

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Obstetricia y Puericultura



“Conocimientos y Actitudes sobre Relaciones Coitales durante el Embarazo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Octubre – Noviembre 2012”

Trabajo de Investigación Presentado por:

- BACH. ELIZABETH VIVIANA ARIAS QUISPE
 - BACH. DEYAMIRA MILDRED ZEBALLOS PAREDES
- para optar el Título Profesional de Licenciadas en
Obstetricia y Puericultura

Arequipa - Perú

2012

DEDICATORIA

A Dios por haberme regalado el Don precioso de la vida y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres y padrinos porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí gracias por su invaluable contribución

A Mis hermanas y hermanos, Olga, Maritza, Ana, Luis y Elisban por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A Mis sobrinos, Johana, Alex, Paul y Matías para que vean en mí un ejemplo a seguir.

A Todos mis amigos y amigas por compartir los buenos y malos momentos conmigo gracias por su apoyo.

E.V.A.Q

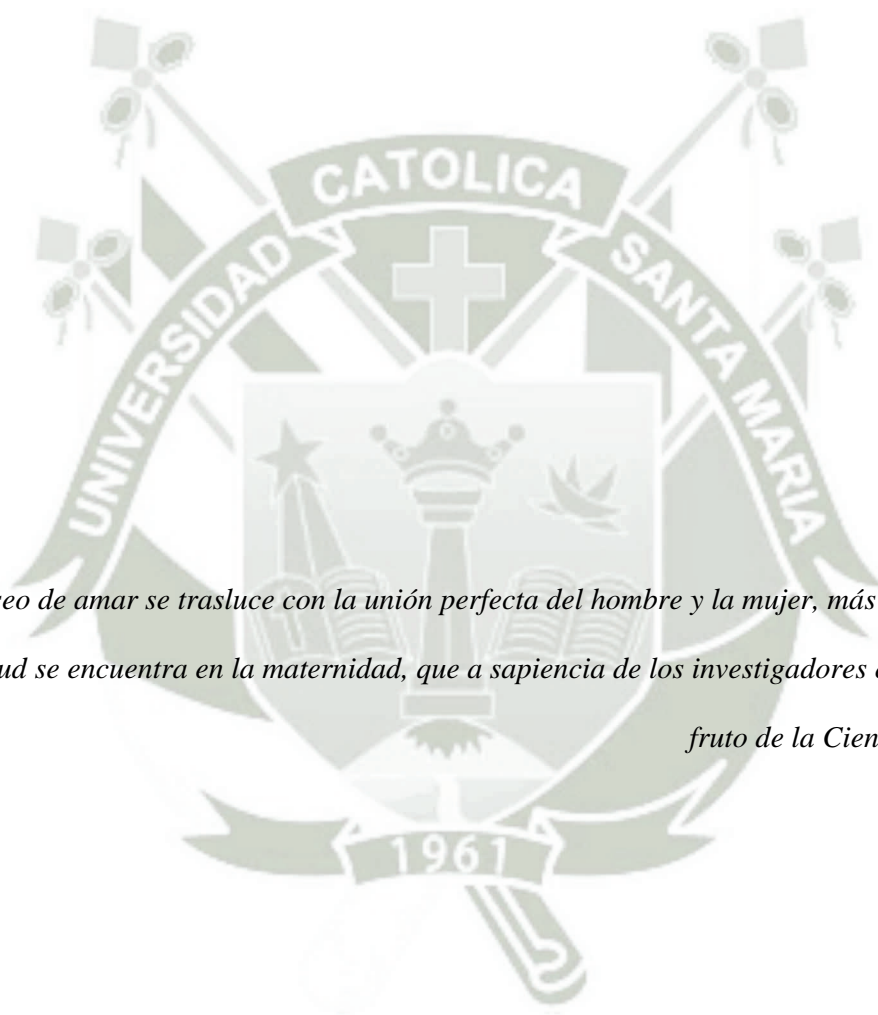
Ha sido un año lleno de esfuerzos y sacrificios cerrada esta etapa, me queda agradecer principalmente a Dios por demostrarme que soy uno de sus hijos preferidos por ayudarme a levantarme de mis fracasos para aprender de ellos y permitirme realizar el sueño mas importante de mi vida.

A mis padres quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es El de ustedes !los amo! A los que nunca dudaron que lograria este triunfo. Mis hermanos, cuñados, sobrinos, tios, primos y mis abuelitos (Qepd),

A mis profesores que me han acompañado a lo largo del camino, agradeciendo su paciencia y su valioso tiempo porque me ha servido como ejemplo.

A mis amigos que entre bromas y juegos nunca dudaron que lo lograria y a mi Angel que siempre me acompaña día a día y guía mi camino favoreciéndome hacia un mejor destino.

D.M.Z.P



Epígrafe

El deseo de amar se trasluce con la unión perfecta del hombre y la mujer, más su máxima plenitud se encuentra en la maternidad, que a sapiencia de los investigadores es el mayor fruto de la Ciencia Divina.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS	49
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	59
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	72
Anexo 1: Consentimiento informado.....	73
Anexo 2: Cuestionario de conocimientos.....	74
Anexo 3: Cuestionario de actitudes.....	77
Anexo 4: Matriz de sistematización de información.....	78
Anexo 5: Croquis.....	84

RESUMEN

Antecedente: El tema de las relaciones coitales durante el embarazo es considerado tabú por muchas personas, pero es un aspecto innegable de la sexualidad humana.

Objetivo: Identificar el nivel de Conocimientos y conocer las Actitudes sobre las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Material y métodos: Se aplicó la técnica de la encuesta a una muestra representativa de 270 mujeres, aplicando una encuesta de conocimientos de opción múltiple y una de actitudes en escala de Likert, ambas previamente validadas. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: De las 270 pacientes evaluadas 198 gestantes tienen un nivel de conocimientos con respecto a las relaciones coitales deficiente, 33 gestante su nivel de conocimiento regular, 36 gestantes tuvieron un nivel de conocimiento bueno y 3 de ellas tienen un muy buen nivel de conocimiento. En tanto que se demostró que un 81.85% conoce sobre las complicaciones que hacen que desistan de tener relaciones coitales en tanto que, un 74.44% evitaría tener relaciones coitales con factores de riesgo, un 44.44% menciona que su deseo sexual cambio a partir del embarazo, con respecto a las relaciones coitales después de los 6 meses de embarazo un 41.11% señaló que se abstendría totalmente, a su vez en cuanto a los efectos dañinos al feto un 36.67% indico que por creencia al tener relaciones coitales la penetración le haría daño a la cabeza fetal, con respecto a las posiciones por las cuales optarían para tener relaciones coitales respondieron

correctamente un 34.81% opta por la posición la mujer arriba, en tanto que un 32,22% respondió que tendrían relaciones coitales al final del embarazo si todo transcurre con normalidad, el 26.67% piensa que el tener relaciones coitales es un ejercicio que prepara los músculos para el parto, el 26.30% de embarazadas tendría relaciones coitales si tuviese un embarazo múltiple sí, no existe ninguna complicación. Con respecto a las actitudes que tienen las mujeres embarazadas de las 270 pacientes evaluadas se encontró que 167 gestantes tienen una actitud adecuada en tanto que 103 mujeres embarazadas tienen una actitud inadecuada a su vez se demostró que, con respecto a las relaciones coitales un 96.30% siente necesidad que se informe sobre las relaciones coitales dentro de los controles pre- natales, a su vez un 85.56% evitaría tener relaciones coitales en el embarazo, el 70% de mujeres embarazadas encuestadas piensa que los cambios que ocurren en el embarazo afectan su libido, el 50.74% expresa que tiene temor y vergüenza de preguntar sobre relaciones coitales al personal de salud cuando acuden a los consultorios de obstetricia y Gineco-obstetricia, un 48.52% expresa que al tener relaciones coitales condicionarían una amenaza de aborto, en tanto que solo un 41.48% tendría relaciones coitales solo por satisfacción propia, el 39.63% describe que hay una disminución de la vida coital en el embarazo, en tanto que un 20.74% respondió que el tener relaciones coitales en el embarazo no es importante.

Conclusiones: En las mujeres embarazadas que consultan al Hospital Honorio Delgado, los conocimientos sobre las relaciones coitales en el embarazo son deficientes, aunque las mujeres tienen una actitud favorable hacia las mismas.

PALABRAS CLAVE: Relaciones Coitales – Embarazo – Conocimiento – Actitudes

ABSTRACT

Background: The issue of intercourse during pregnancy is considered taboo by many people, but it is an undeniable aspect of human sexuality.

Objective: To identify the level of knowledge and learn attitudes about intercourse during pregnancy in pregnant women attending the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza.

Methods: We applied the technique to survey a representative sample of 270 women, using a survey of multiple choice knowledge and attitudes on Likert scale, both previously validated. Results are shown using descriptive statistics.

Results: Of the 270 patients evaluated 198 pregnant women have a level of knowledge regarding the poor intercourse, 33 pregnant women regulate their level of knowledge, 36 pregnant women had a good level of knowledge and three of them have a very good level of knowledge. While it was shown that a 81.85% know about the complications that do desist from having intercourse while a 74.44% avoid having intercourse with risk factors, a 44.44% mention that their sex change from pregnancy with respect to intercourse after 6 months of pregnancy a 41.11% said it would abstain completely turn about the harmful effects to the fetus one 36.67% indicated that belief to have intercourse penetration would hurt the fetal head, with respect to the positions for which they would choose to have intercourse 34.81% correctly answered one chooses the woman on top position, while a 32.22% responded that they would intercourse late in pregnancy if all proceeds normally, the 26.67% think that having intercourse is an exercise that prepares the muscles for childbirth, 26.30% of pregnant intercourse would if I had a multiple pregnancy itself, there is no complication. With regard to the attitudes of pregnant women have the 270 patients evaluated 167 pregnant women were found to have a right attitude while 103 pregnant

women have a poor attitude in turn was shown that, with respect to 96.30% intercourse one feel the need to report on intercourse within antenatal checks, turn a 85.56% avoid having intercourse during pregnancy, 70% of pregnant women surveyed think that the changes that occur in pregnancy affect your libido , 50.74% expressed the fear and shame that has to ask about intercourse when health personnel attend clinics of obstetrics and Gynecology and Obstetrics, a 48.52% expressed that having intercourse would condition a threatened abortion, while only 41.48% have intercourse just for self-satisfaction, the 39.63% disclosed that there is a decrease in coital life pregnancy, while a 20.74% responded that having intercourse during pregnancy is important.

Conclusions: In pregnant women who visit the Honorio Delgado Hospital, knowledge about intercourse are deficient in pregnancy, although women have a favorable attitude towards them.

KEYWORDS: Intercourse - Pregnancy - Knowledge – Attitudes

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es hoy en día un tema bastante popular a pesar de que el sexo sigue siendo un tabú en nuestra sociedad, no tomándosele la debida importancia que este implica y más aún en una etapa tan importante y de transición como es la gestación.

En nuestro país y en nuestra sociedad existen muy pocas referencias de estudios al respecto y estos sumados a los realizados en otros países demuestran que el embarazo influye inexorablemente sobre la sexualidad de la mayoría de las personas.

La mujer durante el embarazo sufre múltiples modificaciones anatómicas, funcionales, psicológicas y sociales haciendo que el campo de la sexualidad sea particularmente influenciado por la presencia del nuevo ser. Algunas mujeres embarazadas se encuentran con la sensación de incomodidad por el crecimiento abdominal propio de la gestación y el mismo temor a lastimar el feto las llevan a la abstinencia voluntaria de toda relación sexual.

Debido a las razones expuestas, la sexualidad, forma parte de un gran interés para sociólogos, antropólogos, psicólogos, educadores y médicos. Tanto en los Estados Unidos, Europa y también América Latina existen muchas investigaciones que exploran las actitudes hacia la sexualidad. Sin embargo el sexo y la sexualidad se deben tomar en cuenta no solo en teoría, conocimientos, procedimientos, técnicas y métodos, sino que además se debe impartir la importancia y valor, desarrollando actividades positivas hacia éstas.

Por tal motivo nuestra investigación decide evaluar el nivel de conocimientos y actitudes sobre sexualidad durante la gestación, dado que la salud reproductiva es parte de la salud integral y es necesario conocer las necesidades y los problemas que las

embarazadas enfrentan, siendo la sexualidad un componente del desarrollo humano y parte esencial de la salud integral haciendo que la participación de la mujer en relación a su pareja sea más activa, dejando de lado el papel sumiso que antiguamente le tocaba representar.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

“Conocimientos y Actitudes sobre Relaciones Coitales durante el Embarazo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Octubre- Noviembre 2012”

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud Humana
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco-Obstetricia
- Línea: Salud Sexual

b) Operacionalización de Variables

Variables	Indicador	Sub-indicador
Variable Independiente:		
1.- Conocimientos sobre Relaciones Coitales en el Embarazo	Puntaje alcanzado en escala vigesimal	Deficiente..... (0-10) Regular(11-13) Bueno..... (14-16) Muy bueno..... (17-20)
2.- Actitudes hacia las Relaciones Coitales en el Embarazo	Resultado de escala de Likert	Adecuadas Inadecuadas
Variables intervinientes:		
- Características socio demográficas	Edad materna	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años >=35 años
	Estado civil	Soltera /divorciada Conviviente Casada
	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior
	Edad gestacional	I Trimestre II Trimestre III Trimestre
	Paridad	Nulípara Primípara Multípara

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre las Relaciones Coitales durante el embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuáles son las actitudes hacia las Relaciones Coitales durante el embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

d) Tipo de Investigación

Es un estudio de campo porque se recolectó información de los diferentes consultorios de Gineco-Obstetricia.

e) Nivel de investigación.

- El estudio es observacional, debido a que los resultados esperados se basa en la observación no participativa de las unidades de estudio.
- Estudio de corte transversal, porque las mediciones de las variables se hacen en una sola ocasión.
- Es retrospectivo, porque en el tiempo que se analiza es el presente, pero con datos del pasado.
- Es descriptivo, porque no se pretende analizar las causas de las conductas sino solo observarlas.

