yesenia, Arias Florangel, Castillo Santa. Comportamiento sexual en embarazadas asistidas en la consulta de Obstetricia del Hospital Regional Juan Pablo Pina San Cristóbal Republica Dominicana. Rev. Med. Dom. [revista en la internet] Septiembre –Diciembre, 2007 [citado 2015 Sep. 24] ; 68(3).

Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2007/68/03/RMD-2007-68-03-046-048.pdf>

(10) González Labrador Ignacio, Miyar Pieiga Emilia. Sexualidad femenina durante la gestación. Rev. Cubana Med. Gen Integr. [revista en la Internet]. 2001 Oct [citado 2015 Sep. 24]; 17(5): 497-501.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015&lng=es.

(11) Sánchez Perruca MI, Fernández y Fernández Arroyo M, López Sáez y López de Teruel A, Martínez Barredio I, Hoyos Martínez I, Gallardo Díez Y. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. Matronas Prof. [revista en la internet] 2001[citado 2015 Sep. 24]; 2(6):23-29.

Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7590/173/influencia-de-la-actuacion-de-la-matrona-ante-la-iue-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>

(12) Mas Manuel. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Revista Internacional de Andrología [revista en la internet] 2007 Ene [citado 2015 Sep. 24].

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-fisiologia-respuesta-sexual-femenina-actualizacion-13100737>

(13) Sánchez M. Prostaglandinas y función reproductiva. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [revista en la internet] Granada, 2008. [citado 2015 Sep. 24].

Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08_pg_fn_reproductiva.pdf

(14) Gómez Cantarino S., Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. [artículo en la internet] 2012 [citado 2015 Sep. 24]; 16(33).

Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24154/1/CC_33_09.pdf

(15) Maté, M. d. C. O., González, S. L., Trigueros, M. L. Á. La conducta según Freud. OCW Universidad de Cantabria. [Artículo en la internet] Noviembre 22 del 2010 [citado 2015 Sep. 24]

Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-i/tema-1/1.2.4.1-la-conducta-segun-freud>

(16) Sapién Jose S., Córdoba Diana I. Comportamiento Sexual de Varones Durante el Embarazo: Casos en la Ciudad de México. Terapia psicológica. [Revista en la internet] 2011 [citado 2015 Sep. 24] 29(2), pp. 185-190.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78520905005.pdf>

(17) Soria B. Berta. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. Universidad de Almería, Facultad de Ciencias de la Salud, 2012. [Tesis]

(18) Contreras T. Iris. Estudio del comportamiento de la función sexual en mujeres embarazadas. Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui, Escuela de Ciencias de la Salud. Barcelona, Julio del 2010. [Tesis]

(19) Valencia G, Ángela L. Actitudes y Prácticas sexuales según trimestre de embarazo en las gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú, 2015. [Tesis]

(20) Arias Q. Elizabeth, Zeballos P. Deyanira. Conocimientos y Actitudes sobre relaciones coitales durante el embarazo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Octubre – Noviembre, 2012. [Tesis]

(21) Sofía Piñero Navero, Granada Alarcos Merino, María Tania Arenas Orta, Virginia Jiménez Iglesias, Eva María Ortega Ballesteros, María José Ramiro Figueroa. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo, Nure Investigación, nº 50, Enero – Febrero 11, España. [Tesis]

(22) Luz Marina Alonso, Miguel A. Pérez, Cristina Arias, Nereya Figueroa, Claudia Gamarra, Alejandrina Martínez, Leidy Sánchez Anny Toscano. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia). [Artículo en la internet] 2004 [citado 2015 Sep. 24] 18: 8-19. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/18/2_Caracteristicas_biopsicosociales.pdf

(23) Mónica Roxana Tamayo García, Virginia Julissa Calderón Basilio y Silvia Colunga Santos. Conductas sexuales durante el embarazo Hospital Regional de Loreto, ciudad de Iquitos. PERU. En el período Agosto – Noviembre del 2002. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. [Tesis]

(24) Juan Carlos Jiménez Manrique. Evaluación del comportamiento sexual en gestantes. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. En el periodo Junio - Julio del 2005. Universidad Católica de Santa María. [Tesis]



ANEXO N°1

Encuesta N°: _____

Encuesta sobre Conductas sexuales durante el embarazo en mujeres gestantes – Servicio de obstetricia – Micro Red Edificadores Misti. Arequipa 2015.

