

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ACTITUD DE LAS GESTANTES NULIPARAS FRENTE AL COITO EN
EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA
DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013**

TESIS

PRESENTADA POR:

***Bach.* LIBLY MICHELLY LEYTON MERCADO**

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**TACNA – PERÚ
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Obstetricia**

**ACTITUD DE LAS GESTANTES NULIPARAS FRENTE AL COITO EN
EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA
DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013**

TESIS

Presentada por:

Bach. LIBLY MICHELLY LEYTON MERCADO

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por:....., ante el siguiente Jurado



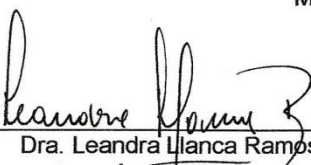
Mgr. Nérida Pérez Cabanillas
Presidenta



Dra. Carmen Linares Torres
Miembro



Mgr. Gladys Concori Cori
Miembro



Dra. Leandra Lianca Ramos
Asesora

AGRADECIMIENTO

A mi asesora de Tesis la Dra. Leandra Llanca Ramos, por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado en el proyecto.

A todo el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, por el apoyo, cariño y facilidad que me dieron para poder realizar mi investigación.

A mi Universidad y docentes por todo el apoyo y ese contagiante amor a la carrera.

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, fortalecer mi mente e iluminar mi corazón, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudios. Pero sobretodo darme salud.

A mi madre, a mi padre, mi hermana y a mis abuelitos.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2. Formulación y sistematización del problema	7
1.2.1. Problema General	7
1.2.2. Problema Específicos	8
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	8
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	11
1.5 OBJETIVOS	12
1.5.1 Objetivo General	12

1.5.2	Objetivos Específicos	12
-------	-----------------------	----

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	ANTECEDENTES DE ESTUDIO	14
2.2	BASES TEÓRICAS	21
2.2.1	Actitud	21
2.2.2	Relaciones Sexuales	23
2.2.3	Ámbitos de la Sexualidad	26
2.2.4	Cambios físicos y psicológicos en el embarazo	29
2.2.5	Respuesta sexual durante el embarazo	34
2.2.6	Beneficios del sexo en el embarazo	41
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	42

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.2.1 Población	46
3.2.2 Muestra	46
3.4 VARIABLES DE ESTUDIO	48
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	50
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.7 PROCESAMIENTO E INTERPRETACION DE DATOS	54

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1 Análisis descriptivo de la encuesta	56
DISCUSION	103
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES	108
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	109
ANEXOS	117
MATRIZ DE CONSISTENCIA	122

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: Edad de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	56
TABLA 2: Grado de instrucción de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	59
TABLA 3: Frecuencia de coitos antes del embarazo de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	62
TABLA 4: Frecuencia de coitos durante el embarazo de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	65
TABLA 5: Uso de preservativo en el coito durante el embarazo de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	68

TABLA 6:	Análisis estadístico de la actitud negativa de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013	71
TABLA 7:	Análisis estadístico de la actitud positiva de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	74
TABLA 8:	Análisis estadístico de edad gestacional de las gestantes nulíparas y el coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	77
TABLA 9:	Prueba estadística entre la actitud negativa de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013	80
TABLA 10:	Prueba estadística entre la actitud positiva de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	85
TABLA 11:	Prueba estadística entre la edad gestacional de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	90
TABLA 12:	Prueba estadística entre la actitud de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel	95

Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a
noviembre del 2013

TABLA 13:	Orientación en educación sexual de las gestantes nulíparas del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013	100
------------------	--	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: Edad de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	67
GRAFICO 2: Grado de instrucción de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	60
GRAFICO 3: Frecuencia de coitos antes del embarazo de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	63
GRAFICO 4: Frecuencia de coitos durante el embarazo de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	66
GRAFICO 5: Uso de preservativo en el coito durante el embarazo de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	69
GRAFICO 6: Análisis estadístico de la actitud negativa de las gestantes nulíparas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013	72

GRAFICO 7: Análisis estadístico de la actitud positiva de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	75
GRAFICO 8: Análisis estadístico de edad gestacional de las gestantes nulíparas y el coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013.	78
GRAFICO 9: Prueba estadística entre la actitud negativa de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013	101

RESUMEN

El embarazo es una etapa donde ocurre una serie de cambios de los cuales la sexualidad es uno de los aspectos que está totalmente implicado por el estado gravídico, con el objeto de conocer la actitud frente al coito, ya sea de aceptación o de rechazo, se realizó una investigación no experimental, descriptiva, transversal y correlacional, la muestra la constituyeron 152 gestantes nulíparas del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013. El estudio encontró que la actitud que predomina en el coito en el embarazo es la negativa o de rechazo, ya que un 36.2% de las gestantes refiere no tener coito durante el embarazo. Un 42.8% de las gestantes nulíparas tiene una actitud negativa frente al coito en el embarazo por tener temor a perder el embarazo. Los resultados sugieren profundizar y abordar el tema por ser de vital importancia para llevar una buena salud sexual en el embarazo.

Palabras Claves: Actitud, Gestantes, Nulíparas, Coito.

A B S T R A C T

Pregnancy is a stage where a series of changes in which sexuality is one aspect which is fully involved by the gravid state, in order to know the attitude, either acceptance or rejection occurs, an investigation was conducted non-experimental, descriptive, cross-sectional and correlational, the sample comprised 152 pregnant nulliparous Hospital Daniel Alcides Carrión III Essalud Tacna from May to November 2013. The study found that the prevailing attitude in intercourse in pregnancy is the refusal or rejection, as 36.2% of pregnant women reported not having intercourse during pregnancy. A 42.8% of nulliparous pregnant women has a negative attitude towards sex in pregnancy for fear of having a miscarriage. The results suggest further and address the issue as being vital to lead a good sexual health in pregnancy

Keywords: Attitude, Pregnant, Nulliparous Intercourse.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es el periodo de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. El embarazo dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. ¹

La actitud sexual de las mujeres puede variar durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales que experimenta, y por el cambio de actitud que presenta su pareja durante esta etapa. ²

En nuestra cultura, nos cuesta concebir la vida sexual durante el embarazo. Olvidamos que los embarazos son producto de las relaciones coitales y, más aun, consideramos que el embarazo convierte a la mujer en un ser asexuado que debe dedicarse de lleno al cuidado de su gestación.

También nos cuesta ubicar el concepto de madre junto al concepto sexual, como si desconociéramos que todas las madres ostentan esta condición precisamente por su vida sexual.

De igual manera, resulta curioso que se hable tanto sobre los niños y tan poco sobre el sexo, siendo este el origen de los niños, como si todavía quisiéramos obviar que venimos al mundo gracias a la sexualidad. Todas aquellas mentiras de que los niños los traía la cigüeña desde París, han sido parte de ese intento de separar lo inseparable: el embarazo y la sexualidad.

Todo esto tiene una explicación histórica. Durante siglos la sexualidad fue vista con malos ojos; se la señaló como fuente de males y claudicaciones, dentro de los cuales se describían severos efectos sobre el cuerpo y, más aun, sobre el alma. En los dos últimos milenios se tejieron muchos tabúes, mitos y mentiras destinados a atemorizar a la población para que disminuyera su vida sexual.

Se comprenderá con facilidad que todos estos temores se magnificaban cuando se hablaba de esa abominable actividad durante el

embarazo. Hoy persiste ese legado, y por eso existe una enorme desinformación en torno al tema de la vida sexual durante esos maravillosos nueve meses

Los problemas de la sexualidad humana son hondos y muy importantes para el bienestar y la salud de los individuos puesto que la ignorancia y nociones erróneas sobre cuestiones sexuales, tienen estrecha relación con los diversos problemas de salud y con la calidad de vida, por lo que se plantea la necesidad de brindar a la comunidad salud sexual, con calidad.³

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo conocer cuál es la actitud de las gestantes nulíparas frente al coito. Considero que es importante ya que se puede brindar información muy necesaria acerca de la sexualidad en el embarazo. Dejo a vuestra consideración mi trabajo de investigación denominado “ ACTITUD DE LAS GESTANTES NULIPARAS FRENTE AL COITO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA “.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio de investigación ha sido motivado por encontrar en la consulta clínica diaria con gran frecuencia una gran duda por parte de las gestantes nulíparas acerca del coito en el embarazo.

Para la mujer embarazada será importante conservar su capacidad erótica y orgásmica. La primera contribuye a mejorar su autoestima y la armonía conyugal y la segunda, ayuda a mantener la elasticidad y flexibilidad de los músculos pélvicos, tan necesarios para el parto. Es importante tener en cuenta que la conducta sexual de la embarazada se verá alterada por multitud de factores, pero también estará influenciada por las condiciones y las estrategias personales de las que disponga cada una a la hora de afrontar estos cambios.⁴

Es muy importante en la relación de pareja la satisfacción sexual. Una vida sexual sana forma parte de una salud plena. La

falta de comunicación, de tiempo para el sexo, la baja autoestima por los cambios físicos y emocionales afectan de manera directa en la relación de pareja. La existencia de estos problemas impide que la pareja logre una relación íntima y mutuamente satisfactoria.