1.3. Justificación del problema

- A) Originalidad:** El presente trabajo, se trata de un estudio singular y de originalidad puesto que, en nuestra población, se presenta un problema muy frecuente al respecto, como lo es la información que se debe ofrecer sobre la función sexual en la gestación, así como esclarecer las interrogantes y la inadecuada información, para asegurar que estos cuenten con todas las explicaciones del caso para poder tener presentes todos los aspectos de importancia respecto a éste periodo, ya que la sexualidad es un campo poco conocido debido a sus creencias, mitos y costumbres en cuanto a la gestación.
- B) Relevancia científica.-** Dado que es de gran importancia el conocimiento de este tipo de estudio, la sexualidad toca algunos de los aspectos fundamentales de la vida humana. Durante el embarazo, época relevante en la vida de la mujer, el ejercicio de la función sexual se encuentra presente en todo momento de manera que, los cambios que se producen en este deben de ser explicados por la comunidad científica en su debida oportunidad como parte importante del bienestar de la mujer embarazada.
- C) Relevancia Práctica.-**El estudio tiene relevancia práctica ya que permitirá evaluar el nivel de conocimientos y actitudes y así diseñar estrategias para mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes en cuanto a su sexualidad en una etapa importante de su vida, lo que se traduce en su relevancia social.
- D) Contemporáneo.-** El estudio es contemporáneo dada la importancia actual que se da a la salud sexual y reproductiva de manera más abierta en las mujeres sin la presión de tabúes en nuestra sociedad moderna.

E) Factible.-El estudio es factible dado que su diseño es retrospectivo en el que se cuenta con una población accesible y de gran tamaño en la que es posible controlar factores de error.

Además de satisfacer nuestra motivación personal, de realizar un estudio en el área de la salud sexual y reproductiva en la especialidad de Obstetricia, lograremos una importante contribución académica al campo de esta profesión, y por el desarrollo del proyecto en la etapa de obtención del título profesional, cumplimos con las políticas de investigación de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

1.4. Objetivos.

- 1) Identificar el nivel de Conocimientos sobre las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- 2) Conocer las Actitudes hacia las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

1.5. Hipótesis.

Dado que en nuestra sociedad aún carente de múltiples conocimientos y basada en mitos y creencias sobre las relaciones coitales, es probable que exista un bajo nivel de conocimientos y actitudes negativas hacia las relaciones coitales durante el embarazo en mujeres gestantes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Conocimiento:

El conocimiento es un conjunto de información que se adquiere a través de la experiencia o del estudio y que puede ser organizado sobre hechos accesibles a distintos observadores; entonces la ciencia se puede denominar como el conjunto de técnicas y procedimientos que se utilizan para alcanzar ese conocimiento.¹ Por tanto es la ciencia o percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje. Están dados por una serie de pautas, conceptos e ideas que tienen las personas. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales del hombre (observación, memoria, capacidad de juicio) a medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.²

2.1.1. Niveles de conocimiento

- a) El conocimiento sensible, consiste en captar un objeto por medio de los sentidos.
- b) El conocimiento conceptual, consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual es universal.
- c) El conocimiento holístico, (también llamado intuitivo). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual.

¹.- DÁVILA, Manuel Las Revistas Científicas y su Relación con la Comunicación de la Ciencia, 2012

².-ZAMALLOA T. Victoria, Zamalloa Ybarburi y Caparo Z. Cesar Investigación Científica en Salud

2.1.2. Teorías sobre el origen del conocimiento

- a) **Empírico:** Es un sistema filosófico que adopta la experiencia como base del conocimiento. Es decir que el conocimiento es producto de la experiencia, porque solo son conocimientos las nociones de la experiencia.
- b) **Sensorial:** Es todo conocimiento en cuya ejecución intervienen directamente órganos corporales como son los sentidos externos y el cerebro.

La actividad cognoscitiva constituye una de las formas a través de las cuales el hombre establece su relación con el mundo. En virtud de ella el hombre va aprendiendo progresivamente los rasgos que caracterizan los entes, que se convierten en objeto de conocimiento. Sin lugar a dudas el conocimiento desempeña un rol fundamental en la experiencia humana.³

2.1.3. Conocimientos sobre sexualidad

Las concepciones actuales sobre sexualidad humana han abandonado la perspectiva exclusivamente biológica de los inicios o, inclusive, la visión psicológica que dominó los debates teóricos por muchas décadas. Actualmente se reconoce que la sexualidad humana precisa ser observada en distintos niveles. A nivel individual, la sexualidad representa que, una persona estando físicamente equipada como ser sexuado (dimensión biológica) experimenta deseos sexuales y reflexiona (dimensión psicológica) sobre el significado y calidad de las experiencias sexuales, a la luz de las normas sociales y las representaciones culturales dominantes sobre el tema (dimensión social) a nivel colectivo, por otro lado, la sexualidad es una parte de la cultura, ya que toda cultura incluye un conjunto de representaciones, ideologías, normas y significados vinculados a contenidos sexuales, los

³- Hernández. Metodología de la Investigación Científica. 2da Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores. México. 2000.

cuales organizan la visión de lo sexual dentro de la cual todos los sujetos de dicha cultura son socializados.⁴

La ideología actual tradicional en occidente es fundamentalmente restrictiva y se estructura sobre una base moral estoica donde la sexualidad legítima es exclusivamente heterosexual y se limita a lo genital y a su función reproductora, permitidas solo dentro del matrimonio. Sus raíces más profundas se encuentran en la tradición judeocristiana esta etiología es heterogénea en occidente, y a experimentado cambios rápidos en las últimas décadas, casi homogéneamente en la dirección de una mayor tolerancia hacia las opciones individuales y la diversidad internacional de concepciones en torno a la salud sexual y reproductiva y, más recientemente, en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS 1975), la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual a través de medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.⁴

2.2. Actitudes:

En la literatura internacional se suele definir una actitud como una “tendencia a evaluar una entidad con algún grado de aceptación o rechazo, normalmente expresado en respuestas cognitivas, afectivas o conductuales”. El concepto de actitud es definido como cualquier entidad abstracta o concreta hacia la cual se siente una predisposición favorable o desfavorable.⁵

Las actitudes incluyen un componente cognoscitivo; los pensamientos afectivos, los sentimientos y conductas hacia la predisposición a actuar. Una actitud sin embargo, puede

⁴- Ardila Henry, Jeffrey Stanton, Luis Gauthier. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH-SIDA con hsh.LCLCS, ONUSIDA. Bogotá, 1999. Pág. 50-64

⁵- AIKEN L. Attitude and Related Psychosocial Constructs. E.E.U.U. Sage Publications. 2002.

manifestarse o no en una conducta, dependiendo de una serie de factores ambientales que favorezcan, que aparezca o se inhiba. ⁶

Las actitudes son adquiridas, nadie nace con una predisposición positiva o negativa específica hacia un objeto de actitud. La forma en que se aprenden las actitudes es variada. Proviene de experiencias positivas o negativas hacia el objeto de actitud y se vuelven inevitables: todos adquirimos ciertas actitudes hacia aquellos objetos o situaciones a las que hemos sido expuestos.

Las actitudes también se pueden expresar por lo que decimos y además se manifiestan por los gestos, ademanes y posturas corporales de acuerdo a sus intereses; ejercen un papel motivador en las conductas, es decir, que de acuerdo al interés o intereses varía la actitud del individuo, en general están directamente influenciadas por nuestras experiencias o vivencias, nuestras emociones, sentimientos y fundamentalmente por nuestras convicciones. Actualmente la concepción más actual de la actitud es la formulada por Katz y Scotland (1995) los que sostienen que es “como una tendencia y predisposición del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o estímulo del mismo”.

2.2.1. Tipos de actitud:

- a) Actitud de aceptación:

Es la posición más aceptable para el sujeto (positivas).

- b) Actitud de rechazo:

Posición más objetable, lo que más detesta (negativas).

2.2.2. Propiedades de las actitudes:

⁶- TRIANDIS H. C “Actitud y Cambio de Actitudes”. Editorial Nova. 1993.

- **Dirección:** La actitud puede ser positiva (de acuerdo) o negativa (en desacuerdo), en algunos casos es explicable hablar de una actitud neutral (indiferente) cuando el sujeto no es ni positivo ni negativo hacia el objeto.
- **Intensidad:** La actitud es alta si el sujeto está fuertemente convencido que la actitud es justificada y baja si el sujeto no piensa así.
- **Estabilidad:** La actitud es estable si permanece invariable para un periodo largo.
- **Fortaleza:** Es fuerte, si por ejemplo es difícil de cambiar a través de persuasiones y propagandas y suave si cambia fácilmente.
- **Importancia:** Es grande si influye sobre la conducta de la persona en muchos campos y actividades.

2.2.3. Medición de las actitudes:

- a) **Escala:** Es un instrumento que consiste en una serie de frases o ítems a los cuáles el sujeto debe responder, estas difieren marcadamente no solo en su morfología sino también en su construcción, tenemos: diferenciales (Thurstone), aditivas (Likert) y acumulativas (Guttman).⁷
- b) **Escala de Likert:** Es un método de asignación numérica a declaraciones o aseveraciones para medir actitudes o creencias de las personas. Las características importantes de este método son:
 - Los promedios de los encuestados (1, 2, 3 y 4) reflejan la fuerza de la actitud o creencia para cada ítem.
 - Los promedios de preguntas diferentes se pueden sumar y obtener un índice global o aditiva de las actitudes o creencias medidas. Por esta última razón es

⁷.- MORALES P. Medición de actitudes en Psicología y Educación. Madrid. 2000.

conocida como una escala de evaluación sumatoria. La escala de Likert es usada extensamente en estudios de psicología industrial, clínica y social.⁸

2.2.4. Actitudes Hacia la Sexualidad

Una actitud es una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia un objeto. También las actitudes influyen decisivamente en nuestra conducta, en especial en los casos en los que nos sentimos implicados personalmente.

En el caso de la sexualidad, las actitudes se darían de forma súbita debido a que todos nos sentimos de una u otra forma implicados, forjando así nuestras actitudes en nuestras experiencias personales y en cuanto a nuestra propia sexualidad.

- **Actitudes positivas**

Las actitudes positivas tienen aquellas personas que comprenden que la dimensión sexual es una fuente de riqueza que debe ser vivida a plenitud. Estas personas, mantienen ideas positivas hacia el lado erótico, se comprometen personalmente en el cultivo de la sexualidad, son abiertas y respetuosas hacia las demás opciones sexuales, no tienen dificultades para verbalizar cuestiones relacionadas con el sexo, y consideran que la educación sexual es muy necesaria. Por tanto las barreras de intimidad y modestia naturales pueden descender para compartir una intimidad real.

Las actitudes positivas que produce la gestación con respecto al sexo, ahuyentan la ansiedad y los procesos que la producen como son: el temor, el desagrado respecto al propio cuerpo y más aún la misma preocupación en relación a su pareja. Al despertar el interés sexual o coital de la gestante aumenta el flujo sanguíneo, el cuerpo no puede responder sexualmente a la estimulación, y la mujer solo presenta lubricación. Una actitud

⁸- **LIKERT R.** The method of constructing an attitude scale. Archives of Psychology. 1932. 140: 44-53.

positiva referente al sexo, con la consiguiente pérdida de ansiedad, hace que la gestante facilite la respuesta de su cuerpo frente al estímulo.⁹

- **Actitudes Negativas**

La actitud negativa la tienen aquellas personas que tienden a pensar que todo lo relacionado con el sexo es peligroso puede ser perjudicial, puede provocar dolor y vergüenza. Surgen de las emociones negativas asociadas tales como los sentimientos de culpa y los miedos tienden a pensar que la educación sexual es demasiado delicada para tratar en el día a día.

2.3. Sexualidad

Es el conjunto de condiciones estructurales, anatómicas, fisiológicas, comportamentales y funcionales que permiten el ejercicio de la función sexual humana, abarca nuestros sentimientos, nuestra conducta sexual y la manera de relacionarnos con los demás en definitiva la forma de vivir entre hombres y mujeres.

La sexualidad es una dimensión de la persona que acompaña al ser desde el momento de la fertilización hasta el nacimiento, y de ahí hasta la muerte. Durante el transcurso de la vida, frente a los factores ya mencionados se le sumarán otros de orden ético, moral, político, de comunicación, de género, y los relacionados con el erotismo y la reproducción; por lo que, el término sexualidad se refiere al conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes,

⁹.- Cáceres Velásquez Artidoro Manual de sexología Lima Perú 2002Biblioteca UCSCM

sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social.¹⁰

La sexualidad es innata al ser humano, una parte de su desarrollo es instintivo y la otra es aprendida. Distinguir entre los aspectos naturales y los condicionamientos sociales que nos imponen determinadas metas y conductas, a menudo, resultan muy difíciles. Toda persona en las distintas etapas de su vida enfrenta la contradicción entre la necesidad innata de liberar su energía sexual y las necesidades culturalmente aprendidas que orientan su sexualidad. La contradicción entre ambas fuerzas marca el desarrollo sexual del individuo.¹¹ De acuerdo con la manera en que vayamos manejando ambos aspectos, y logremos integrarlos con otras esferas de nuestra individualidad, es lo que, sin dudas, definirá la forma de vivir nuestra sexualidad. En dicho ámbito esto traduce la capacidad de establecer y mantener relaciones, de comunicar nuestras necesidades, gustos y conflictos, el tipo de pareja que se desea establecer, el nivel de aceptación de nuestra imagen corporal, así como la intensidad del disfrute sexual. Al abordar la sexualidad es obligado mencionar sus tres componentes básicos: el biológico o sexo biológico del individuo que anatomofisiológicamente lo representará toda su vida; el psicológico, el cual surge gracias al proceso de interpretación del yo; y finalmente el social.¹¹ Los tres interactúan a lo largo de toda la existencia humana, y de esta misma manera repercutirán sobre las diversas etapas de nuestro ciclo vital.

La Sexualidad está estrechamente asociada con la realización personal, el estilo de interrelaciones con nuestros semejantes, el proceso de formación de pareja y de familia, así como con los afectos. La afectividad, la identidad y la personalidad van de la mano junto con el desarrollo de la sexualidad. La personalidad determina la expresión de la sexualidad

¹⁰- **Weeks J.** Sexualidad. México DF: Editorial Paidós Mexicana; 1998.p.21-5.

¹¹ **Barberá E.** Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología. Madrid: Ediciones Pirámides; 2000.p.47-9.

que adoptará diferentes caracteres individualizados que reflejan las particularidades de cada persona y su historia. En el modelo de personalidad del ser humano interviene lo sociocultural unido a la amplia gama de elementos motivacionales que acontecen en su entorno natural y social. A través de la personalidad se cristalizan importantes valores que definen rasgos esenciales en el individuo, como la identificación del sexo psicológico.