La presente encuesta es de carácter anónimo y voluntario, Si Ud. gusta a colaborar con el estudio, sírvase a contestar las preguntas que se presentan a continuación:

1. Edad de la gestante: _____ años

2. Grado de instrucción de la gestante:

Ninguno ☐

Primaria ☐

Secundaria ☐

Superior técnico ☐

Superior universitario ☐

3. Estado civil:

Soltera ☐

Casada ☐

Conviviente ☐

4. Edad de inicio de relaciones sexuales: _____

5. Al tener relaciones sexuales, Ud. disfruta de estas con.....como antes de su embarazo.

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE

- a) La misma satisfacción
- b) Menos satisfacción
- c) Más satisfacción
- d) No llega al orgasmo
- e) No tuvo relaciones sexuales

6. ¿Con que frecuencia tiene relaciones coitales durante su gestación?

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE

- a) 4 veces por semana
- b) 1 vez por semana
- c) Cada 10 días
- d) Cada 15 días
- e) Cada 30 días
- f) No tiene relaciones sexuales

7. En el transcurso del trimestre de su embarazo, su deseo sexual:

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE

- a) Aumento
- b) Disminuyo
- c) No cambio

8. ¿Desde que se embarazo, Ud. percibió cambios en la frecuencia de relaciones sexuales con su esposo?

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE

- a) Disminuyo la frecuencia de relaciones sexuales
- b) No deseo tener relaciones sexuales
- c) Aumento la frecuencia de las respuesta sexual
- d) No refiere cambios.

9. Si tuvo relaciones , sintió

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE

- a) Dolor
- b) Fatiga

- c) Sangrado vaginal
- d) Contracciones uterinas
- e) Ninguna de las anteriores

10. ¿Qué posiciones practica durante sus relaciones sexuales?

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE

- a) La postura del hombre arriba y mujer debajo
- b) La postura de la pareja recostados de lado
- c) La postura de la mujer arriba del hombre
- d) La postura del hombre detrás de la mujer
- e) Ninguna de las anteriores

11. Durante el acto sexual, ¿Usted realiza alguna variante sexual?

- a) Ninguna
- b) Relaciones sexuales anales
- c) Recibir sexo oral (él a ella)
- d) Sexo oral hacia el hombre (ella a él)
- e) Sexo oral mutuo
- f) Masturbarse
- g) Masturbación hacia la pareja
- h) Masturbación mutua

12. ¿Cree Ud. que las relaciones sexuales durante su embarazo causa algún daño? Especifique cuales son si la respuesta es afirmativa:

- Si ☐
- No ☐

- a) Aborto
- b) Parto prematuro
- c) Hemorragias
- d) Ruptura de bolsas
- e) Infección de las bolsas
- f) Asfixia al bebe
- g) Aplasta al bebe
- h) Disminuye el crecimiento del bebe

13. ¿Después de tener relaciones sexuales, Ud. tiene algún sentimiento de culpa?

- a) Si
- b) No

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma y de su confidencialidad, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los egresados del programa profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa Darelly Andrea Salcedo Eguia y Erick Manuel Vargas Serruto. El propósito de este estudio es identificar las conductas sexuales durante el embarazo en gestantes que acuden al área de Obstetricia de la Micro Red Edificadores Misti durante los meses de octubre, noviembre y diciembre 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario estructurado de la siguiente manera: En la primera parte mencionará sus datos generales, en la segunda parte indicará las características de su embarazo y en la tercera parte manifestará sus conductas sexuales. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Darelly Andrea Salcedo Eguia y Erick Manuel Vargas Serruto. He sido informada de que el propósito de este estudio es identificar las conductas sexuales durante el embarazo en gestantes que acuden al Centro de Salud Edificadores Misti durante los meses de octubre noviembre Diciembre 2015.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que mi firma en este documento significa que he decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma del Participante Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

ANEXO N°3



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, noviembre 17 del 2015

OFICIO N° 524 -FOYP-2015

Señor Dr.
YDO BEDREGAL CALDERON
Gerente de la Red de Edificadores Misti
Presente.-

Asunto : Solicita autorización para realizar encuestas de Investigación

Previo cordial saludo, comunico a usted que los egresados de pre grado para graduarse requieren realizar una investigación inherente a la carrera profesional de Obstetricia, motivo por el cual acudo a usted para solicitarle se sirva prestar las facilidades a los alumnos ERICK MANUEL VARGAS SERRUTO, Y DARELY ANDREA SALCEDO EGUILA, quienes realizan el trabajo de investigación intitulado “CONDUCTAS SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES GESTANTES SERVICIO DE OBSTETRICIA MICRO RED EDIFICADORES MISTI, AREQUIPA 2015”, que al término del trabajo presentarán el resumen y las recomendaciones del mismo.