Hablamos de una mujer nulípara cuando no ha dado a luz a ningún hijo. En general, en las mujeres nulíparas, el embarazo y nacimiento de su bebé generan miedos, dudas e inseguridades que se deben de abordar para procurar el bienestar de la madre, la pareja y el recién nacido. Es en las gestantes nulíparas que existe mayor miedo, ya que es la primera vez. En cambio, una mujer múltipara es aquella que ya ha dado a luz más de una vez y tiene experiencia en el caso.⁵

Es necesario que tanto la mujer como su pareja consideren el embarazo como un proceso natural que hay que vivir con placer, satisfacción y expectativas positivas. Aun así existen situaciones que no están exentas de riesgo, pero ello no quiere decir que las necesidades sexuales no deban ser satisfechas. Además podrán

mantenerse relaciones coitales siempre y cuando no haya contraindicación específica que las desaconseje.

El conocimiento de la sexualidad así como vivir y madurar como personas sexuadas son objetivos fundamentales de cada uno de nosotros y de la sociedad en general. La sexualidad es una parte fundamental de la vida que afecta de forma considerable al bienestar. Sin embargo, tanto sexo como sexualidad han sido tratados en nuestra cultura occidental como tabú. Lo que ha supuesto un lastre en el desarrollo de esta dimensión de la personalidad.⁶

En la resolución de estos problemas, juega un papel importante una buena educación sexual. Existe un desencadenante común a la modificación del patrón habitual sexual de la mujer, el temor. Temor a consecuencias negativas tras la práctica de cualquier tipo de acto sexual.

Considero de igual importancia el abordaje de la sexualidad así como los temas sobre la fisiología, psicología, controles prenatales, entre otros. Pues ellos provocan cambios de relevancia y desconocidos para la mujer. Aquí es donde la educación sexual puede evitar la falta de información de este campo.

Debemos dejar en claro que sexualidad no sólo es genitalidad. En una relación sexual interviene todo el cuerpo y cuando una pareja desea compartir sentimientos de intimidad, amor y sexo, lo puede hacer sin la obligatoriedad del coito.

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la actitud de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre Del 2013?

1.2.2. Problema Específicos

- ¿De qué manera la actitud negativa de las gestantes nulíparas influye al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna?
- ¿De qué manera la actitud positiva de las gestantes nulíparas influye al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna?
- ¿De qué manera la edad gestacional de las gestantes nulíparas influye en el coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El embarazo es un periodo trascendental en la vida de la mujer, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico. Su cuerpo se transforma para dar vida a un nuevo ser que se gesta y nutre dentro del útero materno hasta que está preparado para nacer.⁷

El embarazo puede ser un momento difícil para la pareja. Muchos cambios están ocurriendo como mayor cansancio, molestias y cambios de humor, todo esto afecta a la relación de pareja. . El cambio en la actitud de la mujer, por todo lo que le está ocurriendo y a punto de pasar, muchas veces la hace rechazar las insinuaciones sexuales Puede que la pareja se sienta rechazada, no sólo sexualmente sino también emocionalmente. Como resultado, llegan a distanciarse emocionalmente y buscar la compañía de otra mujer que conocen. ⁸

Otro motivo por el que suelen resentirse las relaciones coitales durante el embarazo es la hiperlaxitud del músculo pubo-coccígeo. Esta molestia se puede subsanar con ejercicios para fortalecer el suelo pélvico. Sin embargo, algunas mujeres experimentan justo lo contrario: el aumento de sangre en el complejo clitoral hace que sientan mayor placer.

De todos modos, es cierto que, a medida que aumenta el abdomen, será necesario que la gestante busque nuevas posturas sexuales donde se sienta más cómoda. ⁹

Desde una perspectiva psicológica, la evidencia científica (Brtnicka, 2009) apunta que gran parte de los problemas y disfunciones sexuales durante la gestación derivan del miedo de dañar al bebé, sentimiento que experimentan tanto el hombre como la mujer.¹⁰

La presente investigación se realiza con el fin de conocer la actitud positiva o de aceptación, o negativa o de rechazo de las gestantes nulíparas que acuden al Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna. Los resultados van a permitir abordar el problema, para establecer medidas preventivas con el propósito de mejorar la relación de las gestantes con su pareja y así evitar la mala relación conyugal. Porque sabemos que el embarazo puede dar lugar a una mayor intimidad, pero también puede provocar cambios menos agradables en una relación, como la infidelidad. Además, considero muy relevante la actitud hacia al coito que pueda tener la gestante en este periodo, ya que, si se da el caso de infidelidad por ejemplo, cuando la mujer embarazada descubre que su marido la engaña su nivel emocional y físico le resulta

insoponible. Se deprime, siente soledad, tristeza y desamparo por el derrumbe del vínculo, entonces su actitud será de rechazo. Es por ello que esta investigación la considero necesaria, porque así las obstetras quienes son las encargadas de la salud sexual y reproductiva de la mujer, recordarán lo importante que es la sexualidad durante el embarazo, que quizás estamos descuidando este aspecto muy importante y que una mujer gestante tiene que mantenerse no solo físico sino también psicológicamente saludable para el bebé que viene en camino

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

Objeto de estudio: Actitud de las gestantes nulíparas frente al coito.

Unidad de análisis: Gestantes nulíparas.

Espacio: Tacna – Perú

Tiempo: Mayo a Noviembre del 2013.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Determinar la actitud de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna De Mayo A Noviembre Del 2013.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar la actitud negativa de las gestantes nulíparas frente al coito en el embarazo en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna.
- Determinar la actitud positiva de las gestantes nulíparas frente al coito en el embarazo en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna.

- Establecer la relación de la edad gestacional de las gestantes nulíparas y el coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

No existen muchos trabajos que hayan investigado sobre la sexualidad en este periodo de la mujer, ni son muchos los esfuerzos mundiales abocados al estudio y conocimiento de la sexualidad de la gestante. Los trabajos publicados son muy escasos y la mayoría consideran ésta exclusivamente desde un enfoque genital, cuyo principal objeto de estudio será el reinicio de las relaciones coitales tras el parto. Años atrás las relaciones coitales durante el embarazo fueron señaladas como prácticas de riesgo y capaces de producir múltiples riesgos para el feto, por lo que incluso se desaconsejaban

Autor: Phil Robertson (USA)

Título: Sexualidad femenina en la etapa del embarazo (1946)

Relacionó los síntomas propios de la gestación, como las náuseas y los vómitos, con modificaciones en la esfera sexual. Para este autor, estos síntomas que padecen una de cada dos embarazadas se relacionan con el área sexual de las mujeres porque el 90% de las que lo presentaban manifestaban tener una vida sexual insatisfactoria y la cantidad de vómitos se correlacionaba con una creciente actitud hostil hacia las relaciones coitales. Este autor concluye que las mujeres que presentaban estos síntomas tenían una personalidad inmadura, eran frías y poseían un fuerte apego a la madre. ¹¹

Autor: Nathan Seemans (USA)

Título: Sexualidad del embarazo (1971)

Estudió tres grupos de mujeres embarazadas a través de una encuesta psicosexual. El primer grupo estaba constituido por mujeres que presentaban náuseas y vómitos, el segundo tenía una excesiva ganancia de peso durante los primeros trimestres del

embarazo y el último, el grupo control no presentaba ninguna de estas características. Este autor no encontró ninguna diferencia significativa en el grado de satisfacción sexual de los tres grupos, por lo que concluyo que no existían relación entre los síntomas dispépticos y la esfera sexual. ¹²

Autor: Masters y Johnson (USA)

Título: La respuesta sexual humana (1972)

Entre sus investigaciones, estudiaron un grupo de 101 mujeres embarazadas voluntarias a través de entrevistas personales durante cada trimestre y el postparto. Durante el primer trimestre las nulíparas notaron disminución en el interés sexual, mientras que 57 de las 68 multíparas estudiadas no notaron cambios. Durante el segundo trimestre el 80% de las encuestadas, independientemente de la paridad, manifestaron una mejora significativa en la sexualidad. El descenso del interés sexual fue observado por la mayoría de las mujeres en el tercer trimestre. Es importante destacar que entre las causas señaladas que influyeron en esta disminución de la actividad sexual figuró la prohibición

médica de mantener relaciones sexuales. Uno de los aspectos iniciales mencionados por Masters y Johnson es que la paridad afecta la sexualidad en una relación un tanto curiosa, pues mientras en la primípara la sexualidad disminuye, en la multípara se incrementa, después del tercer mes de gestación. La condición física de la mujer tiene una importante influencia en su conducta sexual, especialmente en su frecuencia. ¹³

Autor: Celia J. Falicov (USA)

Título: Sexual adjustmnt during first pregnancy and post partum.
(1973)

En un estudio sobre la adaptación sexual de 19 primíparas, encontró que el embarazo tuvo un efecto adverso generalizado. La frecuencia coital, el deseo sexual y el erotismo declinaron durante el primer trimestre, se incrementaron ligeramente en el segundo trimestre y la parte inicial del tercero y decrecieron en la última parte del tercer trimestre. Temor a dañar el feto, disminución de la libido, factores somáticos y dificultad en las posiciones fueron los factores que contribuyeron a esta reducción. ¹⁴

Autor: Solberg, D.A., Buttler, J. y Wagner (Inglaterra)

Título: Sexual behavior in pregnancy. (1973)