Se define a la sexualidad como elemento constitutivo de los seres humanos que se expresa con un lenguaje que posibilita una comunicación plena total y trascendente. La sexualidad está conformada por elementos biológicos es decir, el sexo; los psicológicos, como es el sentir y pensarse como hombre y mujer y en lo social que es el comportamiento que establece la sociedad para cada sexo, entonces se puede entender a la sexualidad como la forma en que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer de acuerdo a las normas y valores propias de su cultura y de su época.

Así pues los seres humanos en todas sus acciones manifiestan su sexualidad en la forma de vestir, de hablar, hasta de aquella en la que demuestran sus afectos, las relaciones con los demás, la búsqueda de la intimidad y del placer. Al igual que con la palabra sexo; en muchas ocasiones el termino sexualidad se ha usado para referirse solo para las actividades que tienen que ver como el placer, sin embargo como ya se mencionó, la sexualidad forma parte de cualquier expresión humana, ya sea con búsqueda de placer sexual, o sin ella.¹²

2.3.1. Embarazo

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios

¹².- Weeks J. Sexualidad. México DF: Editorial Paidós Mexicana; 1998.p.21-5.

fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.¹³ En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.¹⁴

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

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.¹²

Embriogénesis.- Se denomina embriogénesis a los primeros estadios del proceso reproductivo por el cual dos gametos femenino y masculino se unen para formar un huevo o cigoto y su posterior desarrollo que abarca el transporte y la implantación en el útero materno y se extiende hasta el comienzo de la etapa fetal¹⁵.

2.3.2. Sexualidad durante 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,

¹³.- Barberá E. Intervención en los ámbitos de la sexología y de la ginecología. Madrid: Ediciones Pirámides; 2000.p.47-9.

¹⁴.- Tsng, Luis E. ; Mere. Juan F. Ginecología y Obstetricia. Vol. 42 N°3 diciembre de 1996

¹⁵.- Schwarcz, Ricardo; Carlos Duverges, Obstetricia 6ta edición 2008

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.

Muchas parejas reportan que las relaciones sexuales durante el embarazo son más placenteras que nunca. La razón es porque los estímulos sexuales son más rápidos por el alto nivel de hormonas. La zona pélvica durante el embarazo se encuentra congestionada de sangre como se requiere en la excitación sexual.

La congestión de sangre en la cadera durante la excitación es uno de los estímulos para la lubricación vaginal. Un apoyo psicológico del embarazo, para el placer sexual, es que no se tiene preocupación por el uso de anticonceptivos. En el primer y tercer trimestre tiende a bajar el deseo sexual, en mucho por el gran movimiento hormonal del inicio del embarazo; lo cual además produce la sensación de náusea y fatiga; mientras que en el tercer trimestre el volumen corporal afecta tanto el movimiento como la auto imagen de la mujer. Existen casos donde se presenta un aborto o se inicia el parto, es muy importante saber que entre el 20% y el 30% de las mujeres experimenta sangrado vaginal en las primeras 20 semanas de embarazo, lo cual alarma mucho sobre todo a las madres primerizas. Finalmente debemos tomar en cuenta que se deben abstener de tener relaciones coitales si presentaran las siguientes patologías como son: el sangrado por genitales, pérdida de líquido amniótico con característico olor a lejía, intenso dolor de cabeza, etc. O que tenga diagnostico medico de placenta previa, amenaza de aborto, infección vaginal, entre otras.¹⁶

¹⁶.- **Martínez**, José Jaime -Relaciones Sexuales durante el Embarazo - consulta sexual 24 Jun 2009 07:21:27 GMT – México.
www.consultasexual.com.mx

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes:

- Para unos la gestación puede ser un período de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de sus deseos sexuales.
- Algunas mujeres embarazadas se encuentran con la sensación de incomodidad propio de la gestación y el mismo temor a lastimar el feto las llevan a la abstinencia voluntaria de toda relación sexual es así que se hace necesario modificar las posiciones coitales, y se reporta la posición latero-lateral o la entrada por detrás como más aconsejables, manejables y agradables para las mujeres.
- Específicamente se piensa que durante el último trimestre del embarazo, se pierde interés sexual en las féminas por su apariencia física, o por temor a dañarlas, lo que hace que disminuya la libido.
- Existe el mito de que las mujeres no sienten deseos sexuales durante el embarazo. Esta época suele ser descrita como una época de beatitud en que los más caros deseos de la mujer estén satisfechos, se les pinta como totalmente absorbidas por la gestación y no pueden interesarse en otra cosa.

Es imposible desde luego generalizar sobre el deseo sexual durante el embarazo, a causa del carácter altamente individualizado y personalizado de la sexualidad humana; sin embargo, está demostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación.¹⁷

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

¹⁷.- **González, L. I.**; y Miyar P. E.: Sexualidad Femenina Durante la Gestación Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5): 497-501

produzca algún daño fetal, pero la actividad sexual debe evitarse cuando exista amenaza de aborto o parto pre término. La opinión más generalizada es que la actividad sexual no suele causar daño antes de las últimas 4 semanas de gestación, los riesgos y beneficios de las relaciones coitales al final del embarazo no se han establecido con claridad, no se ha logrado demostrar que influyan como causa de parto pre término, rotura de membranas amnióticas, hemorragias o infección.¹⁵

2.3.3. Beneficios y Ventajas sobre de las Relaciones Coitales durante el Embarazo

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 la conducta sexual. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin duda influye en el comportamiento sexual de la mujer. Cuando la mujer queda embarazada, su cuerpo inicia una serie de 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 aseverando que:

- ✓ **Durante el primer trimestre del embarazo.-** Se observa una marcada variación en los modelos de conducta y capacidad de respuesta sexual. Las mujeres que experimentan náuseas y vómitos durante este período tienen una disminución de su

interés por la actividad sexual y una reducción de ésta, mientras que otras presentan un aumento de la libido.

- ✓ **Durante el Segundo Trimestre de Gestación.-** Se reporta un aumento de la actividad sexual, dicho aumento de la reacción sexual según estudios en cuanto a intensidad y eficacia es independiente del número de partos anteriores o de la edad dado que el vientre se agranda rápidamente, entonces surge la preocupación sobre la posibilidad de dañar al feto y no hay peligro de que esto ocurra ya que el feto está protegido por el útero y la pared abdominal.

- ✓ **Durante el tercer trimestre de la gestación.-** El sexo durante el embarazo produce un cambio que puede resultar positivo o a su vez negativo.

Al tener relaciones sexuales no le harán daño al bebé porque el saco amniótico y los fuertes músculos del útero lo protegen, el grueso tapón mucoso sella el cuello uterino otorgando protección.

Ventajas

- ✓ **Es más espontáneo y relajado**

En las parejas que quedan embarazadas, es ahora el momento en que realmente puedan disfrutar de su sexualidad espontáneamente sin pensar en termómetros calendarios y días especiales del ciclo para poder tener sus relaciones.

✓ **Despierta sentimientos más profundos**

Algunas cosas a tener en cuenta es que la sexualidad debe darse como un complemento de otros aspectos en la vida de pareja. No es necesario el número de veces si no la intensidad para llegar a un estado de satisfacción mutua. Poniendo énfasis más en el amor que en la relación sexual propia.

✓ **Es más romántico**

Existen las variantes sobre las posiciones para el sexo descrita en muchos manuales. A veces es suficiente un beso, una caricia, un abrazo, una cena con velas o una ducha juntos. La comunicación con la pareja es fundamental acorde con las cosas que más les guste tal vez ahora deberán prepararse para el momento durante mucho más tiempo que antes y de muchas formas.

✓ **Prepara los músculos para el parto**

Una buena sexualidad durante el embarazo es importante, ya que prepara el cuerpo para un parto vaginal, hace que los músculos de la vagina se ejerciten durante la relación coital y mejorando así su tono muscular para el momento del parto.

2.3.4 Riesgos y Desventajas sobre las Relaciones Coitales durante el Embarazo

En cuanto a los riesgos posibles que se presentan tenemos que:

✓ **Durante el primer trimestre del embarazo.-**

Los cambios del cuerpo pueden hacer dolorosa la estimulación, como ocurre con la vaso congestión mamaria (la turgencia, la sensibilidad y la hiperalgia aumenta a medida que avanza la gestación). Esto se hace evidente desde los primeros meses y

toda esta sintomatología aumenta durante el acto sexual debido a la mayor afluencia de sangre al área ya congestionada.

✓ **Durante el Segundo Trimestre de Embarazo.-**

Existen diversos cambios ya que el útero al agrandarse más durante el quinto mes va a incomodar en las relaciones coitales, si mantiene posiciones como el decúbito dorsal, supina o de frente será necesario cambiar de posición a diferencia de lo que ocurre en el tercer trimestre.

✓ **Durante el tercer trimestre del embarazo.-**

Se produce una considerable reducción de la actividad sexual, tanto en las mujeres como en los hombres, principalmente al miedo de provocar un parto antes de término, debido al aumento progresivo del vientre y sobre todo por mitos populares acompañado de un aumento de la fatiga y una disminución de la libido para realizar el coito o por indicación médica.

A su vez el orgasmo durante las relaciones sexuales pueden provocar contracciones uterinas leves (como la estimulación del pezón y la presencia de las prostaglandinas en el semen) que son por lo general temporal e inocuo en alguna circunstancia sin embargo en el que puede que tenga que modificar su actividad o abstenerse del sexo por completo durante o la totalidad de su embarazo.¹⁸

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas

¹⁸.- **Manini** Umeres J. B. Respuesta Sexual Desencadenada por la Práctica Sexual En Gestantes - Quillabamba Cusco 2008. Facultad de Obstetricia y Puericultura Universidad Católica de Santa María

por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento del tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

Desventajas

✓ **Ignorancia sexual de los padres**

La ignorancia en la distorsión sexual a nivel social genera en los padres (abuelos) temores infundados, los mismos que al ser aprendidos por los futuros padres; producen tanto dificultades o conflictos psicológicos a nivel sexual. Así como sentimientos de culpabilidad y visiones, temores y otras alteraciones. Esta desinformación obliga a llenar a través de fantasías irreales y retorcidas algunas existentes en sus conocimientos.

✓ **Sensación de culpabilidad**

Estos sentimientos son encontrados ya que no solo la mujer si no también su pareja, van a sentir preocupación ante la posible pérdida de la gestación por la presencia de complicaciones médicas.

Mientras transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles.¹⁹

Existen contraindicaciones claras y específicas por las cuales se deben suspender las relaciones coitales durante el embarazo y estas vienen dadas por:

¹⁹.- **Castelo**-Branco C, La sexualidad humana. Una aproximación integral .ED Medica Panamericana; 2005; 231:245

- ❖ **En el primer trimestre-** En la paciente que está 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.

Con respecto a sus actitudes disminuye la libido, y hay una disminución de la respuesta sexual por los síntomas propios de la gestación.

- ✓ **Antecedentes de Aborto.-**Se considera antecedentes de aborto a aquellas mujeres que en su embarazo anterior hayan sufrido traumatismos físicos de todo orden, directos o indirectos (relaciones coitales) ya que se entiende por aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g.

- ❖ **En el segundo trimestre.-**Ante una incompetencia cervical ya existe una condición que favorece la expulsión fetal, 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.²⁰

- ✓ **Embarazo Múltiple.-**Se denomina embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos, por lo tanto todo embarazo múltiple debe ser considerado patológico y este restringe ciertas actitudes, durante sus controles pre natales se proibirán los esfuerzos físicos y se indicara reposo. Su frecuencia oscila de 1

cada 80 a 120 nacimientos únicos. Su duración y el peso de los fetos disminuye a comparación de los embarazos únicos.²¹

- ❖ **En el tercer trimestre.-** Las condiciones que a continuación detallaremos con claridad como son:²²
- ✓ **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 pérdida gravídica de sangre al final del embarazo, ésta entidad es responsable del más de 90% de los casos. Tal evidencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia al final del embarazo significa placenta previa. La hemorragia de este proceso presenta características muy particulares:
 - La sangre expelida es líquida, roja rutilante.
 - Es indolora y se inicia con frecuencia durante el sueño y es intermitente, reproduciéndose con espacios sucesivamente menores aunque en cantidades mayores hasta límites inusitados.
- ✓ **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. Esto se debe a la fuerte adherencia de ambos con la capa esponjosa que los une, en estos casos se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción, el líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el

²¹.- **Schwarzc** Ricardo, Carlos Duverges, Obstetricia 6ta edición 2008 pág 215, 198. ,206

²².- **González** LI.Sexualidad Femenina Durante El Embarazo: Rev. Cubana Med Gen Integr, 2001;17(5):497-501

espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios.²³

- ✓ **Desprendimiento Prematuro de Placenta.-** Se conoce con este nombre a un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial y o total antes del parto, de una placenta que, a diferencia de una placenta previa está insertada en su sitio normal, que puede tener graves consecuencias tanto para el feto como para la madre.

2.4. POSICIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

Algunas mujeres aseguran tener más placer durante las relaciones coitales en el embarazo debido a la sensibilidad en las zonas erógenas y mayor flujo sanguíneo. Y aunque las relaciones sexuales puedan volverse un tanto complicadas conforme avanza el embarazo, lo importante es encontrar las posiciones adecuadas para tener relaciones coitales en el periodo del embarazo.

Durante los primeros meses, generalmente no varían las posiciones, en los tres primeros meses de la gestación pueden presentarse tres tipos de sensación en la mujer. Primero, complejo de culpa y rechazo coital o inhibición; segundo, temor producto de los cambios físicos que se están generando, y tercero, el apetito sexual se mantiene a pesar de la carga hormonal por lo tanto el sexo (coito) en el embarazo es perfectamente saludable tanto para los padres como para el bebé.²³

2.4.1. Posiciones adecuadas para tener coito durante el embarazo

²³.- Schwarcz Ricardo, Carlos Duverges, Obstetricia 6ta edición 2008 pág 228,225, 229, 240

Los diferentes cambios que produce el embarazo afectan en la libido ya que no siempre resultara cómodo o placentero como solía resultar antes de quedar embarazada. La posición del misionero, en la que usted se coloca boca arriba y su pareja se coloca sobre usted, podría comenzar a parecerle cada vez más incómoda y molesta a medida que su vientre vaya creciendo. Las parejas deberían llevar a cabo algunas maniobras gimnásticas a fin de encontrar la posición más cómoda y placentera para la gestante .

La Mujer Arriba

En esta posición la gestante se colocará sobre su pareja como si estuviera cabalgando, mientras que él debería colocarse en la cama mirando hacia arriba. Ésta es una posición muy placentera ya que libera toda la presión del abdomen y permite mantener el control de los movimientos, la profundidad, velocidad y la fuerza de la penetración, aunque puede resultar algo cansado.