Esperando contar con su apoyo para este fin, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Mter. RECARDINA DEORES FLORES
Decana de la Facultad de Obstetricia
Puericultura de la UCSM

RFF/te

ANEXO N°4

Anexo N°4																																		
N°	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	P5-1	P5-2	P5-3	P6-1	P6-2	P6-3	P7-1	P7-2	P7-3	P8-1	P8-2	P8-3	P9-1	P9-2	P9-3	P10-1	P10-2	P10-3	P11	P12	ABORTO	PARTO PREMATURO	HEMORRAGIAS	RUPTURA DE BOLSAS	INFECCION	ASFIXIA AL BEBE	APLASTA AL BEBE	DISMINUYE EL CRECIMIENTO DEL BEBE	P13	
1	22	4	2	18	2	2	2	1	2	5	2	2	2	4	2	2	5	5	5	2	2	2	1	2										2
2	27	3	3	18	1	2	2	2	3	5	3	2	2	4	4	4	5	5	5	3	2	2	7	2										2
3	29	4	3	21	2	2	5	3	3	6	3	2	2	4	1	1	5	2	4	1	2	5	7	2										1
4	29	3	3	17	2	5	5	1	6	6	3	2	2	1	2	2	1	2	5	1	5	5	1	1		1								2
5	28	3	3	16	1	2	5	2	5	6	2	2	2	1	1	2	5	5	5	1	1	5	1	1	1	1				1				2
6	32	4	2	30	2	2	5	3	3	6	2	2	2	1	1	2	5	5	5	2	2	5	1	2										2
7	31	3	3	18	2	5	5	5	6	6	3	2	2	4	4	4	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1				1		1		2
8	30	5	2	22	2	5	5	2	6	6	2	2	2	4	2	2	1	1	1	2	5	5	1	1				1				1		1
9	32	3	3	15	4	1	2	2	4	6	3	1	2	4	4	2	5	5	5	4	4	5	5	2										2
10	33	4	2	16	2	3	2	2	2	5	3	1	2	1	1	2	5	5	1	1	2	2	1	1	1	1		1						2
11	34	3	2	17	1	3	4	1	1	6	3	1	2	4	3	2	5	5	5	3	4	5	1	2										2
12	25	5	3	16	2	3	2	3	2	5	2	1	3	2	1	1	2	5	5	2	2	2	1	2										2
13	28	3	3	20	2	2	3	2	2	2	3	3	4	4	4	5	5	1	1	1	1	3	5	1					1					2
14	23	3	3	18	1	2	5	3	6	6	2	2	2	1	2	2	1	1	5	1	5	5	1	2										2
15	27	3	3	18	1	5	5	4	6	6	3	2	2	4	2	2	1	5	5	1	5	5	1	1				1						1
16	25	4	2	21	1	1	2	1	2	6	3	1	2	4	3	2	1	1	5	3	1	5	1	2										2
17	27	3	3	16	1	1	2	1	1	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	3	3	3	1	2										2
18	26	4	3	19	4	5	5	5	6	6	3	3	3	2	2	2	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1		1						2
19	37	4	3	24	2	5	5	2	6	6	2	2	2	4	2	2	1	1	1	2	5	5	1	1			1					1		1
20	32	3	3	16	2	2	2	3	4	6	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					1		1			2
21	31	4	3	17	2	1	5	4	1	6	2	2	2	2	3	1	1	4	1	1	2	1	1	1					1			1		2
22	33	3	3	18	2	5	5	1	6	6	3	2	2	1	2	2	1	2	5	1	5	5	1	2										2
23	34	5	2	20	2	2	5	2	2	6	3	3	2	4	4	2	5	5	5	2	2	5	1	2										2
24	42	2	2	22	1	5	5	2	6	6	1	2	2	3	2	2	5	5	5	1	5	5	1	1		1					1			1
25	37	4	3	24	2	5	5	2	6	6	2	2	2	4	2	2	1	1	1	2	5	5	1	1			1					1		1
26	32	4	2	17	3	3	2	3	3	5	1	1	2	3	1	2	5	5	4	3	3	5	1	2										2
27	19	3	3	16	1	2	5	2	5	6	2	2	2	1	1	2	5	5	5	1	1	5	1	2										2