Estudió a 260 mujeres a través de encuestas (personales) en el puerperio inmediato y encontró una disminución lineal en el interés sexual, en la actividad coital y no coital (masturbación, estimulación no genital, etc.) y en la proporción de orgasmos. Las razones más frecuentemente esgrimidas que justificaban la declinación sexual eran la falta de confort físico (incomodidad física) en la mitad de las encuestadas, el miedo a dañar al feto en el 25%. Asimismo este autor encontró un cambio en las posiciones adoptadas durante el coito, con una disminución de la posición superior del hombre y un aumento en las otras posiciones, especialmente de lado. ¹⁵

Autor: Perkins, R.P. (USA)

Título: Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. (1979)

Estudió a 155 puérperas mediante entrevistas hospitalarias y encontró que sus embarazos se caracterizaron por una progresiva declinación en el interés y en la actividad sexual y en el orgasmo.¹⁶

Autor: Alder, Cook, Davidson, West y Bancroft

Título: Hormones and sexuality in lactating women

Relacionaron los niveles hormonales durante este periodo con los cambios en la sexualidad. Las mujeres lactantes de su estudio con disminución del deseo sexual tenían menores niveles de testosterona. La producción de estrógenos está suprimida durante el periodo de lactancia materna. Los estrógenos mantienen las condiciones de lubricación de la vagina, y su disminución hace las relaciones sexuales coitales molestas. Además, los niveles de prolactina están elevados, y éstos se relacionan con una disminución de los niveles de testosterona, lo que se asocia con una disminución del deseo sexual.¹⁷

Autor: McEwan (USA)

Título: Sex and pregnancy (1976)

Investigó la opinión de las mujeres embarazadas con respecto a las modificaciones de su figura y encontró que el 70% de las encuestadas se mostraban insatisfechas con su apariencia física, incluso un 40% mencionaban una total insatisfacción. Hasta tal punto que definían y percibían su cuerpo como algo grotesco. Indudablemente, una inadecuada percepción de la imagen física enrarece la sexualidad de la mujer y puede inducir temores y fantasías de rechazo por parte de la pareja al no sentirse atractiva y deseable en el estado gravídico (Castelo-Branco et al., 2005).¹⁸

Autor: González Labrador, I y Miyar Pieiga, E.

Título: Sexualidad femenina durante el embarazo (2001)

Añaden el componente cultural. Destacan la importancia de los mitos, tabúes, prejuicios, etc. existentes sobre la sexualidad en el embarazo y la repercusión que tienen en las relaciones de pareja.¹⁹

Autor: Rufo Romero, A. (Argentina)

Título: Manual de atención al embarazo, parto y puerperio (1994)

“Relaciones sexuales: en este trimestre puede haber un cambio en las relaciones sexuales por la adaptación del cuerpo de la mujer a los cambios hormonales y psicológicos del embarazo. Está demostrado que no existe relación entre el coito y el aborto, por lo que debe tranquilizarse a la pareja si puede ser motivo de preocupación”²⁰

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. ACTITUD

La actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo, es una reacción afectiva que puede ser favorable o desfavorable hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado.²¹

Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Ahora bien, en la actitud podemos encontrar varios elementos, entre los que figurarán los pensamientos y las emociones. Por ejemplo, en el estudio de una carrera, si la actitud es favorable, encontraremos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. Las emociones son así ingredientes normales en las actitudes. Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos.²²

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después.

Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo.

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste.²³

Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto.²⁴

2.2.2. RELACIONES SEXUALES

Una relación sexual es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objeto de dar y/o recibir placer sexual. Las relaciones sexuales pueden incluir muchas prácticas como el magreo, el sexo oral o el coito. El coito consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano. En el caso de parejas heterosexuales fértiles, también pueden estar presentes fines reproductivos.²⁵

Tipos de Relaciones Sexuales

Según la cantidad de personas involucradas en el mismo momento y lugar ²⁶

- Dos. Como en una pareja
- Trío
- Orgía

Según el vínculo de las personas involucradas

- Con vínculos afectivos más o menos desarrollados como en muchos tipos de parejas (matrimonio. Noviazgo, amigos con derechos).
- Sólo con el objeto de dar y recibir placer sexual (sexo ocasional).
- Con dinero de por medio (trabajo sexual).

Según el género de los participantes

- Entre mujeres

- Entre varones
- Mixto, típica pero no limitada a las personas heterosexuales y bisexuales.
- Incluyendo personas transgénero o intersexuales.

PRÁCTICAS SEXUALES

Como primera aproximación, se pueden dividir las prácticas en coitales y no coitales. Dentro de las no coitales podemos mencionar: ²⁷

- Magreo: Abrazos, caricias y besos
- Juegos Sexuales
- Masturbación mutua
- Sexo oral (felación y cunnilingus).

COITO O CUPULA

El coito o cúpula es la inserción y empuje pélvico del pene en la vagina o el ano. El coito es una de las prácticas sexuales que forma parte de la relación sexual. Además es la práctica normativa de las relaciones sexuales.

El coito vaginal consiste en la introducción del pene en la vagina. Mientras que el coito anal es la penetración que se realiza en el ano. Aunque a veces se utiliza también el término predicación. Cabe destacar que la mucosa anal carece de lubricación y es todavía más fácil de irritar que la vagina, por lo cual tiene mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH, si no se realiza de manera segura. ²⁸

2.2.3. AMBITOS DE LA SEXUALIDAD

La actividad sexual humana depende de las características físicas, psicológicas y biológicas del individuo, de la existencia o no de una pareja, del contexto sociocultural en el que tiene lugar la relación, etc. En cada

uno de nosotros la sexualidad humana cubre diversas funciones a distintos niveles: ²⁹

En el ámbito psíquico: La sexualidad es uno de los móviles más importantes en la estructura de la personalidad. La identidad sexual, forma parte del concepto general de identidad, es decir, de la conciencia de sí mismo (Erikson, 1968). Es una categoría permanente del yo. La regulación del deseo sexual, la búsqueda del placer y la satisfacción sexual constituyen una de las motivaciones más importantes de la existencia humana en todas las edades. En la medida en que no tiene prefijados sus destinos, este sentimiento de búsqueda de satisfacción puede ser derivado de otros fines y constituye en una de las principales fuentes de creatividad

En el ámbito social: La sexualidad, junto con el apego, impulsa al individuo al encuentro del otro. En el terreno de las relaciones interpersonales, la sexualidad constituye una de las formas privilegiadas de comunicación en relación con la intimidad, donde se transmiten los principales afectos como el amor, el enamoramiento, la atracción, el cariño, el apego, etc.

En el ámbito reproductivo: La sexualidad cumple la función reproductiva propia de la especie. Sin embargo, el sentido de la reproducción humana dista mucho del que tuvo en el ambiente primitivo de adaptación. Las especies que sobreviven, lo hacen porque han tenido éxito en su adaptación al medio. La humana, como consecuencia de su desarrollo intelectual, ha sido capaz de modificar el medio y adaptarlo a sus propias necesidades, hasta tal punto que, en la actualidad el equilibrio entre las necesidades y los recursos está en riesgo.

En cualquier caso, y en lo que interesa a este punto, la posibilidad de tener hijos es una de las funciones de la sexualidad, que produce una de las experiencias humanas más intensas, aunque, en una valoración global del deseo sexual, la intencionalidad de tener hijos ocupa una proporción reducida en relación con la satisfacción sexual propiamente dicha. En la sociedad moderna, la fecundidad es una realidad que compromete a las personas a la crianza de los hijos

2.2.4. CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS EN EL EMBARAZO

El embarazo es una etapa en la que no sólo el cuerpo de la mujer cambia. Además el ancho de su vientre, del tamaño de sus senos, sus emociones también pueden cambiar en minutos, sintiéndose feliz en un instante para luego sentirse triste, agotada y de mal humor.

Según la etapa del embarazo en la que la mujer se encuentre, podrá experimentar una serie de transformaciones que seguro le afectarán un poco. Al cansancio, el aumento de peso, las náuseas y el dolor de espalda se le suman al malgenio, la ansiedad, la tristeza, la felicidad plena y el pánico absoluto. Una montaña rusa que pueden enfrentar a la gestante a muchas cosas a las que no estaba acostumbrada.³⁰

Durante el embarazo, es normal que muchas mujeres presenten notorios cambios físicos y psicológicos. Estos son los más comunes en cada trimestre de la gestación:³¹

PRIMER TRIMESTRE

El primer trimestre es determinante para la madre y el feto, estas son las alteraciones más frecuentes durante los primeros meses.

Cambios físicos

Setenta por ciento de las mujeres en el embarazo sufren náuseas y vómitos, especialmente en las mañanas, durante los primeros meses de gestación. Las causas parecen ser los cambios hormonales y los productos en el sistema gastrointestinal, debidos a que el estómago digiere los alimentos de una manera distinta, a causa de la influencia de las hormonas del embarazo.

El agotamiento es una constante. La intensidad fisiológica que se lleva a cabo en el organismo de la gestante hacen que se alteren sus patrones normales de sueño. Lo ideal es que puedan tener periodos de descanso cada día. Esto no quiere decir que se vuelva sedentaria, por el contrario, el ejercicio moderado resulta indispensable durante el embarazo.

Aumenta la producción de sangre (hematopoyesis) que favorece el intercambio de nutrientes con el sistema sanguíneo del feto. Esta mayor producción de sangre, cerca de un litro o litro y medio más de lo normal, da a la mujer ese aspecto saludable tan típico.