- **La Mujer Recostada**



Esta posición se asemeja a la posición del misionero sólo que en ella no existirá ninguna presión adicional sobre su abdomen o sobre su útero. Se debe recostarse de espalda y elevar sus rodillas hasta llegar lo más cerca que pueda de su pecho. El varón deberá arrodillarse entre sus piernas y penetrarla de frente. La gestante podrá colocar sus pies sobre el pecho de su pareja para obtener un apoyo extra y así estar más cómoda. Se puede colocar una almohada debajo de las caderas para sentirse aún más cómoda. Esta posición no es recomendable para aquellas mujeres que hayan sobrepasado

el cuarto mes de la gestación ya que debería evitar permanecer estar recostada sobre su espalda por períodos de tiempo, ya que el peso de su útero podría bloquear los vasos sanguíneos, encargados de enviar sangre a su útero y a sus piernas.

- **Posición Lateral (cara a cara)**

En esta posición tanto usted como su pareja deberán recostarse sobre uno de sus lados, mirándose cara a cara. De esta forma mantendrá a su abdomen libre de cualquier clase de peso o presión ya que su vientre no incomodara y será más fácil y menos aconplejado.



- **Sentada sobre él**

El varón deberá estar cómodo sobre una silla o la cama y luego la gestante debe sentarse dando la espalda o mirando a su pareja con las piernas abiertas sobre él. Esta posición liberará a su abdomen de cualquier presión y permitirá disfrutar de una experiencia íntima y placentera.



- **Penetración por Detrás**



Cariñosamente conocida como "estilo perrito", la penetración por detrás es una de las posiciones favoritas de las mujeres embarazadas. Ello se debe a que esta posición permite

disfrutar de una penetración más profunda y además le brinda la oportunidad de mantener apoyados su vientre y sus pechos. La mujer deberá colocarse algunas almohadas en las que podrá apoyar su vientre y sus pechos. El varón deberá arrodillarse y penetrarla por detrás.

- **Sexo Oral y Anal Durante el Embarazo**

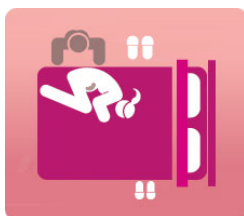
Mantener relaciones coitales durante el embarazo es usualmente considerado como un tema tabú más aún si se practica el sexo oral o anal durante el embarazo.



Tanto el sexo oral como el sexo anal son seguros durante el embarazo, siempre y cuando se le tome todas las precauciones debidas. Además se debe usar una barrera de protección bucal mientras esté practicando sexo oral, y un preservativo mientras esté practicando el sexo anal.

No obstante, existen varias medidas de seguridad que se debería tener en cuenta si se practicara sexo oral o anal durante el embarazo. Asegurarse de practicar el sexo anal muy lentamente para evitar desgarrar el tejido rectal. 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. Esto podría poner en riesgo la vida de la gestante y la del bebé.

- **Posición del aparador**



La gestante se acuesta de lado en posición fetal, relajada, con el trasero en el filo de la cama mientras su pareja se para y alinea los genitales con los de ella.

- **Posición doblada**

Para esta posición la gestante se doblara sobre el borde de la cama con las piernas abiertas y las plantas de los pies en el piso, mientras su pareja se para detrás.



- **El hombre encima**



En esta posición el hombre no debe cargar su peso sobre el abdomen de la mujer.

- **Penetración de lado**

Esta posición también es cómoda ya que se logra una distribución pareja del peso y una penetración no muy profunda.²⁴



3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. “Evaluación Del Comportamiento Sexual en Gestantes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza-2005”

Tesis Pre grado

²⁴ .- <http://embarazoyparto.about.com/od/CuidadoPrenatalSaludYBienestar/a/Posiciones-Sexuales-Mas-Comodas-Para-Relaciones-En-El-Embarazo.htm>

Autor: Juan Carlos Jiménez Manrique

Facultad: Medicina

Universidad Católica Santa María-Arequipa

Resumen:

La sexualidad ocupa un lugar importante en la mayoría de las relaciones particularmente las que dan origen a un embarazo y a una familia, es de mayor importancia la necesidad de un conocimiento profundo, racional y científico.

Se realizó la investigación en 199 púerperas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, comprendidas entre los 16 y 42 años siendo en su mayoría casadas un 42.21% y de nivel de instrucción secundaria y técnico, teniendo una paridad de 37.69% correspondiente a tercigestas.

En la segunda etapa de la gestación refirieron presentar mayor deseo para mantener relaciones sexuales, disminuyendo dicho deseo conforme avanzó el embarazo, siendo la posición sexual preferida la penetración de lado en un 70.35% en el primer trimestre, el 62.3% en el segundo trimestre y 80.4% en el tercer trimestre.

La etapa del embarazo con mayor satisfacción sexual fue en el segundo trimestre con un 47.73%, con un patrón orgásmico incrementando en el segundo trimestre en 31.28% y en el tercer 40.65%.

La causa de temor para ejercer la educación sexual en el embarazo en su mayoría fue en el primer trimestre por el temor al aborto en 48.74%.

Conclusiones:

Existe una disminución progresiva de deseo y frecuencia sexual a medida que avanza el embarazo pero con un aumento relativo en el segundo trimestre de gestación.

El patrón sexual más frecuente fue el mono orgásmico, sin embargo la mayoría de embarazadas mantuvieron sus relaciones sexuales por satisfacer a su pareja. Siendo la actividad sexual preferida la posición de lado durante el segundo y tercer trimestre

Entre los miedos para ejercer la función sexual existe una relación importante con las creencias que guardan relación entre el coito y el aborto.

Por otro lado los cambios físicos afectaron el disfrute de las relaciones sexuales a medida que el embarazo avanzaba.

Existe un alto porcentaje de gestantes que refiere no haber recibido información acerca de la actividad sexual.

3.2. Título “Conducta y Hábitos Sexuales de la Gestante, estudio realizado en los Consultorios Externos de Obstetricia Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Enero-Marzo 1991”

Tesis Pre grado

Autores:

- **Liliana Pinto Narváez**
- **Roxana Rivera Cárdenas**

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Universidad Católica de Santa María-Arequipa

Resumen:

Se realizó un estudio entre 200 gestantes entrevistadas en forma personal y privada en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza entre 15 y 39 años.

Se obtuvo 54% de gestantes que eran convenientes con un 70% de nivel secundario y técnico.

El deseo sexual en el embarazo aumento en el segundo trimestre en un 71.5%. El no sentir orgasmo en el último trimestre del embarazo aumenta un 44.5% en relación al estado no grávido observándose un ligero aumento en el segundo trimestre.

Así mismo la frecuencia coital predominante fue de dos o tres veces por semana, siendo la posición preferida del hombre encima de la mujer en un 75%, mientras que las posiciones de “lado y penetración por detrás” predominan en el segundo y tercer trimestre en un 57 % y 23% respectivamente, un 83.5% de gestantes aceptaron haber practicado algunas variantes sexuales siendo la más frecuente el mamilingus (45%) y cunnilingus(15%) y un 11% de gestantes manifestó haberse masturbado en el último trimestre del embarazo.

Conclusión:

Existe una disminución progresiva de la iniciativa sexual a medida que avanza la edad gestacional. El orgasmo y deseo sexual tienen un ligero incremento en el segundo trimestre.

Un alto porcentaje de la gestantes practica el coito sin desearlo verdaderamente o sea por complacer a la pareja en un 58%.

El 86.5% refiere no haber recibido ningún tipo de información acerca del coito.

Antes del embarazo, el numero de posiciones practicadas es de tres a mas, siendo la preferida y realiza el hombre encima de la mujer.

La molestia durante el coito que más predomina en un 28% es en el tercer trimestre por dolor vaginal y un 26% por dolor abdominal.

La causa principal de abstinencia sexual durante el primer trimestre es por náuseas y vómitos y en los últimos dos trimestres los temores infundados son por el posible daño al feto un 21.5% infundados por creencias.

Es bajo el porcentaje de gestantes que aceptan las relaciones sexuales extramatrimonial de su pareja mientras ellas gestan en un 25.5%

3.3. Título: Respuesta Sexual Desencadenada por la Práctica Sexual en Gestantes - Quillabamba Cusco 2008.

Tesis pre grado

Autor: - Jenny Bianca Manini Umeres

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Universidad Católica de Santa María

Resumen

Objetivo: Determinar la respuesta sexual en gestantes, en relación con la frecuencia de relaciones sexuales y tipo de práctica sexual.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio prospectivo transversal y descriptivo. Se seleccionaron 150 gestantes entrevistadas en forma personal y privada en el Hospital de Quillabamba, provincia de la Convención –Cusco, de Enero a Junio 2008 según criterios de selección. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 14.0 y se procedió al análisis univariado de todas las variables para caracterizar a la población de estudio mediante frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados : Las gestantes entrevistadas correspondieron fundamentalmente a la tercera década de vida ,de las que a 13 mujeres estuvieron en el primer trimestre ,46 en el segundo y a 91 en el tercer trimestre de gestación .El 71.3%fueron convivientes ,con grado de instrucción secundaria 62%,79.3%procedían de la zona urbana y practicaban la religión católica 76%.Con un inicio de relaciones sexuales de 55.4%antes de los 18 años y número de parejas sexuales de 1 a 3 en la mayoría de los casos ,siendo nulíparas en el 56.7%

La frecuencia de las relaciones sexuales fue 4 o más veces al mes en el primer trimestre 23.4%segundo trimestre 24.8.5en el tercero 26.4%siendo en los tres trimestres el motivo principal para tener relaciones sexuales “el deseo sexual propio” (75.3%),92%practicaron sexo vaginal ,siendo este el de su mayor preferencia y mayor satisfacción (85.3%).

Las poses sexuales que realizaron habitualmente y las de su predilección guardan estrecha relación en los tres trimestres de gestación siendo la pose “el sobre ella”.

Respecto a la fases de la respuesta sexual: 64.7%tuvieron la primera fase (deseo),74%la segunda fase (excitación),53.3% la tercera fase (meseta)y 56.7%la cuarta fase (orgasmo).Del total de gestantes 41.3%tuvieron las cuatro fases de la respuesta sexual en forma consecutiva

El mayor porcentaje que en algún momento atemorizó mantener una práctica sexual se dio en el tercer trimestre con 61.5%, basándose en falsas creencias, costumbres y falta de información respecto al tema. En todos los trimestres de gestación el factor principal fue el miedo a alterar el curso de la gestación (43.7%).

Conclusión: La respuesta sexual desencadenada por la práctica sexual de las gestantes entrevistadas demostró un desconocimiento parcial de la conducta sexual humana

prevaleciendo el temor a la práctica sexual durante el embarazo y que poco más de la mitad solamente llegó a tener satisfacción durante el acto sexual.

3.4. Título: Nivel de Conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas- Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto- Venezuela 2007”

Autora: Libia Teresa Parra Céspedes

Tutor: Melba Gisela Rivero de Zigankoff

Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”

Decanato de Medicina

Postgrado de Obstetricia y Ginecología

Trabajo presentado para optar el Grado de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Resumen: Con el propósito de determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas del hospital central universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

En Barquisimeto. Estado Lara. Noviembre a Enero 2006-2007, se realizó una investigación descriptiva transversal. La población estuvo conformada por las adolescentes embarazadas que se encontraban hospitalizadas en las maternidades del servicio de gineco-obstetricia y la muestra la conformaron 100 adolescentes embarazadas. El muestreo fue no probabilístico intencional. Se aplicó un instrumento tipo encuesta que constaba de 18 preguntas acerca de los conocimientos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, métodos

anticonceptivos, mas los datos de identificación y graffar modificado, la cual fue llenada en forma individual y confidencial, previo consentimiento informado del representante y la adolescente.

Para el análisis de los datos se muestran ene frecuencias absolutas y porcentuales. Los resultados mostraron que la edad promedio de la muestra fue de 16, 60 años, con un nivel de instrucción en su mayoría de secundaria incompleta y primigestas. En general el nivel de conocimiento sobre sexualidad fue deficiente en 73%, en la clase marginal se mostro un nivel de conocimiento sobre sexualidad marcadamente deficiente, siendo también deficiente en los otros niveles socio económicos, salvo el medio alto que mostro un nivel bueno en la mitad de ellas.

El nivel de conocimiento fue deficiente en la mayoría de las adolescentes independientemente del número de gestaciones. Con el presente estudio se espera promover la integración del sector salud y el educativo destinada a establecer políticas que mejoren la educación sexual.

Conclusiones

Atendiendo al análisis de los resultados y sobre la base de los objetivos propuestos en la investigación se lleo a las siguientes conclusiones:

El mayor número de adolescentes embarazadas se encontraba entre los 18 y 17 años, con un nivel de socio económico marginal en la mayoría de ellas. Las adolescentes en su mayor parte tenían un nivel de instrucción de secundaria incompleta, seguida por la primaria, en su mayoría las adolescentes eran primigestas.

El nivel de conocimiento sobre sexualidad según la edad fue deficiente en gran porcentaje de las adolescentes embarazadas, siendo más acentuada la deficiencia en la adolescencia temprana, seguida de la adolescencia media.

El nivel de conocimiento sobre sexualidad según el nivel socio-económico fue marcadamente deficiente en el nivel socio-económico marginal, siguiéndole en importancia el nivel correspondiente a la clase media baja. El nivel de conocimiento sobre sexualidad fue bueno en la mitad de las adolescentes embarazadas clasificadas en el nivel socio-económico medio alto.

El nivel de conocimiento sobre sexualidad fue deficiente en la mayoría de las adolescentes embarazadas independientemente del número de gestaciones.

El nivel de conocimiento sobre sexualidad de acuerdo al nivel de instrucción fue deficiente en casi todas las adolescentes, excepto en el nivel de instrucción secundaria completa en donde el nivel de conocimiento fue bueno en la mitad de ellas.

El nivel de conocimiento sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino fue deficiente en la mayoría de las adolescentes embarazadas.

La mayoría de las adolescentes embarazadas mostraron deficiencia en el nivel de conocimiento sobre embarazo.

Las adolescentes embarazadas tuvieron un nivel de conocimiento deficiente sobre infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. En líneas generales se puede concluir que las adolescentes embarazadas objeto de esta investigación mostraron un nivel de conocimiento sobre sexualidad marcadamente deficiente.