28	19	3	3	17	2	2	5	5	5	6	2	2	2	4	4	4	5	2	4	2	2	5	1	2										2
29	18	3	1	16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	5	5	2	2	2	5	1	2										1
30	19	3	1	17	1	2	2	2	5	5	5	1	2	4	4	4	2	5	5	1	1	2	1	2										2
31	35	4	1	17	2	2	2	3	5	5	2	2	2	4	2	2	5	1	1	1	2	2	1	2										1
32	29	5	2	19	1	2	2	4	4	5	1	1	2	3	1	1	5	5	1	1	1	2	1	2										2
33	28	4	1	17	3	3	5	3	3	6	3	1	2	4	4	1	5	5	2	2	5	4	2											2
34	21	4	1	20	2	2	5	2	5	5	2	2	2	2	2	2	5	5	5	2	2	5	1	1					1			1		1
35	18	4	3	17	2	5	5	3	6	6	2	2	2	4	4	4	2	5	5	2	5	5	1	1				1						2
36	31	3	3	18	2	5	5	5	6	6	3	2	2	4	4	4	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1		1			1			2
37	26	4	1	15	1	2	5	2	2	6	3	2	2	3	1	2	2	2	5	1	2	5	1	1							1			2
38	34	4	2	30	2	2	5	3	3	6	2	2	2	1	1	2	5	5	2	2	5	1	2											1
39	18	3	3	16	1	2	5	2	2	6	3	2	2	3	1	2	2	2	5	1	2	5	1	1							1			2
40	33	3	3	18	2	5	5	1	6	6	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	5	5	1	1				1						2
41	18	3	3	17	1	2	2	2	5	5	1	2	2	4	4	4	2	5	5	1	1	5	1	1							1			1
42	31	3	3	17	2	1	5	4	1	6	2	2	2	2	3	1	1	4	1	1	2	1	1	1				1				1		1
43	18	3	1	16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	5	5	5	2	2	5	1	1	1	1		1			1			1
44	32	3	3	16	2	2	2	3	4	6	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1			1			2
45	37	3	3	17	2	2	5	5	5	6	2	2	2	4	4	4	5	2	4	2	2	5	1	2										2
46	18	3	3	16	1	2	5	2	5	6	2	2	2	1	1	2	5	5	5	1	1	5	1	1		1			1					2
47	34	3	3	21	2	2	2	2	2	5	2	2	2	1	1	1	5	5	5	2	2	2	1	2										2
48	24	4	3	19	4	5	5	5	6	6	3	3	3	2	2	2	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1		1						1
49	24	3	3	16	1	1	2	1	1	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	3	3	3	1	2										2
50	34	3	3	21	2	2	4	2	2	5	2	2	2	1	1	1	5	5	5	2	2	2	1	2										2
51	25	4	2	21	1	1	2	1	2	6	3	1	2	4	3	2	1	5	3	1	5	1	2											2
52	32	3	3	16	5	2	5	6	2	6	2	2	2	1	1	1	4	1	5	5	1	5	1	2										1
53	22	3	3	18	1	5	5	4	4	6	3	2	2	4	2	2	2	1	5	5	1	5	5	1	1			1				1		1
54	22	3	3	18	1	2	5	3	6	6	2	2	2	1	2	2	1	5	1	1	5	1	2											2
55	28	3	3	20	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	1	1	1	3	5	1				1						1
56	20	4	3	16	3	3	2	1	1	5	1	1	2	3	3	1	5	5	5	2	2	2	1	2										2
57	26	3	3	19	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	3	2	5	1	2													2
58	29	4	2	18	2	2	5	1	1	2	2	3	2	4	1	1	1	1	4	1	2	2	1	1			1							1
59	25	4	2	18	2	2	5	1	1	6	2	3	2	4	1	1	1	1	4	1	2	2	1	1			1							1
60	28	4	3	23	1	2	2	4	5	6	3	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	5	1	1					1					2
61	26	4																																