La aréola, e área pigmentada que rodea el pezón, adquiere una coloración más oscura y por debajo de la piel aparece una red de líneas azuladas que suministra sangre a los senos, preparándolos para la lactancia

Cambios psicológicos

Durante el primer trimestre del embarazo es frecuente tener cambios bruscos de humor, esto se debe probablemente a los cambios hormonales que se están presentando. Algunas mujeres experimentan un sentimiento contradictorio respecto de la maternidad, a sus implicaciones desde todas las perspectivas (de pareja, de realización personal, familiares, sociales, laborales), incluso cuando el embarazo ha sido planeado.

Lo más importante es no sentir culpa si en algún momento del embarazo se sintió rechazo hacia la nueva condición, es normal sentir temor. Estas inquietudes van desapareciendo a medida que avanzan los meses y la futura madre se adapta a su nuevo estado.

SEGUNDO TRIMESTRE

En este momento, la madre pasó el shock inicial por saber su estado a una etapa más tranquila y optimista. Estos son algunos de los cambios que se presentan en esta etapa.

Cambios físicos

Durante este trimestre, es probable que la mujer empiece a sentir las pataditas de su bebé en el vientre, además que este se hace más notorio. Además, podrá expulsar un poco de calostro de sus senos. Se aumenta aproximadamente 4 kilos y se pueden presentar molestias gástricas no graves. El útero ya no cabe en la pelvis y este

entra en contacto con la pared abdominal anteriormente desplazando los órganos internos.

Cambios psicológicos

La madre empieza a soñar con su bebé, se siente más feliz y fortalecida y con mejor ánimo, aunque en todo momento está sensible y emotiva, sobre todo con el tema de los niños. Durante este trimestre se conoce el sexo del bebé en camino, lo cual puede imprimir más felicidad en la futura mamá. Los expertos consideran que esta es la mejor etapa de todo el embarazo.

TERCER TRIMESTRE

Cambios físicos

La madre puede subir otros 5 kilos de peso. Además, se siente muy cansada y con fuertes dolores de espalda. Aumenta la transpiración y las ganas de orinar. El vientre está en su máxima extensión y el útero ha aumentado hasta cien veces su tamaño. También, la madre puede presentar

contracciones falsas de inminencia de parto, llamadas Braxton Hicks.

Cambios psicológicos

Aumenta la ansiedad ante la inminente llegada del bebé. La mujer puede presentar problemas de sueño. Se siente irritada por el peso aumentado durante todo el embarazo y con pocas ganas de tener relaciones sexuales.

2.2.5. RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

Con respecto a la respuesta sexual femenina, es necesario describir los cambios que se producen durante el embarazo. La respuesta sexual humana es una función compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales.³²

Los efectos de la respuesta sexual sobre la contractilidad y la perfusión vascular uterina y la dilatación cervical son de gran interés; sin embargo, existen otros cambios que ocurren en la respuesta sexual que, si bien

son menos conocidos, han de considerarse puesto que tienen influencia en la evolución del embarazo y el bienestar de la embarazada y su pareja.

Masters y Johnson nos proporcionaron el conocimiento actual sobre la respuesta sexual femenina, que dividieron en cuatro fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de éstas se caracteriza por cambios específicos en las mamas, los genitales externos e internos y la vagina.³³

Fase de deseo: Podemos decir que estas cuatro fases definidas por Masters y Johnson tienen un inicio: el deseo. Aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. En estas mujeres, el interés sexual, puede verse afectado de diversas maneras según el tipo relación sexual que mantenga, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta

de información, estado hormonal, etc.

Fase de excitación: Se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vasocongestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la exudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales. Estudiaron esta fase en seis mujeres antes y durante el embarazo y encontraron que la congestión venosa propia de la gestación, debida probablemente a cambios hormonales, provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también al principio es molesta y se encuentra aumentada durante la gestación.

Fase de meseta: Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que estos autores denominan “*plataforma orgásmica*” (Masters y Johnson). El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito.

Fase orgásmica: Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el

orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas. En lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continua sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento.

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital.

Fase de resolución: Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. Esta etapa en la mujer embarazada es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y el sentido de frustración. Masters y Johnson, en su estudio observaron que tres de las seis mujeres estudiadas habían manifestado durante la gestación múltiples orgasmos. La gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, tal vez faciliten la sexualidad de la pareja. La congestión pelviana, sin embargo, podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales,

hecho manifestado por gran cantidad de mujeres en las consultas sanitarias y que se constituye la causa más importante de disminución de la frecuencia coital.

En las diversas fases tienen lugar tanto reacciones genitales como extragenitales. Durante la excitación sexual y debido a las contracciones involuntarias de fibras musculares, se producen una erección de los pezones. El dibujo venoso se hace visible o bien aumenta, y asimismo lo hace el tamaño de las mamas debido a la repleción vascular. También tiene lugar una repleción de la areola mamaria, que sobresale de tal modo que puede ocultar en parte el pezón erecto.

En aproximadamente una tercera parte de todas las mujeres aparece tras el orgasmo, y como primer signo de regresión, una sudación en todo el cuerpo. La intensidad de la transpiración es directamente proporcional a la intensidad del orgasmo.

Aunque para algunas mujeres no es un momento

especialmente bueno, para la mayoría, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten libres del temor al embarazo y, potenciadas por el efecto de las hormonas, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes. ³⁴

2.2.6. BENEFICIOS DEL SEXO EN EL EMBARAZO

Hoy la ciencia indica que las relaciones sexuales durante el embarazo son seguras y conllevan grandes beneficios para la mayoría de las parejas, a saber: ³⁵

- Son más seguras porque no hay riesgo de embarazo.
- Son más románticas.
- Estrechan el vínculo afectivo.
- Preparan los músculos vaginales para el parto.
- Provocan un estado relajante, el cual disminuye la tensión que implica el embarazo.
- Hacen sentir a la mujer sexualmente atractiva y acompañada.

A pesar de que todavía es considerado un tabú para muchos, el sexo durante la gravidez no sólo no tiene contraindicaciones sino que hace bien al bebé.

No hay contraindicación para el sexo durante la gravidez. La verdad, sólo hay indicaciones positivas. Las embarazadas que tienen actividad sexual tienen bebés más seguros, tranquilos y felices. Además, durante los últimos meses de gestación, el sexo ayuda a la madre a prepararse para el parto, porque promueve la contracción uterina. Es como si realizase ejercicios para que el nacimiento luego sea más fácil. ³⁶

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

- **Gestante:** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. ³⁷

- **Actitud:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. Se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar.³⁸
- **Actitud positiva:** Conducta de aceptación o beneficio que toma la gestante nulípara frente al coito
- **Actitud negativa:** Conducta de rechazo que toma la gestante nulípara frente al coito.
- **Nulípara:** Mujer que no ha tenido un parto vaginal nunca.³⁹
- **Multípara:** Mujer que ha tenido parto más de una vez.⁴⁰
- **Coito:** Es la penetración del pene en la vagina. También existe el coito anal que consiste en la penetración del pene en el ano.⁴¹
- **Relaciones Sexuales:** Es un conjunto de comportamientos que realizan dos personas con el objeto de dar y/o recibir placer sexual. Pueden incluir muchas prácticas como el magreo (caricias íntimas), el sexo oral o el coito.⁴²

- **Sexualidad:** Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. ⁴³
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres. ⁴⁴
- **Tabú:** La palabra tabú designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad, grupo humano o religión, es decir, es la prohibición de algo natural, de contenido religioso, económico, político, social o cultural por una razón justificada o injustificable. ⁴⁵
- **Pelvis:** Zona anatómica formada por los huesos coxales (íleon, isquion y pubis) y el sacro. ⁴⁶
- **Parto:** Proceso por el que la mujer expulsa el feto al final de la gestación. ⁴⁷
- **Edad gestacional:** Se refiere a la edad de un embrión o feto desde el primer día de la última regla. ⁴⁸

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal y correlacional.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es no experimental, porque se obtienen datos directamente de la realidad objeto de estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlos.

De método transversal, ya que es recolectamos datos de un solo momento y en un único tiempo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

El universo lo constituyeron todas las gestantes atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud

De Tacna de mayo a noviembre del 2013, datos que se recolectaron del sistema informático perinatal, que representaron: (N = 342)

3.3.2 Muestra

El tamaño de muestra se obtiene aplicando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{z^2 NPQ}{\varepsilon^2 N + z^2 PQ}$$

Donde:

N= Es el tamaño de la población.

n= Es el tamaño de muestra que deberá ser tomada de la población.

E= Es el limite Deseado de error.

Z= Nivel de confianza.

P= Es la proporción verdadera, en la población de unidades en esa clase.

Q= Es la proporción, en la población, de unidades que no pertenecen a esa clase.

Los valores que tomaran las variables es de la siguiente manera:

N= 342 (Total de las gestantes que acuden al hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud).

E= 5% (0,05) Mientras menor sea el error, mayor exactitud habrá en los resultados.

z= 95%, (de acuerdo a la campana de Gauss, la probabilidad es a: $z = 1,96$).

P= 0,5 Probabilidad de Éxito.

Q= 0,5 Probabilidad de fracaso.

n= ?.

$$n = \frac{(1,96)^2 * 342 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * 342 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n= 152 gestantes.

Para una población de 342 gestantes de mayo a noviembre del hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud en el 2013, se toma una muestra de 152 gestantes.