3.5. Título: “Comportamiento de la función sexual en la embarazada Barquisimeto-Venezuela 2001”

Escuela de Postgrado

**Trabajo presentado para optar el grado de Especialista en Obstetricia y
Ginecología**

Autor: - Sandra Yelitza Mauco Corrales

Trabajo de grado para optar al grado de especialista en ginecología y obstetricia

Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado”



Resumen:

La sexualidad es el conjunto de actividades placenteras relacionadas con la actividad genital. El comportamiento sexual del individuo es posible medirlo de acuerdo a su frecuencia, patrón del ciclo sexual y apetito sexual; en la embarazada, además por el miedo a ejercer la función sexual. Con la finalidad de identificar el comportamiento sexual de la embarazada que acude a las consultas del hospital central Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto, se realizó un estudio descriptivo transversal a una población de 88 gestantes en el tercer trimestre del embarazo con edades comprendidas entre 13 y 35 años. Se aplicó una encuesta con datos dirigidos a detallar la frecuencia sexual, el patrón del ciclo sexual, la libido y el miedo a ejercer la función sexual. El 53,45% tenían edades entre 13 y 24 años y eran nulíparas en un 54,5%. Antes de su embarazo las pacientes manifestaron tener en promedio una frecuencia sexual media (55,7%); un patrón del ciclo sexual monoorgásmico (53,4%) y un apetito sexual medio (44,3%). Durante el embarazo y de manera progresiva a través de los tres trimestres la frecuencia sexual fue baja (83%), el patrón del ciclo sexual anorgásmico (75%), el apetito sexual bajo (79,5%) y el miedo a ejercer la función sexual se presentó en el II y III trimestre en un 34,1% y 59,1%, respectivamente. Estos resultados nos arrojan datos sobre la poca información que tiene la embarazada del adecuado ejercicio de su función sexual y nos impone la recomendación acerca de la orientación que debe brindar el médico de la consulta pre natal sobre el comportamiento sexual general de la embarazada, por lo cual se diseñó un folleto informativo dirigido a este fin.

Conclusiones: el comportamiento sexual de la embarazada se evalúa basándose en la frecuencia, el patrón del ciclo, la libido y el miedo a ejercer la función sexual.

Con relación a la frecuencia sexual de la población estudiada se evidenció un descenso de la misma a mayor edad gestacional. El patrón del ciclo sexual del embarazo se clasificó

como mono orgásmico y poli orgásmico, para pasar a ser anorgasmico al final de la gestación. El apetito va disminuyendo a medida que avanza el embarazo además de que la población refiere también miedo a ejercer la función sexual.

Todos estos factores evaluados expresan un deterioro de la función sexual, que sin duda podrían solventarse con un adecuado control pre natal que incluya orientación sexual, donde se exploren la frecuencia, el patrón del ciclo y el apetito; se descarten miedos mal infundados y se ofrezcan alternativas cómodas para el acto sexual.





1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: La técnica utilizada fue mediante el desarrollo de cuestionario, se obtuvo datos de varias de personas.

Instrumentos: Se utilizó un cuestionario o formulario de preguntas.

Cuestionario: Esta técnica permite reunir la información proveniente relacionada con varios aspectos de un sistema de un grupo grande de personas su amplia distribución asegura el anonimato de los encuestados, situación que puede conducir a respuestas más honestas.

Para la encuesta de conocimientos se realizó 10 preguntas de las cuales su calificación está basada en la escala vigesimal.

Para la encuesta de actitudes se realizó 10 preguntas las cuales están valoradas según la escala de Likert.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa (anexo 5).

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural en el periodo comprendido entre Octubre y Noviembre.

2.3. **Unidades de estudio:** Población que asiste al área de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Población: Se trabajó con toda la población de Octubre y Noviembre que asiste al área de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, donde se obtuvo muestra y se realizó muestreo.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

- N = tamaño de la población: 550 gestantes atendidas en 2 meses
- n = tamaño de la muestra
- $Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 99% = 2.84
- p = frecuencia de conocimiento y actitudes adecuados; al no conocerse se establece como máxima = 0.50
- $q = 1 - p$
- E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05
- Por tanto: $n = 266,53 \approx 270$ casos

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión**

- Edad gestacional por trimestre
- Gestante comprendidas entre (13 a 49 años)
- Participación voluntaria en el estudio

– **Criterios de exclusión**

- Fichas de encuesta mal llenadas o incompletas
- Gestante que no hable ni lea español

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se aplicó la encuesta a las gestantes en Sala de espera, Consultorios (Medicina General, Obstetricia, Odontología, Nutrición, Laboratorio, Psicología), Tópico de emergencia de Gineco-obstetricia, Psicoprofilaxis.

3.2. Criterios para manejo de resultados

a) Validación de los instrumentos

Se realizó la validación del contenido con el apoyo de un estadístico para valorar la información contenida en los instrumentos.

La validación del constructo se realizó con el apoyo de un experto luego de la aplicación de un estudio piloto en 12 mujeres para valorar las respuestas y la claridad de las preguntas.

La validez predictiva para evaluar la consistencia de los instrumentos, así como las pautas de corte para establecer: Conocimiento (deficiente regular bueno y muy

bueno); Actitudes (adecuadas e inadecuadas) a través de distribución de los puntajes con referencia a la curva de distribución normal y de percentiles a cargo de un estadístico (Doctor Carlos Saavedra Herrera Médico Internista del área de Tanalogía- Morgue Central)²⁵

b) Plan de Procesamiento

Para el procesamiento de los datos se procedió a registrar los datos recolectados, asignando valores numéricos a cada ítem o categoría; para luego convertirlos al sistema digital y su posterior análisis estadístico, en el programa estadístico SPSS 19.0 for Windows.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos del programa Excel 2010 con su complemento.

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 datos.

e) Plan de Recuento.

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

²⁵ Referencia bibliográfica :(*) Supo, J. Validación de instrumentos (creación, validación, optimización). En: <http://bioestadistico.com/validacion-de-instrumentos>

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones.

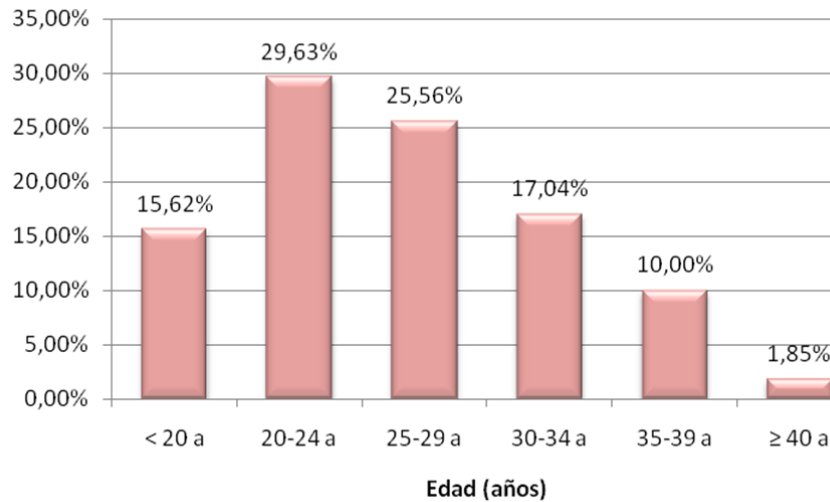




**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012**

GRÁFICO 1

Distribución de las mujeres encuestadas según edad



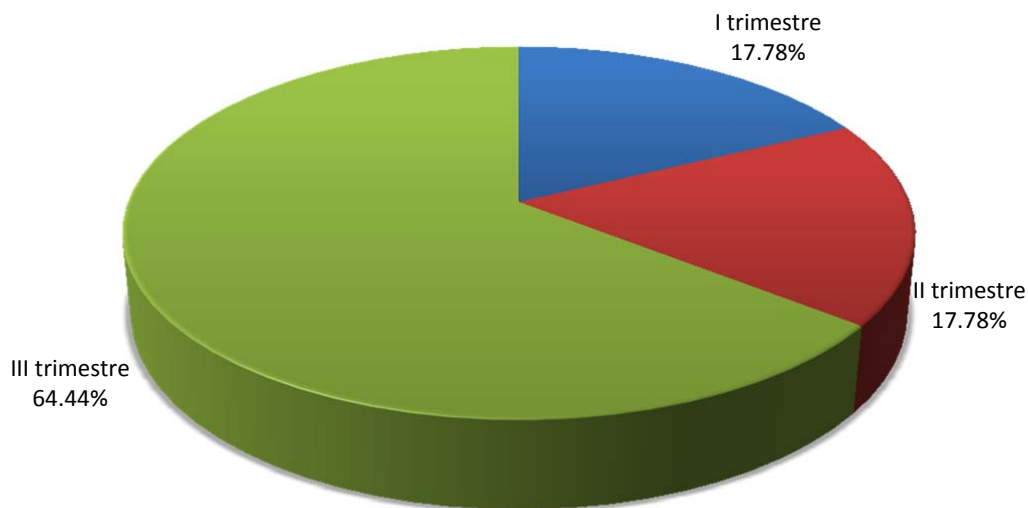
Edad promedio \pm D. estándar (Mín – Máx): 26,10 \pm 6,22 años (16-44 a)

Interpretación: De las 270 pacientes evaluadas el 15,93% fueron adolescentes, con 11,85% gestantes añosas y con 72,22% fueron mujeres con edad reproductiva ideal. La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 26,10 años, con una variación entre los 16 y los 44 años.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012

GRÁFICO 2

Edad gestacional al momento de la evaluación



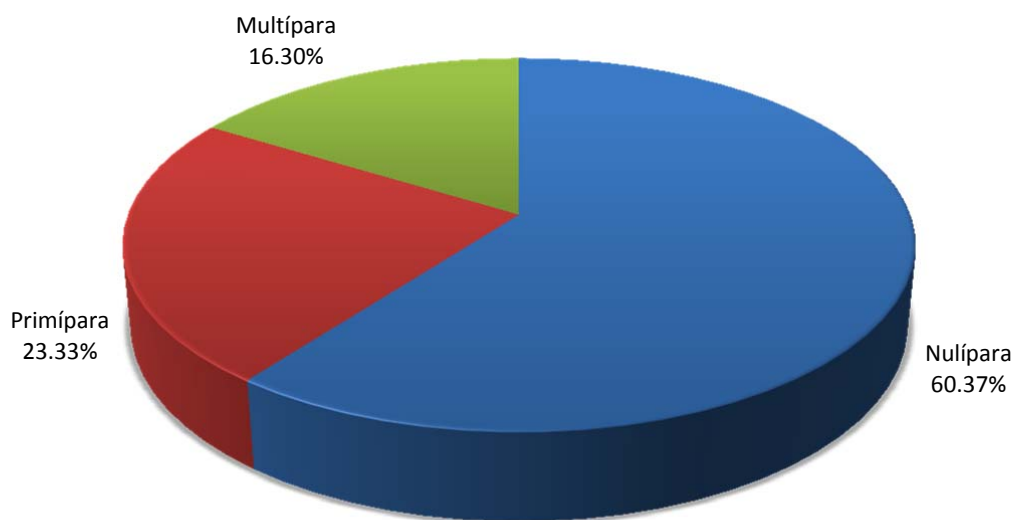
Edad gestacional promedio: $28,70 \pm 11,09$ semanas (5 – 41 semanas)

Interpretación: El 17,78% de mujeres estuvieron en el primer trimestre, el 17,78% en el segundo trimestre y 64,44% en el tercer trimestre de gestación siendo este el de mayor incidencia.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012

GRÁFICO 3

Distribución de las mujeres evaluadas según paridad

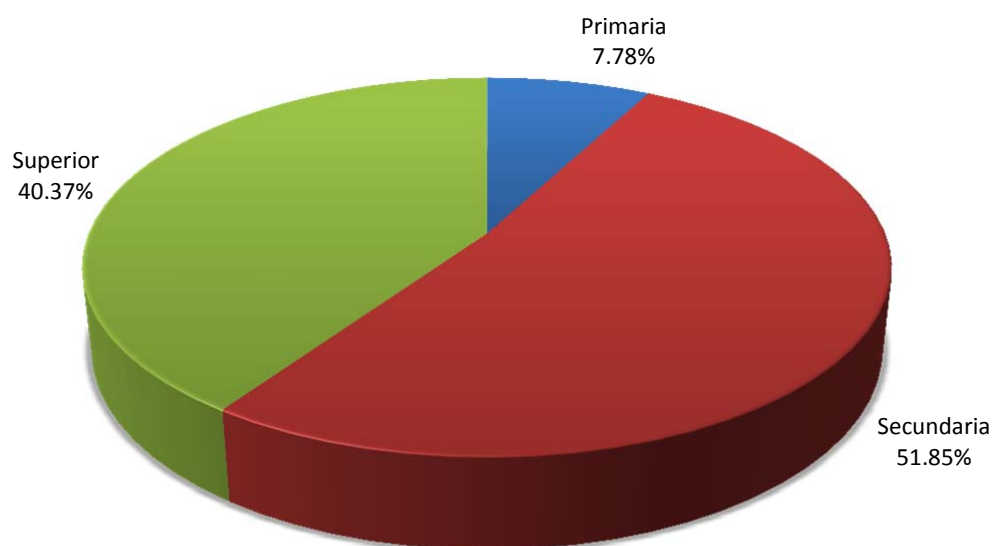


Interpretación: Según dicha evaluación el 60,37% de mujeres fueron nulíparas, con 23,33% primíparas y 16,30% fueron multíparas.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012

GRÁFICO 4

Distribución de las mujeres evaluadas según instrucción

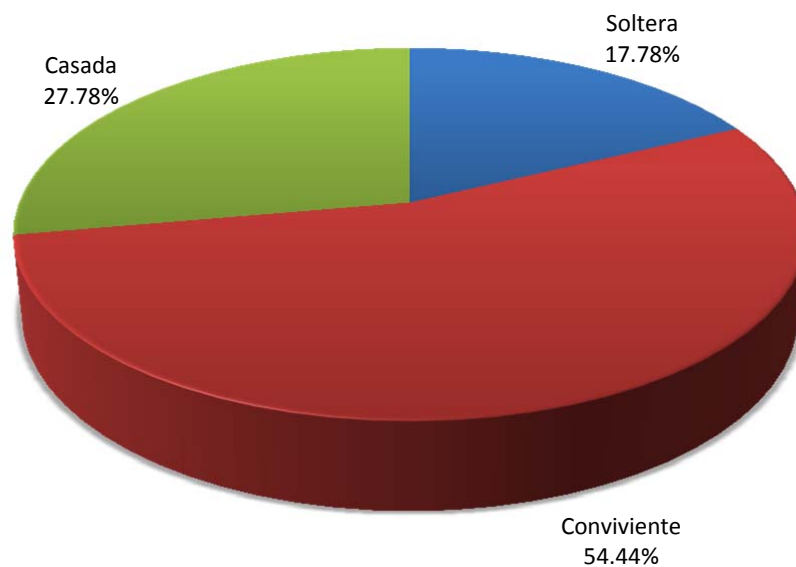


Interpretación: En cuanto a grado de instrucción se encontró que de las mujeres encuestadas de mayor dominio fue el de secundaria con 51,85% en grado de instrucción superior con 40,37% y en grado de instrucción primaria con 7,78% de casos.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012**