- **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Criterio de Inclusión:

Gestantes nulíparas atendidas en el servicio de Obstetricia

Criterio de Exclusión:

Gestantes nulíparas que no deseen participar de la encuesta.

Gestantes nulíparas con patologías que impidan las relaciones coitales.

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

- **Actitud**

Definición Conceptual: Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación

biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. ⁴⁹

Definición Operacional: Actitud denota aquellas decisiones o conductas que toma la gestante nulípara hacia las relaciones coitales en el embarazo. Puede tener actitudes positivas o de aceptación y actitudes negativas o de rechazo. ⁵⁰

Actitud positiva: Conducta de aceptación o beneficio que toma la gestante nulípara frente al coito.

Actitud negativa: Conducta de rechazo que toma la gestante frente al coito.

- **Coito:** Es la penetración del pene en la vagina. También existe el coito anal que consiste en la penetración del pene en el ano. ⁴¹

3.5 Operacionalización de Variables

Variable Independiente	Dimensión	Indicadores	Características
<p>Actitud: Es la conducta o forma de actuar de una persona</p>	<p>Actitud positiva: Conducta de aceptación que toma la gestante nulípara frente al coito</p>	<p>Satisfacción sexual</p>	<p>*Orgasmos múltiples</p> <p>*No hay riesgo de embarazo</p> <p>*Provocan estado de relajación</p>
		<p>Estilo de vida saludable</p>	<p>o</p> <p>*La pareja aumenta el vínculo afectivo</p> <p>*Disminuye la tensión que implica el embarazo</p> <p>*Hace sentir a la mujer sexualmente atractiva y acompañada.</p>

Variable Independiente	Dimensión	Indicadores	Características
<p>Actitud: Es la conducta o forma de actuar de una persona</p>	<p>Actitud negativa: Conducta de rechazo que toma la gestante nulípara frente al coito</p>	<p>Amenaza de Aborto</p>	<p>*La gestante siente cólicos abdominales.</p> <p>*Después del coito presenta sangrado.</p>
		<p>Infecciones</p>	<p>*Después del coito siente ardor, dolor después de la micción.</p> <p>*Después del coito se contagia de una Infección de transmisión Sexual.</p> <p>*Después del coito adquiere una infección vaginal.</p>
		<p>Pérdida del deseo sexual</p>	<p>*Ajustes hormonales</p> <p>*Miedo inconsciente a dañar al bebé.</p>

		Rechazo de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> *Infidelidad *Miedo a dañar al bebé *La pareja rechaza la actividad coital con la gestante porque ya no le parece atractiva.
--	--	----------------------	--

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1 Métodos

Dado que las variables de la investigación dictan los datos en una medida considerable, se utilizó el método analítico e inductivo.

3.6.2 Técnicas

Para la recolección de datos se utilizó como herramienta una encuesta, orientada a obtener información de las variables en estudio en la actitud de las gestantes nulíparas frente al coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna de mayo a noviembre del 2013, que consta de 14 preguntas.

3.6.3 Instrumentos para Recolección de Datos

Para recopilar los datos de la presente investigación se han utilizado los siguientes instrumentos:

Encuesta

Autor: Libly Michelly, Leyton Mercado

- **Año de edición:** 2013.
- **Forma de administración:** Individual
- **Duración:** 15 minutos (aprox.)
- **Campo de Aplicación:** El instrumento está diseñado para recoger la percepción sobre la actitud de las Gestantes Nulíparas Frente al Coito en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna.

- **Características del Instrumento:** Está constituido por 14 ítems, distribuido en 2 apartados que se detalla de la siguiente manera:
 - ✓ **Actitud positiva:** Constituido por cuatro ítems.
 - ✓ **Actitud negativa:** constituido por cuatro ítems.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se usó la estadística descriptiva para el procesamiento de los datos recolectados, que es conveniente para nuestro estudio. Así mismo, la prueba de Ji – cuadrado para la correlación de las variables.

Para interpretar los datos se utilizaron medidas estadísticas descriptivas y análisis exploratorio de datos.

La presentación de datos se hará de dos formas: presentación tabular (tablas) y presentación gráfica (barras simples).

Se utilizó el programa SPSS versión 15.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1 Análisis descriptivo de la encuesta

TABLA 1

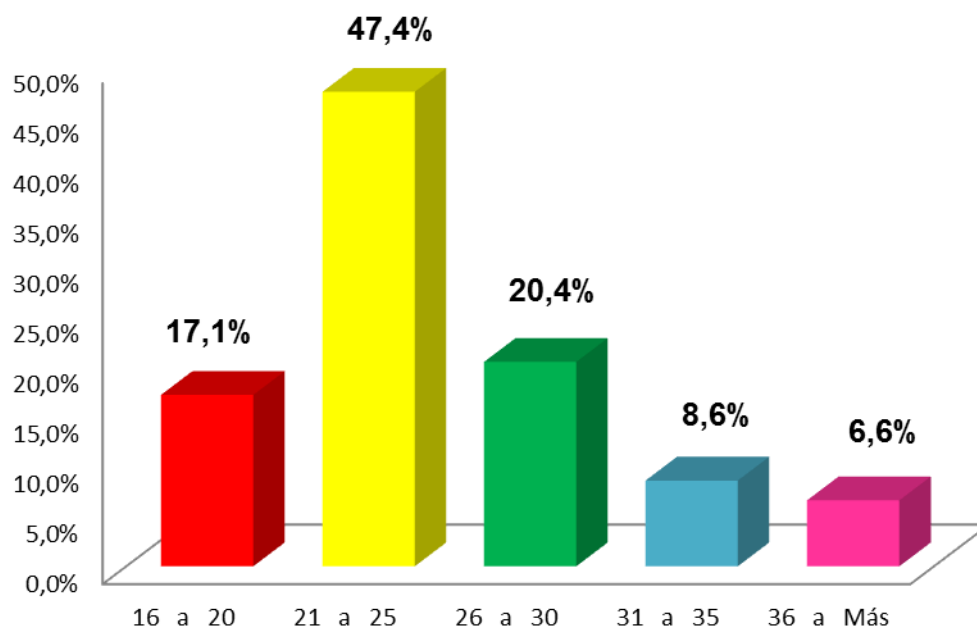
EDAD DE LAS GESTANTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013

Edad de la Gestante	Frecuencia	Porcentaje
16 a 20 años	26	17.1%
21 a 25 años	72	47.4%
26 a 30 años	31	20.4%
31 a 35 años	13	8.6%
36 a Más	10	6.6%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 1

EDAD DE LAS GESTANTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013



Fuente: Tabla 1

INTERPRETACION:

En la tabla y gráfico 1 se observa que el 17.1% de las gestantes nulíparas tiene una edad de 16 a 20 años. Se observa también que un 47.4% de las gestantes nulíparas tiene una edad de 21 a 25 años. Un 20.4% de las gestantes nulíparas tiene una edad de 26 a 30 años. Mientras que un 8.6% de las gestantes tienen una edad de 31 a 35 años y un 6.6% de las gestantes nulíparas tiene una edad de 36 a más años.

TABLA 2

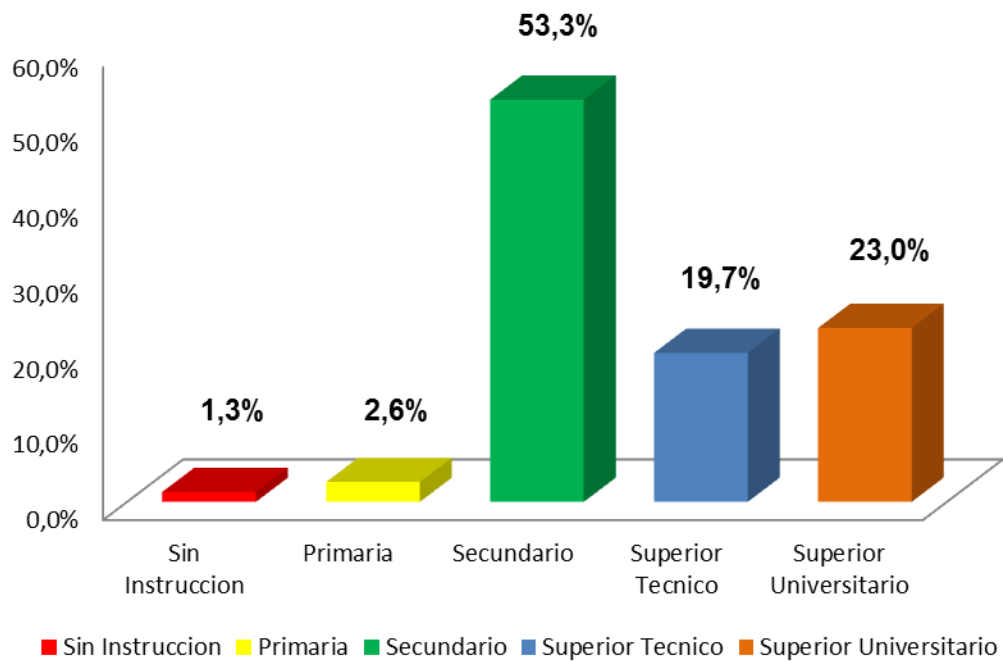
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES NULÍPARAS
EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE
TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013**

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin Instrucción	2	1.3%
Primaria	4	2.6%
Secundario	81	53.3%
Superior Técnico	30	19.7%
Superior Universitario	35	23.0%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 2

**GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES NULÍPARAS
EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE
TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013**



Fuente: Tabla 2

INTERPRETACION

En la tabla y gráfico 2 se observa que un 1.3% de las gestantes nulíparas no tiene instrucción. Un 2.6% de gestantes nulíparas tiene instrucción primaria. Se observa también que un 53.3% de las gestantes nulíparas tiene secundaria completa. Un 19.7% de las gestantes nulíparas tiene un grado de instrucción de superior técnico. Mientras que un 23.0 % de las gestantes nulíparas tiene una instrucción de superior universitario.

TABLA 3

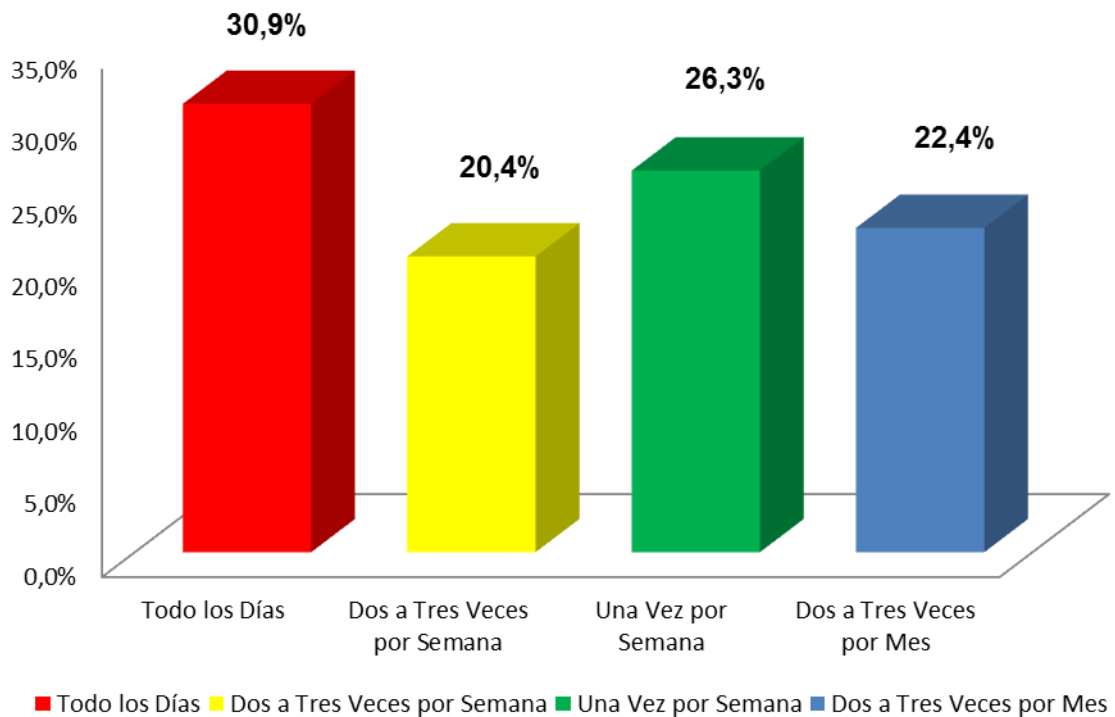
FRECUENCIA DE COITOS ANTES DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES NULIPARAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013

Frecuencia de Coitos antes del Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Todo los Días	47	30.9%
Dos a Tres Veces por Semana	31	20.4%
Una Vez por Semana	40	26.3%
Dos a Tres Veces por Mes	34	22.4%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 3

FRECUENCIA DE COITOS ANTES DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES NULIPARAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013



Fuente: Tabla 3

INTERPRETACION

En la tabla y gráfico 3 se observa que un 30.9% de las gestantes nulíparas tenía relaciones coitales todos los días antes del embarazo. Un 20.4% de gestantes nulíparas tenía relaciones coitales dos a tres veces por semana antes de embarazarse. También se observa que un 26.3% de gestantes nulíparas tenía relaciones coitales una vez por semana antes de embarazarse. Un 22.4% de gestantes nulíparas tenía relaciones coitales dos a tres veces por mes antes de embarazarse.

TABLA 4

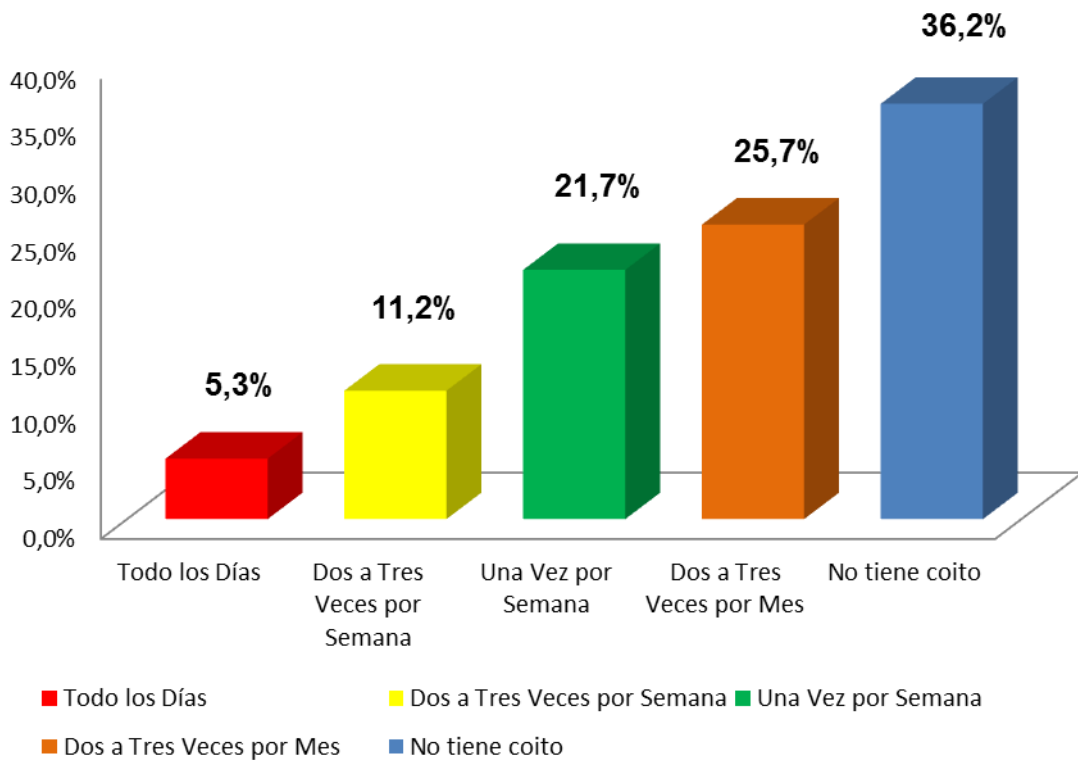
**FRECUENCIA DE COITOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS
GESTANTES NULIPARAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A
NOVIEMBRE DEL 2013**

Frecuencia de coitos durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Todo los Días	8	5.3%
Dos a Tres Veces por Semana	17	11.2%
Una Vez por Semana	33	21.7%
Dos a Tres Veces por Mes	39	25.7%
No tiene coito	55	36.2%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 4

FRECUENCIA DE COITOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES NULIPARAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013



Fuente: Tabla 4

INTERPRETACION

En la tabla y gráfico 4 se observa que un 5.3% de las gestantes nulíparas tenía relaciones coitales todos los días durante el embarazo. Un 11.2% de las gestantes nulíparas tenía relaciones coitales dos a tres veces por semana durante el embarazo. También se observa que un 21.7% de gestantes nulíparas tenía relaciones coitales una vez por semana durante el embarazo. Un 25.7% de las gestantes nulíparas tenía relaciones coitales dos a tres veces por mes durante el embarazo. Mientras que un 36.2% de las gestantes nulíparas no tenía coito durante el embarazo.

TABLA 5

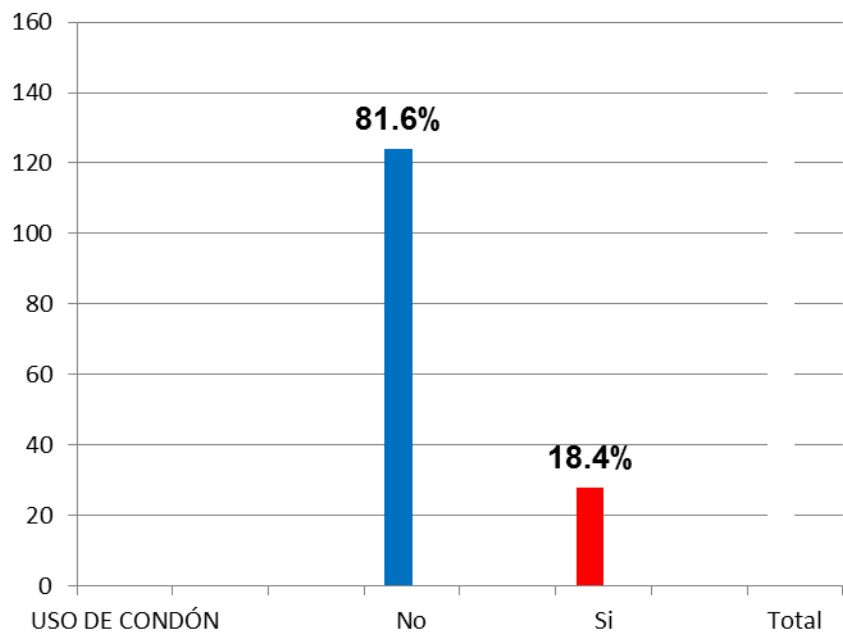
USO DE PRESERVATIVO EN EL COITO DURANTE EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES NULIPARAS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013

USO DE CONDÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	124	81.6%
Si	28	18.4%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 5

USO DE PRESERVATIVO EN EL COITO DURANTE EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES NULIPARAS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013



Fuente: Tabla 5

INTERPRETACION

En la tabla y gráfico 5 podemos observar que un 81.6% de las gestantes nulíparas no usa preservativo o condón durante el coito en el embarazo. Mientras que un 18.4% de las gestantes nulípara sí usa preservativo o condón durante el coito en el embarazo.