GRÁFICO 5

Distribución de las mujeres evaluadas según estado civil

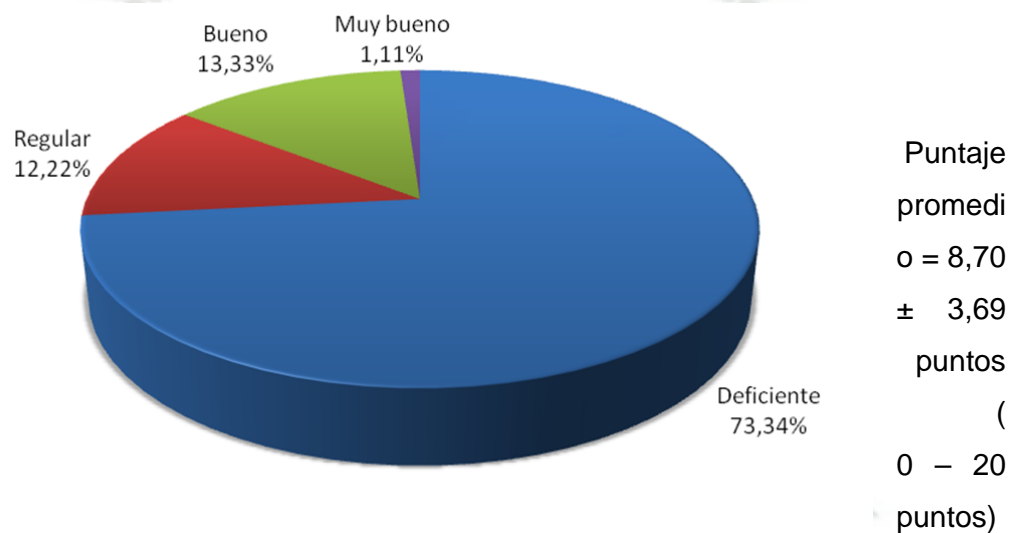


Interpretación: El estado civil predominante fue el de conviviente con 54,44%, con 27,78% son casadas y un 17,78% son madres solteras.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012**

GRÁFICO 6

Nivel de Conocimientos acerca de las Relaciones Coitales en el Embarazo

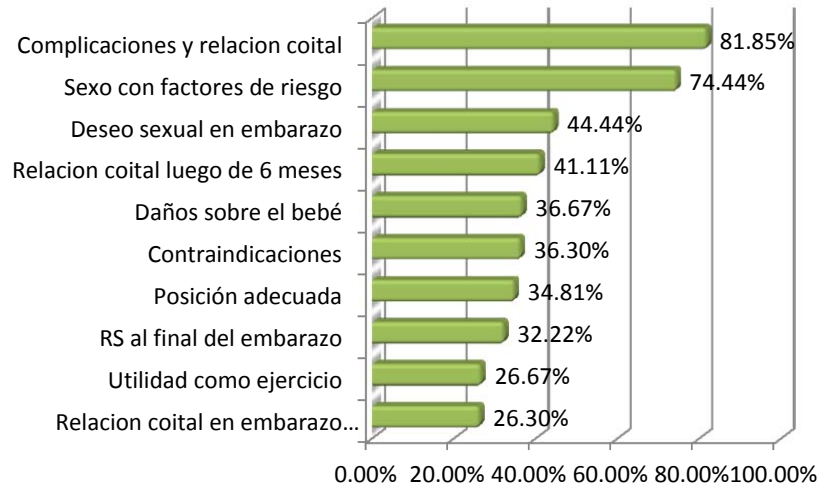


Interpretación: El nivel de conocimientos alcanzado por las mujeres encuestadas fue predominantemente deficiente 73,34%, con conocimiento regular en un 12,22% con conocimiento bueno fue en un 13,33% y sólo 1,11% fue muy bueno. El puntaje promedio alcanzado en escala vigesimal fue de 8,70 puntos.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012

GRÁFICO 7

Aspectos mejor conocidos acerca de las relaciones coitales en el embarazo

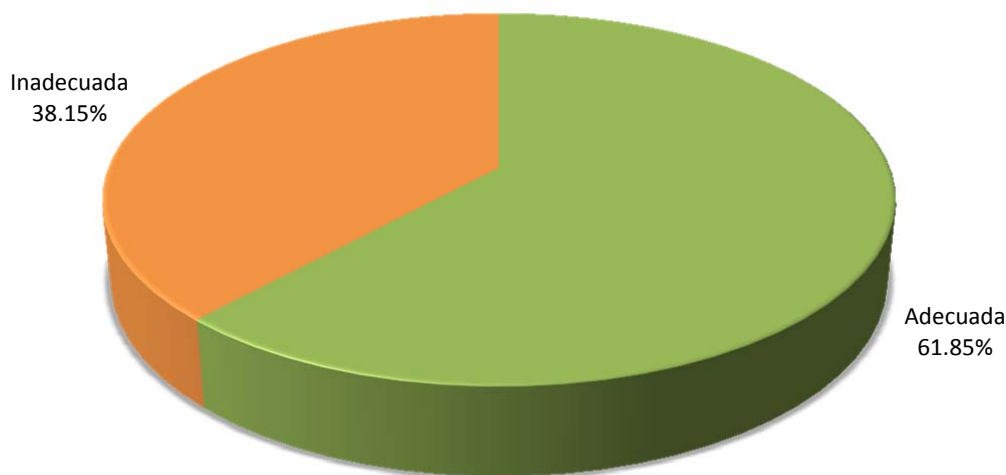


Interpretación: Entre las preguntas de conocimiento respondidas correctamente, el 81,85% de mujeres, contestaron correctamente sobre las complicaciones que limitan las relaciones coitales, sobre las relaciones cuando hay factores de riesgo 74,44%, y menos de la mitad contestó bien sobre el deseo sexual en embarazo 44,44%, las Relaciones Coitales luego de 6 meses 41,11%, o los potenciales daños sobre el bebé respondió 36,67%, en cuanto a las contraindicaciones de las relaciones sexuales en esta etapa fue de 36,30% o la posición más adecuada 34,81% y las Relaciones Coitales al final del embarazo 32,22%, un 26,67% respondió que el tener relaciones coitales es un ejercicio y el 26,30% no tendría relaciones coitales durante el embarazo.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012

GRÁFICO 8

Actitudes de las mujeres encuestadas hacia las relaciones coitales en el
embarazo

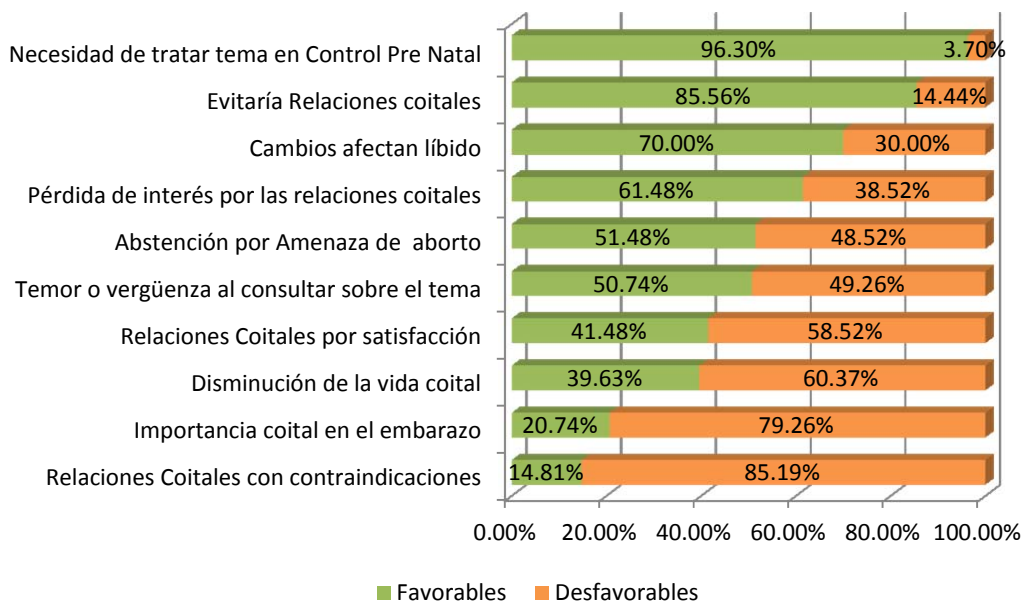


Interpretación: Con respecto a las actitudes que tendrían las mujeres embarazadas hacia las relaciones coitales fue de adecuada en un 61,85%, e inadecuada con 38,15%.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE RELACIONES COITALES DURANTE EL EMBARAZO
EN EL HRHDE, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2012**

GRÁFICO 9

Principales Actitudes hacia las relaciones coitales en el embarazo



Interpretación: Los aspectos más favorables acerca del coito en el embarazo fue en cuanto existe la necesidad de tratar el tema en el Control pre natal con un (96.30%), en cuanto a si evitarían las Relaciones coitales en el embarazo fue de un (85.56%) el cambio en la libido con el embarazo en un (70%), la pérdida de interés por el sexo en el embarazo (61,48%), en cuanto al temor o vergüenza tiene un valor de (50.74%) en cuanto a amenaza de aborto fue de un(48,52%) en posición negativa a su incidencia y en menor proporción el tener relaciones sexuales por satisfacción (41,48%), la disminución de la vida sexual (39,63%), la importancia del sexo en el embarazo (20,74%),y en cuanto a las relaciones coitales cuando hay contraindicaciones fue de (14,81%).



CAPÍTULO VI
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Existe información sobre relaciones coitales en el embarazo que pueden ser de beneficio para el trabajo de parto eutócico pero a su vez al no conocer dichos beneficios hacen que las mujeres se abstengan voluntariamente de los mismos, por tanto, el presente estudio buscó identificar el nivel de Conocimientos y Actitudes sobre las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

La mujer durante el embarazo sufre múltiples modificaciones anatómicas, funcionales, sociales y psicológicas como puede ser el stress, estos factores pueden influir en la sexualidad y en las actitudes relacionadas, Existiendo por lo general, preocupación en relación con la salud de la madre y por la presencia del nuevo ser.

Recordemos también que los cuestionarios de conocimientos y actitudes fueron contruidos para entrevistar a la población gestante con el fin de evaluar su nivel de conocimientos y actitudes con respecto a las Relaciones Coitales.

Para la realización del estudio se aplicó la técnica de la encuesta a una muestra representativa de 270 mujeres embarazadas, aplicando una encuesta de conocimientos de opción múltiple y una de actitudes en escala de Likert, ambas previamente validadas. Se muestran los resultados mediante una estadística descriptiva.

Recordemos también que los cuestionarios de conocimientos y actitudes fueron contruidos para entrevistar a la población gestante con el fin de evaluar su nivel de conocimientos y actitudes con respecto a las Relaciones Coitales.

Las mujeres encuestadas tienen edades entre 16 y 44 años; la edad promedio calculada es de 26 años, las mujeres embarazadas. Estos resultados tienen cierta

semejanza con los encontrados por Jiménez (2005) encontró que las edades de las pacientes oscilaban entre 16 y 42 años. En cambio que el estudio realizado por Parra (2007) de mostro que la edad promedio fue de 16 años.

Además se encontró que la edad de gestación a su momento de evaluación prevalentemente en el primer trimestre se hallo 173 mujeres en el segundo trimestre 47 y en el tercer trimestre 48, en tanto que en el estudio de Manini (2008) 13 mujeres estuvieron en el primer trimestre, 46 en el segundo y 91 en el tercer trimestre.

En relación a la paridad, se encontró que 163 de las encuestadas eran nulíparas para un total de 60,37% en tanto que en el estudio de Maucó (2007) se hallo que 48 de las mujeres encuestadas para un total de 54,5% eran nulíparas.

En cuanto al nivel de instrucción se hallo que con grado de instrucción secundaria de mayor relevancia en un total de 51,85% así mismo en relación al estado civil se encontró que el de mayor predominio fue el estado de conviviente en un total de 54,4%; en un estudio realizado por Manini (2008) se obtuvo que el estado civil de conviviente fue de 71,3% y con grado de instrucción secundaria en un 62%.

Al comparar los datos hallados con los de dicho estudio se observa que hay un descenso estadístico mínimo del grado de instrucción secundaria y el estado civil de conviviente.

De manera general luego de aplicar los cuestionarios de conocimientos y actitudes sobre las relaciones coitales durante el embarazo se reconoció que entre las preguntas de conocimiento respondieron incorrectamente un 73,34% de las mujeres embarazadas obteniéndose un nivel deficiente para dicho cuestionario, en tanto que en el estudio realizado por Parra (2007) encontró que las mujeres encuestadas poseen un 73% un nivel de conocimiento deficiente que se asemeja al realizado en nuestro estudio.

Para nuestro estudio se halló que la posición por la cual optan las mujeres embarazadas es la ella sobre él con un 43.81 % Según el trabajo realizado por Jiménez (2005) Las mujeres optan por la posición de penetración de lado 70.35% en tanto que a su vez el estudio realizado por Pinto y Rivera (1991) posición de el sobre ella 75% en el estudio hecho por Manini (2008) explica que guarda relación en los tres trimestres es de él sobre ella.

En tanto que, con respecto a las actitudes que tendrían las Mujeres Embarazadas hacia las Relaciones Coitales fue de adecuada en un 61,85%.

En cuanto a las principales actitudes hacia las relaciones coitales en el embarazo se encontró que las mujeres embarazadas disminuyeron su actividad sexual en 39.63% en tanto que para el estudio de Mauco (2001) halló que un 83% la frecuencia sexual en el embarazo disminuyó o fue baja.

Asumiendo que en relación a nuestro estudio sobre actitudes de las mujeres embarazadas con respecto a las relaciones coitales fue de adecuada en un 61.85% ya que la mayoría de las gestantes tiene una actitud positiva frente a un estímulo.