TABLA 6

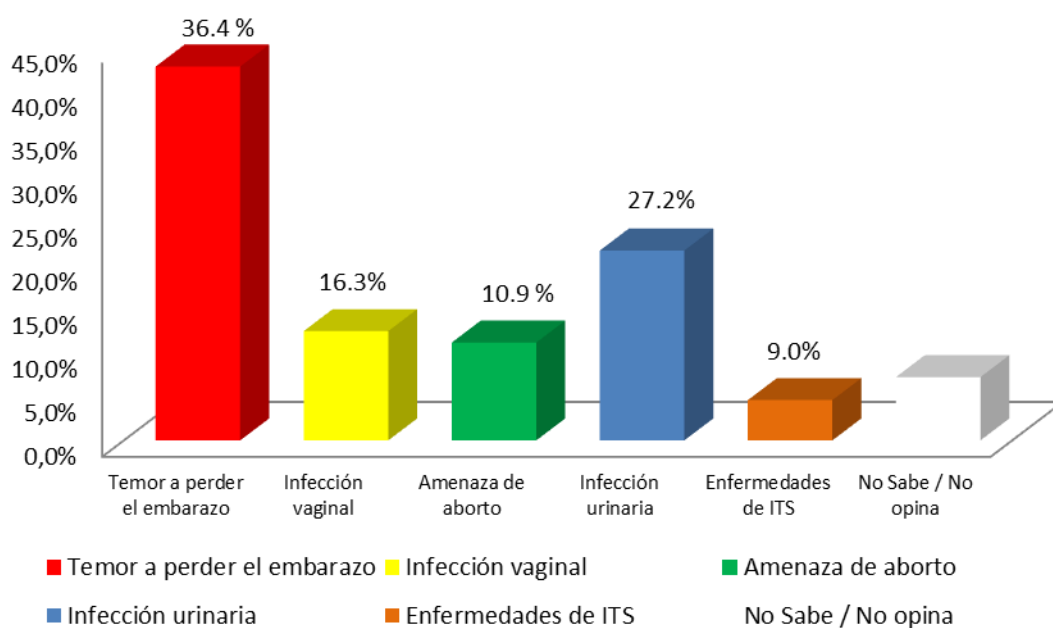
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ACTITUD NEGATIVA DE LAS
GESTANTES NULÍPARAS FRENTE AL COITO EN EL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO
A NOVIEMBRE DEL 2013**

Actitud de rechazo	Frecuencia	Porcentaje
Temor a perder el embarazo	20	36.4 %
Infección vaginal	9	16.3 %
Amenaza de aborto	6	10.9 %
Infección urinaria	15	27.2 %
Infecciones de transmisión sexual	5	9.0 %
Total	55	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 6

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ACTITUD NEGATIVA DE LAS GESTANTES NULÍPARAS FRENTE AL COITO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013



Fuente: Tabla 6

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 6 se observa que un 36.4 % de las gestantes nulíparas tiene una actitud negativa o de rechazo hacia el coito porque tiene temor a perder el embarazo. Un 16.3 % de las gestantes nulíparas tiene una actitud negativa o de rechazo hacia el coito porque tiene temor a tener una infección vaginal. Un 10.9 % de gestantes nulíparas tiene una actitud negativa o de rechazo al coito porque tiene temor a una amenaza de aborto. También se observa que un 27.2% de las gestantes nulíparas tiene una actitud de rechazo porque cree que va a adquirir una infección urinaria. Mientras que un 9.0 % de gestantes nulíparas tiene una actitud de rechazo hacia el coito porque cree que se contagiará de una infección de transmisión sexual.

TABLA 7

**ANALISIS ESTADISTICO DE LA ACTITUD POSITIVA DE LAS
GESTANTES NULIPARAS FRENTE AL COITO EN EL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO
A NOVIEMBRE DEL 2013**

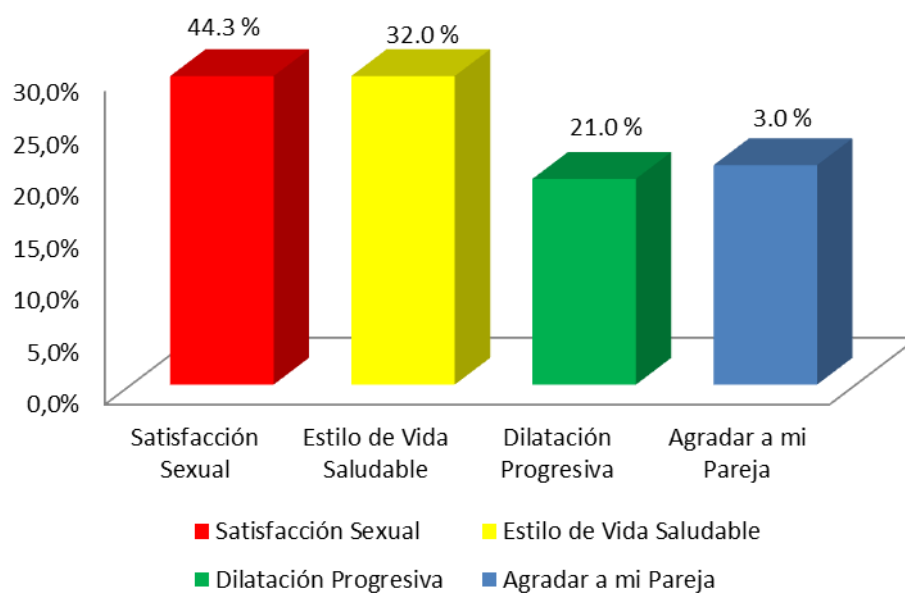
ACTITUD POSITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Satisfacción Sexual	43	44.3 %
Estilo de Vida Saludable	31	32.0 %
Dilatación Progresiva	3	3.0 %
Agradar a mi Pareja	20	21.0 %
Total	97	100 %

Fuente:

Fuente: Encuesta

GRAFICO 7

ANALISIS ESTADISTICO DE LA ACTITUD POSITIVA DE LAS GESTANTES NULIPARAS FRENTE AL COITO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013



Fuente: Tabla 7

INTERPRETACION

En la tabla y gráfico 7 podemos observar que un 44.3 % de gestantes nulíparas tienen una actitud positiva o creen que será un beneficio tener relaciones coitales durante el embarazo porque esto les dará una satisfacción sexual. Un 32.0 % de gestantes nulíparas tienen una actitud positiva o creen que será beneficioso tener relaciones coitales durante el embarazo porque así tiene un estilo de vida saludable. Un 21.0 % de gestantes nulíparas tiene una actitud positiva o creen que será beneficioso para ellas tener relaciones coitales durante el embarazo porque tendrán una dilatación progresiva. Y un 3.0% de gestantes nulíparas tiene relaciones coitales para agradar a su pareja.

TABLA 8

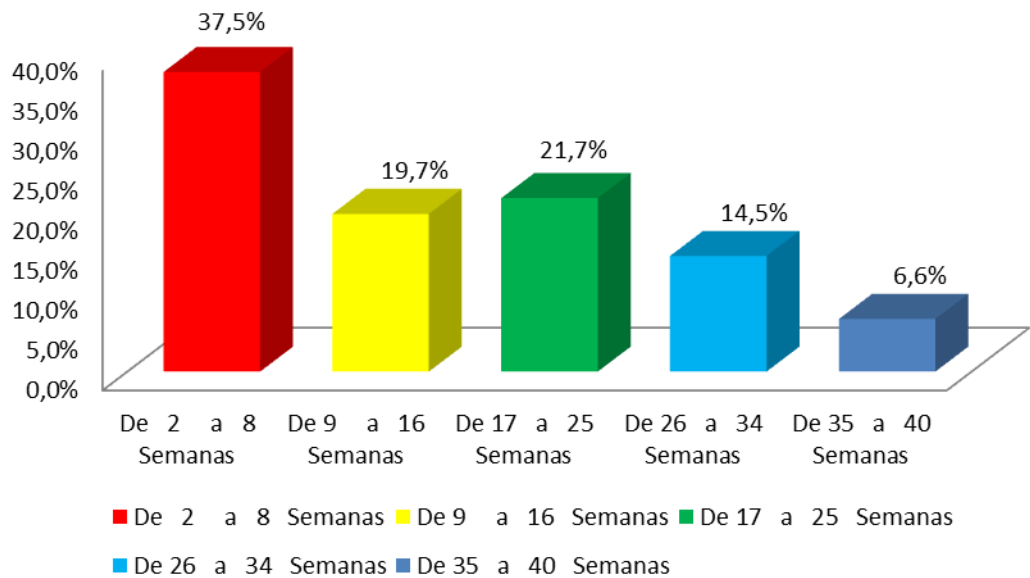
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE EDAD GESTACIONAL DE LAS
GESTANTES NULÍPARAS Y EL COITO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA**

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
De 2 a 8 Semanas	57	37.5%
De 9 a 16 Semanas	30	19.7%
De 17 a 25 Semanas	33	21.7%
De 26 a 34 Semanas	22	14.5%
De 35 a 40 Semanas	10	6.6%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 8

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE EDAD GESTACIONAL DE LAS
GESTANTES NULÍPARAS Y EL COITO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA**



Fuente: Tabla8.