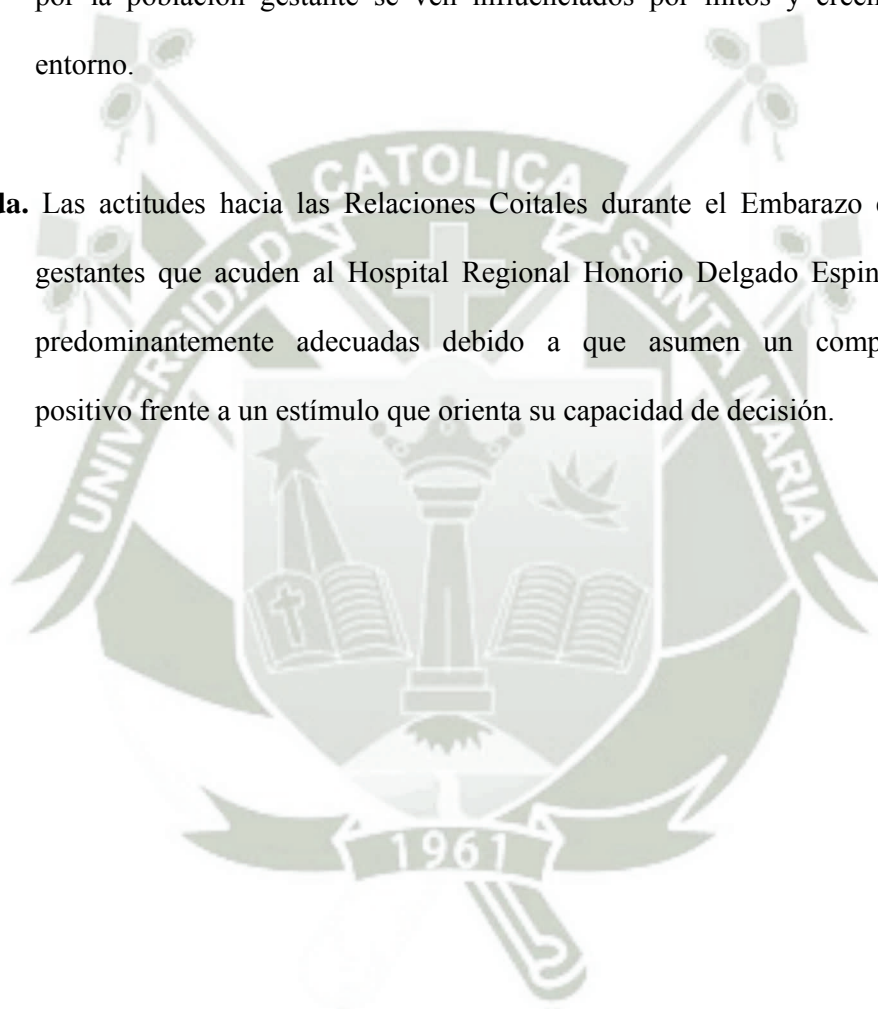


CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Primera. El nivel de Conocimientos sobre las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza fue predominantemente deficiente debido a que los conocimientos adquiridos por la población gestante se ven influenciados por mitos y creencias de su entorno.

Segunda. Las actitudes hacia las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza fueron predominantemente adecuadas debido a que asumen un comportamiento positivo frente a un estímulo que orienta su capacidad de decisión.



SUGERENCIAS

- 1) Se recomienda al servicio de Ginecología y Obstetricia realizar charlas acerca de la importancia de las ventajas, desventajas y contraindicaciones acerca de las Relaciones Coitales durante el embarazo en mujeres que se atienden en el Hospital regional Honorio Delgado Espinoza.
- 2) Tener especial énfasis, sobre todo en aquellas mujeres que acuden al servicio de Obstetricia y Gineco-Obstetricia para su respectiva evaluación y control prenatal siendo oportuno así, poder despejar dudas e interrogantes que puedan afectar el período de la gestación con respecto a las Relaciones Coitales.
- 3) Educar a la población, mediante campañas obstetricas, acerca de los principales signos y síntomas que van a preceder a los posibles riesgos y complicaciones durante el embarazo como son: amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas, placenta previa, etc. durante el embarazo y la identificación precoz de las mismas.
- 4) Explicar y motivar a la gestante sobre las posiciones adecuadas por trimestre para que puedan optar por un mayor disfrute sexual pudiendo así poder evitar dolores y molestias durante la gestación.
- 5) Se recomienda también impartir dichos conocimientos a la pareja contribuyendo así a un dialogo continuo entre ambos para que así puedan tener una actitud positiva con respecto a su sexualidad, a su vez puedan de manera abierta preguntar sobre las necesidades e incomodidades durante el acto sexual, si es que la tuviese.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. **AIKEN L.** Attitude and Related Psychosocial Constructs. E.E.U.U. Sage Publications. 2002.
2. **ALVARADO J.** Banco de Preguntas de Obstetricia. Apuntes Médicos del Perú. Lima. 2005.
3. **ARDILA Henry, Stanton Jeffrey Luis Gauthier.** Estrategias y lineamientos para la acción en VIH-SIDA, ONUSIDA. Bogotá, 1999. Pág. 50-64
4. **BERROCAL DE GONZALES, LOURDES,** actualidad psicología sexual. 2005.
5. **BARBERÁ E.** Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología. Madrid: Ediciones Pirámides; 2000.p.47-9.
6. **CÁCERES Velázquez Artidoro,** Manual de sexología Lima Perú 2002Biblioteca UCSM
7. **CUNINGHAM F.** Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Haught JC, Wenstrom KD, Embarazo Ectopico: Obstetricia De Williams, 22 Edicion, Mexico 2006; 254.
8. **FERRARA** Guillermo, “sexo sentido” 2005 pag. 13.
9. **TANTRA** “sexo sentido” pág. 13-54 editorial océano Ambra (triple océano.com) España.
10. **HESSEN.** Teoría del conocimiento. Editorial Esfinge. Madrid. 1998.
11. **HERNÁNDEZ.** Metodología de la Investigación Científica. 2da Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores. México. 2000.

12. **LIKERT R.** The method of constructing an attitude scale. Archives of Psychology. 1932. 140: 44-53.
13. **MARTÍNEZ,** José Jaime -Relaciones Sexuales durante el Embarazo - consulta sexual 24 Jun 2009 07:21:27 GMT – México
14. **MORALES P.** Medición de actitudes en Psicología y Educación. Madrid. 2000.
15. **NÚÑEZ** Paula I. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. Acimed 2004; 12(3).
16. **SCHWARCZ,** Ricardo; Carlos Duverges, Obstetricia 6ta edición 2008 pág.198, 206-207, 215, 225,228, 229, 240, 359, 375.
17. **TRIANDES.** “Actitud y Cambio de Actitudes”. Editorial Nova. 1993.
18. **TSNG,** Luis E. Mere. Juan F. Ginecología y Obstetricia. Vol. 42 N°3 diciembre de 1996
19. **WEEKS J.** Sexualidad. México DF: Editorial Paidós Mexicana; 1998.p.21-5.
20. **ZAMALLOA T.** Victoria, **ZAMALLOA** Ybarburi y **CAPARO Z.** Cesar investigación científica en salud

HEMEROGRAFIA

1. **BLUMEL M**, Binfá L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S, índice e la función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2004; 69(2):118-125
2. **CENTRO DE FORMACIÓN P.A.S.** Protocolo para la elaboración de Pruebas previas y posteriores del nivel de conocimientos, habilidad y/o actitudes en acciones formativas. Sevilla. 2004
3. **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD.** Guía Nacional de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 2004.
4. **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD.** Guía Nacional de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 2004.
5. **FERTILIZACIÓN ASISTIDA** en Córdoba, argentina-fertilización in vitro
6. **FERTILIZACIÓN ASISTIDA** en Córdoba, argentina-fertilización in vitro
7. **GONZÁLEZ** Labrador Ignacio y MIYAR Pieiga Emilia “Sexualidad Femenina Durante la Gestación” Rev. Cubana Med. Gen Integr 2001; 17(5):497-501.
8. **GONZÁLEZ**, L. I. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente. Máster en Pedagogía de la Sexualidad Humana...: Sexualidad Femenina Durante la Gestación Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):497-501.
9. **JIMENEZ** Ramírez Juan Carlos “evaluación del comportamiento sexual en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2005”, UCSM AREQUIPA PERU. CÓDIGO 70.0634.M.
10. **MANINI** Umeres Jenny Bianca, “respuesta sexual en gestantes, Quillabamba Cusco 2008” “Biblioteca de la UCSM” Arequipa-Perú.

11. **MINSA** Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:14, 9-15.
12. **PINTO**, Liliana y **RIVERA**, Roxana- “conducta y hábitos sexuales de la gestante, estudio realizado en los consultorios externos de obstetricia, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Enero-Marzo 1991” “Biblioteca de la UCSM” Arequipa-Perú. Código 63.0431.OP
13. **WHO - UNICEF** bajo peso al nacer. Estimaciones por País, Regionales y Globales. World Health Organization...2004

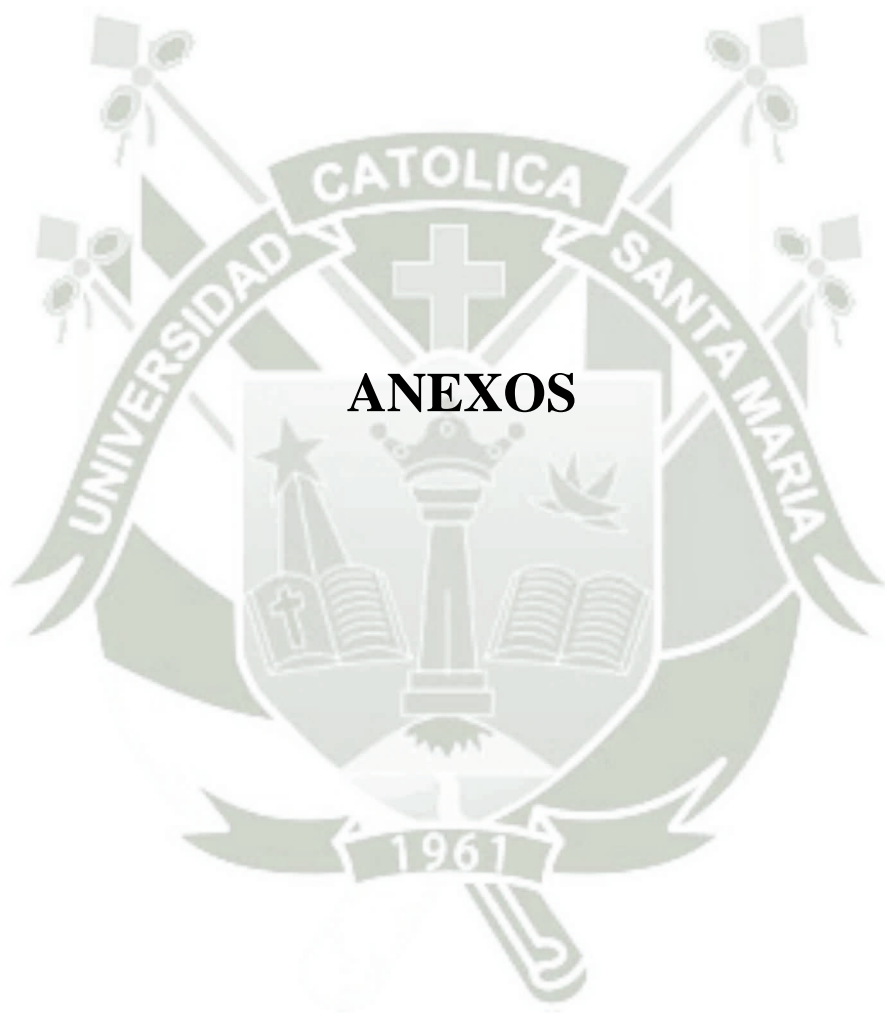


WEBGRAFIA

- http://www.nacersano.org/centro/9246_9632.asp
- <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal6993.htm>
- <http://semanas.embarazo.net/sexo-durante-el-embarazo.html>
- <http://www.todopapas.com/padres/psicologia-y-sexualidad/sexo-durante-el-embarazo-mitos-y-verdades-343>
- <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO.html>
- http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_relaciones_sexuales.html
- <http://www.serpadres.es/tools/Encuestas/Encuesta-Has-disfrutado-del-sexo-durante-tu-embarazo.html>
- <http://www.educacionsexual.org/sexualidad-sexualidad-durante-el-embarazo-y-tras-el-parto.html>
- <http://www.monografias.com/trabajos13/elembaraz/elembaraz.shtml>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad>
- <http://samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/06.pdf>
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n1/Pdf/a09.pdf
- <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO.html>
- www.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI15501.pdf
- http://psicologia_y_sexualidad.galeon.com/productos_921577-htm
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Tesis>
- http://www.avisora.comn/glosarios_textossexo_sexualidad_glosario_0003.htm
- [psicología_y_sexualidad.galeon.com/productos_921577-htm](http://psicologia_y_sexualidad.galeon.com/productos_921577-htm)

- www.childinfo.org/birthweight/status.php
- www.sublims.com/fertilizacion_asistidafertilizacio-in-vitro.html
- <http://elembarazo.net/hasta-cuando-puedo-tener-sexo-durante-el-embarazo.html>
- <http://semanas.elembarazo.net/sexo-durante-elembarazo.html>
- <http://www.slideshare.net/turko/manual-cto-ginecologia-y-obstetricia>





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION

Investigadores Responsables:

- Elizabeth Viviana Arias Quispe
- Deyamira Mildred Zeballos Paredes

Título del Proyecto: “Conocimientos y Actitudes Sobre Relaciones Sexuales Durante el Embarazo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Noviembre-Diciembre 2012”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito:

- Identificar el nivel de Conocimientos sobre las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Conocer las Actitudes hacia las Relaciones Coitales durante el Embarazo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento sobre los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice solo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

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

INVESTIGADOR RESPONSABLE

PARTICIPANTE

USUARIA

INVESTIGADOR RESPONSABLE

PARTICIPANTE

ANEXO 2

**RELACIONES COITALES (SEXUALES) DURANTE EL EMBARAZO.
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

DATOS GENERALES:

EDAD: _____ - SEMANAS DE GESTACION: _____

NÚMERO DE EMBARAZOS: () - ABORTOS: () - PARTOS: ()

• GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

• ESTADO CIVIL:

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()

• HA PRESENTADO ALGUNA COMPLICACION DURANTE EL EMBARAZO:

SI ().....NO ()

INDICACIONES:

- Lea cuidadosamente las preguntas de este cuestionario, es anónimo cada pregunta equivale a 2 puntos.

1. Considera Ud. Que el tener relaciones coitales con su pareja es un ejercicio que ...

1. Prepara los músculos para el parto
2. Nos satisface a ambos
3. Debe evitarse por el bien del bebé

2. **Durante tu relación coital (sexual) el bebe sufre por la penetración.**
 1. No, porque está bien protegido dentro del útero y la penetración se realiza en la vagina. Por tanto, no la percibe directamente.
 2. A veces porque el bebé se mueve mucho durante el acto.
 3. Sí, porque al ocurrir penetración lastimaría la cabeza de mi bebé.

3. **Qué posición cree Ud. Que es la mejor para tener relaciones coitales(sexuales)**
 1. Ella sobre él
 2. Todas las posiciones son adecuadas
 3. El sobre ella

4. **Es cierto que a partir de los 6 meses de embarazo se debe dejar de tener relaciones coitales (sexuales)**
 1. Si el embarazo se desarrolla con normalidad, no hay ningún motivo para dejar de tener relaciones coitales con tu pareja.
 2. No se debe tener relaciones coitales porque mi bebé está creciendo y siente lo que hago.
 3. Es más seguro no tener relaciones en el tercer trimestre

5. **Si Ud. tuviera algún riesgo durante el embarazo tendría sexo:**
 1. Si me siento bien, y las posiciones me resultan cómodas, seguiría teniendo relaciones.
 2. No, porque si tengo algún problema con mi embarazo evitaría tenerlo
 3. No, porque en mis anteriores embarazos no tuve problemas al respecto.

6. **Durante el embarazo la libido (deseo sexual) de la mujer cambia:**
 1. Si, ya que el embarazo constituye un cambio hormonal y por tanto la sexualidad se verá afectada.
 2. No ,depende de cada mujer y del ritmo de vida
 3. A veces.

7. **Conoce Ud. algunos casos en los que se impone la abstinencia sexual**
 1. Si, generalmente cuando presenta sangrado, amenaza de aborto, etc.
 2. A veces (no sé muy bien en qué casos)
 3. No sé, en mi control no me hablaron sobre si podía seguir o no con mi vida sexual activa.

8. **Si Ud. Tiene relaciones coitales (sexuales) al final del embarazo, ¿hay riesgo de que se le adelante el parto?**
 1. Depende de la intensidad de las relaciones coitales (sexuales) si son muy intensas pueden provocar contracciones.
 2. No hay ningún riesgo si el embarazo transcurre con normalidad
 3. Es posible que se adelante el parto.

9. **En caso de embarazo Múltiple (Gemelos o Trillizos) ¿evitaría tener relaciones coitales (sexuales)?**
 1. Es recomendable no tener relaciones coitales (sexuales) en todo el embarazo.
 2. Los dos primeros trimestres de embarazo se puede tener relaciones coitales (sexuales), pero el último trimestre se recomienda evitarlo.
 3. No hay ningún problema, se puede tener sexo siempre.

10. **Qué complicación en el embarazo le haría desistir de tener relaciones coitales (sexuales).**
 1. Circular de cordón.
 2. Amenaza de aborto ,placenta previa
 3. Pre eclampsia, diabetes.

ANEXO 3

ENCUESTA DE ACTITUDES

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

AA: acuerdo absoluto=(absolutamente si) A:acuerdo(si)	D:desacuerdo=(no) DA:desacuerdo absoluto(absolutamente no)			
Marque según su criterio	AA absolutamente si	A si	D no	DA absolutamente no
1.- Considero que es más importante tener relaciones coitales (sexuales) ahora que estoy embarazada.	1	2	3	4
2.- Considero que la etapa de mi embarazo hace que pierda interés por las relaciones coitales (sexuales).	1	2	3	4
3.- Con la noticia de mi embarazo, mi vida coital (sexual) se verá disminuida	4	3	2	1
4.- Tendría relaciones coitales (sexuales) así el médico u obstetra me hayan indicado eventualmente mi abstinencia.	1	2	3	4
5.- Si ahora en mi embarazo tengo relaciones coitales (sexuales) con mi pareja es por satisfacción propia.	1	2	3	4
6.- Si presentara una amenaza de aborto consideraría que fue por tener relaciones coitales (sexuales).	1	2	3	4
7.- Me dio temor o vergüenza preguntar al médico u obstetra si podía seguir teniendo relaciones coitales (sexuales), durante el embarazo.	1	2	3	4
8.- Creo que los cambios físicos ocurridos durante el embarazo afectan la libido (deseo sexual).	1	2	3	4
9.- Evitaría en algún momento la práctica coital (sexual) durante la gestación.	1	2	3	4
10.- Considero que en un buen control pre natal se debe hablar sobre las relaciones coitales (sexuales).	4	3	2	1



122	20	20-24 a	20	II trim.	1	-	-	Nulpara	Primaria	Convivier	Am aborto	c	c	c	1	1	1	c	a	1	8	Deficiente	3	2	3	3	3	3	2	3	2	4	28	Adec.		
185	20	20-24 a	38	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Soltera	Am aborto	1	1	c	1	1	c	1	a	1	1	14	Bueno	3	2	3	2	3	3	3	3	2	4	28	Adec.	
158	20	20-24 a	20	II trim.	2	-	1	Primipara	Superior	Convivier	Hiperemesis	c	b	1	1	1	b	1	1	1	1	14	Bueno	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	28	Adec.
145	27	25-29 a	6	I trim.	3	1	1	Primipara	Secundaria	Convivier	Placenta previa	1	1	1	1	1	b	1	a	1	1	16	Bueno	3	2	3	3	2	3	3	3	2	4	28	Adec.	
110	38	35-39 a	38,1	III trim.	2	-	1	Primipara	Superior	Casada	Preclampsia	b	1	1	1	1	b	1	c	1	1	14	Bueno	3	2	2	3	2	3	3	3	3	4	28	Adec.	
17	35	35-39 a	31	III trim.	3	-	2	Multipara	Secundaria	Casada		b	1	b	b	1	b	b	1	a	1	8	Deficiente	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	28	Adec.	
216	28	25-29 a	35	III trim.	2	-	1	Primipara	Primaria	Convivier	0	c	1	1	b	1	c	c	c	1	10	Deficiente	3	3	3	3	2	3	2	2	3	4	28	Adec.		
150	26	25-29 a	37	III trim.	2	-	1	Primipara	Secundaria	Convivier	0	c	1	1	c	1	c	1	c	1	1	12	Regular	3	2	3	4	2	3	3	2	3	3	28	Adec.	
142	18	< 20 a	41	III trim.	1	-	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	0	1	1	1	1	1	c	c	a	1	14	Bueno	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	28	Adec.	
8	31	30-34 a	37,1	III trim.	3	1	1	Primipara	Superior	Casada	0	1	1	b	1	c	1	1	1	a	1	14	Bueno	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
93	24	20-24 a	38,2	III trim.	1	-	-	Nulpara	Secundaria	Soltera	0	c	c	1	b	1	b	b	c	a	1	6	Deficiente	3	3	3	3	2	3	3	2	2	4	28	Adec.	
208	17	< 20 a	39,3	III trim.	1	-	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	0	1	c	c	1	1	1	1	c	a	1	12	Regular	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
92	22	20-24 a	40,1	III trim.	2	1	-	Nulpara	Superior	Convivier	0	b	1	c	b	1	1	c	1	1	1	12	Regular	3	3	2	4	2	3	3	2	2	4	28	Adec.	
9	26	25-29 a	29	III trim.	2	0	1	Primipara	Superior	Casada	0	1	1	b	b	c	b	1	1	a	1	10	Deficiente	3	3	2	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
191	36	35-39 a	39	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Soltera	0	b	1	c	b	1	b	1	1	a	1	10	Deficiente	3	3	2	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
210	18	< 20 a	38	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Convivier	0	b	c	c	1	1	b	1	1	a	c	8	Deficiente	3	3	2	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
6	24	20-24 a	13	I trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Casada	0	1	1	1	c	a	1	1	1	c	1	14	Bueno	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	28	Adec.	
51	23	20-24 a	12	I trim.	1	-	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	Am aborto	b	1	1	1	1	b	1	1	a	1	14	Bueno	2	2	4	4	3	3	3	2	3	4	28	Adec.	
220	26	25-29 a	40	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Convivier	Am aborto	b	1	b	1	1	c	1	a	1	1	12	Regular	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
100	25	25-29 a	6	I trim.	2	-	-	Nulpara	Superior	Casada	Am aborto	c	c	1	1	1	b	1	c	a	1	10	Deficiente	3	2	2	4	3	2	4	2	2	4	28	Adec.	
146	36	35-39 a	7	I trim.	3	-	2	Multipara	Secundaria	Convivier	Hiperemesis	c	c	b	1	1	1	1	c	a	1	10	Deficiente	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	28	Adec.	
94	22	20-24 a	8	I trim.	2	1	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	Placenta previa	b	c	b	1	1	1	c	1	c	1	10	Deficiente	4	1	4	4	3	3	1	2	2	4	28	Adec.	
36	26	25-29 a	32	III trim.	2	1	-	Nulpara	Superior	Casada	Placenta previa	c	1	1	c	1	c	b	1	1	1	12	Regular	3	2	3	3	2	3	4	2	2	4	28	Adec.	
164	20	20-24 a	40	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Convivier	RPM	b	c	b	c	1	1	1	c	a	1	8	Deficiente	4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	28	Adec.	
60	41	≥ 40 a	12	I trim.	4	-	3	Multipara	Superior	Casada	nb anembriona	1	1	b	1	1	b	1	1	c	1	14	Bueno	2	3	1	4	1	4	4	4	2	4	29	Adec.	
67	31	30-34 a	30	III trim.	2	1	0	Nulpara	Secundaria	Convivier	0	1	1	b	1	1	1	c	a	c	1	12	Regular	3	2	3	3	3	2	3	3	3	4	29	Adec.	
199	30	30-34 a	28	III trim.	2	-	1	Primipara	Superior	Casada	0	b	1	b	c	1	1	1	1	1	1	14	Bueno	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	29	Adec.	
69	24	20-24 a	37	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Casada	0	c	1	b	1	1	1	c	1	a	1	12	Regular	3	3	3	3	3	2	3	3	2	4	29	Adec.	
118	35	35-39 a	36	III trim.	3	-	2	Multipara	Secundaria	Convivier	Am aborto	c	c	1	c	1	1	1	c	1	1	12	Regular	3	3	2	3	2	3	3	3	3	4	29	Adec.	
211	29	25-29 a	37	III trim.	3	1	2	Multipara	Superior	Casada	Am aborto	c	1	b	c	1	b	c	c	1	1	8	Deficiente	3	3	2	4	4	3	1	3	2	4	29	Adec.	
27	21	20-24 a	35	III trim.	3	-	2	Multipara	Secundaria	Convivier	Pretermino	c	c	b	b	1	1	1	a	a	1	8	Deficiente	4	2	3	3	3	3	3	2	2	3	29	Adec.	
13	18	< 20 a	22,1	II trim.	1	-	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	0	c	c	b	b	1	b	c	1	1	1	8	Deficiente	3	2	3	3	4	4	3	2	2	4	29	Adec.	
206	31	30-34 a	38	III trim.	4	1	2	Multipara	Secundaria	Convivier	0	c	c	c	1	1	b	c	c	a	1	6	Deficiente	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	29	Adec.	
74	33	30-34 a	12	I trim.	3	1	1	Primipara	Superior	Soltera	Am aborto	1	1	c	1	1	b	c	1	a	1	12	Regular	3	2	2	4	3	3	4	3	2	4	29	Adec.	
97	24	20-24 a	5	I trim.	2	1	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	Am aborto	1	1	b	1	a	c	1	1	1	1	14	Bueno	2	3	2	3	3	3	3	4	3	4	30	Adec.	
182	30	30-34 a	40	III trim.	3	-	2	Multipara	Secundaria	Convivier	0	c	1	c	c	1	c	b	a	c	1	6	Deficiente	3	2	2	4	4	3	2	3	3	4	30	Adec.	
3	30	30-34 a	31,2	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Casada	0	1	1	1	b	a	b	c	1	a	8	Deficiente	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	30	Adec.		
48	27	25-29 a	39	III trim.	3	1	1	Primipara	Secundaria	Soltera	0	1	1	1	1	1	b	c	1	c	1	14	Bueno	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	30	Adec.	
96	24	20-24 a	11	I trim.	1	-	-	Nulpara	Secundaria	Convivier	Am aborto	b	1	b	1	1	b	1	a	c	1	10	Deficiente	2	3	2	4	2	3	4	3	3	4	30	Adec.	
55	21	20-24 a	8	I trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Soltera	Hiperemesis	1	b	1	c	1	c	1	c	1	1	12	Regular	3	3	2	4	3	2	3	3	3	4	30	Adec.	
80	28	25-29 a	29	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Casada	0	c	c	1	c	1	1	b	c	a	1	8	Deficiente	4	2	4	4	3	4	2	2	1	4	30	Adec.	
204	28	25-29 a	39	III trim.	3	1	1	Primipara	Superior	Convivier	0	c	1	c	c	1	1	1	1	a	1	12	Regular	4	2	3	3	3	4	4	3	2	4	31	Adec.	
88	31	30-34 a	31,2	III trim.	2	-	1	Primipara	Superior	Casada	diabetes	1	1	1	1	a	b	1	1	c	1	14	Bueno	3	3	2	4	3	4	3	3	2	4	31	Adec.	
121	18	< 20 a	36	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Convivier	Preclampsia	1	b	1	b	1	c	b	c	1	c	8	Deficiente	4	3	3	4	3	2	3	3	2	4	31	Adec.	
202	21	20-24 a	36,6	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Soltera	Circ cordon	1	1	c	1	1	1	1	a	1	1	16	Bueno	3	3	3	4	2	3	4	2	3	4	31	Adec.	
159	27	25-29 a	39,2	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Casada	Placenta previa	c	c	c	c	1	1	b	a	1	1	8	Deficiente	3	3	3	4	2	4	3	4	3	3	32	Adec.	
147	28	25-29 a	38	III trim.	1	-	-	Nulpara	Superior	Convivier	0	c	b	1	b	a	b	b	c	1	1	6	Deficiente	4	4	1	4	4	4	4	4	4	1	34	Adec.	

Favo	56	168	107	40	112	139	137	189	231	10
Desf	214	104	163	230	159	131	133	81	39	260

ANEXO 5

CROQUIS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