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 8 podemos observar que un 37.5% de gestantes nulíparas tiene coito de 2 a 8 semanas de embarazo. Un 19.7% de gestantes nulíparas tiene coito de 9 a 16 semanas de embarazo. Un 21.7% de gestantes nulíparas tiene coito de 17 a 25 semanas de embarazo. Un 14.5% de gestantes nulíparas tiene coito de 26 a 36 semanas de embarazo y finalmente podemos observar que un 6.6% de gestantes nulíparas tiene coito de 35 a 40 semanas de embarazo.

TABLA 9

PRUEBA ESTADÍSTICA ENTRE LA ACTITUD NEGATIVA DE LAS GESTANTES NULÍPARAS FRENTE AL COITO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2013

EDAD GESTACIONAL	Actitud		TOTAL
	Positiva	Negativa	
De 2 a 8 Semanas	31	9	40
De 9 a 16 Semanas	28	6	34
De 17 a 25 Semanas	24	11	35
De 26 a 34 Semanas	8	4	12
De 35 a 40 Semanas	6	25	31
Total	97	55	152

Fuente: Encuesta.

A. Prueba estadística de chi - cuadrado

- **Tipo de prueba**

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- **Nivel de significación de la prueba**

Se asume el nivel de significación del 5% error.

- **Distribución apropiada para la prueba**

Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

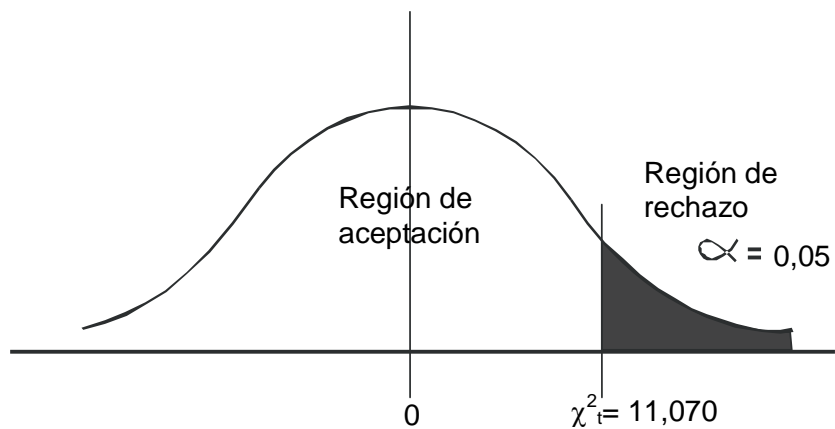
$$Gl = (2 - 1) * (6 - 1)$$

$$Gl = 5$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 11,070$$

- Esquema gráfico de la prueba



- Matriz de operaciones auxiliares

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	24	28.2237	-4	17.840	0.6321
2	8	8.3	0	0.063	0.0076
3	7	7.3816	0	0.146	0.0197
4	17	14.3	3	7.135	0.4979
5	7	3.0	4	15.686	5.1607
6	3	5	-2	3.155	0.6606
7	41	37	4	17.840	0.4851
8	11	11	0	0.063	0.0058
9	10	10	0	0.146	0.0151
10	16	19	-3	7.135	0.3821
11	0	4	-4	15.686	3.9605
12	8	6	2	3.155	0.5070
Total	152	135	0	88.046	12.334

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\chi^2_c = 12,334$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 12,334$$

$$\chi^2_t = 11,070 \quad \alpha = 0,05$$

Justificación y decisión estadística

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($12,334 > 11,070$), Prevalece la actitud positiva en las primeras 2 a 8 semanas de gestación.

TABLA 10

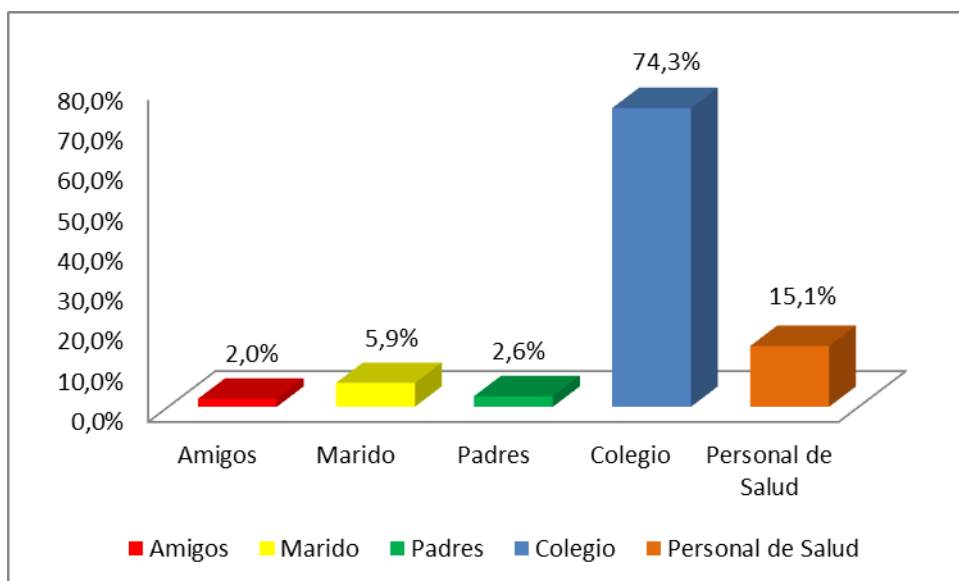
**ORIENTACION EN EDUCACION SEXUAL DE LAS GESTANTES
NULIPARAS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION
ESSALUD DE TACNA DE MAYO A NOVIEMBRE DE 2013**

La educación sexual la recibe de:	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	3	2.0%
Marido	9	5.9%
Padres	4	2.6%
Colegio	113	74.3%
Personal de salud	23	15.1%
Total	152	100.0%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 9

ORIENTACION EN EDUCACION SEXUAL DE LAS GESTANTES NULIPARAS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION DE MAYO A NOVIEMBRE DE 2013



Fuente: Tabla 13

INTERPRETACION

En la tabla 13 y gráfico 9 se observa que un 2.0% recibió educación sexual por parte de los amigos. Un 5.9% de gestantes nulíparas recibió educación sexual por parte del marido. Un 2.6% de gestantes nulíparas recibió educación sexual por parte de los padres. Mientras que un 74.3% de gestantes nulíparas recibió educación sexual en el colegio. Y por último un 15.1% de las gestantes nulíparas recibió educación sexual por parte de un profesional de salud.

DISCUSIÓN

Tras los resultados obtenidos en nuestro estudio podríamos afirmar que el coito durante el embarazo experimenta una alteración. Al igual que nosotros, ésta es la conclusión a la que llegan autores destacados como Robertson (1946), Masters y Johnson (1972), Falivov (1973), Solberg (1973), McEwan (1976), Perkins (1979) y Alder et al. (1986) en sus investigaciones ya mencionadas en nuestros antecedentes. Nosotros encontramos en la tabla y gráfico 3, que un porcentaje de 30.9 % de gestantes que tenían coito todos los días antes de embarazo, esta cifra decreció en un 5.3% durante el embarazo, como observamos en la tabla y gráfico 4, dato destacado también por Falicov (1973), quien afirmó que el embarazo tiene efectos adversos sobre la frecuencia de las relaciones sexuales.

Tras el análisis se poyan estos resultados. Nos muestran que la mujer experimenta una modificación de su actividad sexual durante el embarazo respecto a su situación habitual. Tal como observamos en el cuadro y gráfico 6, la actitud de rechazo como el temor a perder el embarazo, la infección vaginal, la amenaza de aborto, infección urinaria o las infecciones de transmisión sexual repercuten de forma directa en la frecuencia de las relaciones coitales, encontrándolas disminuidas.

En el cuadro y gráfico 8, podemos apreciar que en las primeras semanas de embarazo es donde la gestante tiene la mayor frecuencia de coitos porque puede que aún no sepa de su embarazo. Al igual que Perkins (1979) encontró en su estudio que un 48% de gestantes mantenía relaciones sexuales por desconocimiento de su embarazo.

En el cuadro y gráfico 9 podemos apreciar que la actitud negativa influye en el coito en el embarazo, ya que un 24% de gestantes nulíparas tiene temor a perder el embarazo, un 8% tiene temor a contraer una infección vaginal, un 7% tiene temor a tener una amenaza de aborto, un 17% tiene temor a contraer una infección urinaria y un 7% tiene temor a contraer una infección de transmisión sexual. Así como en el estudio de Robertson (1946), donde encontró que el 90% de gestantes presentan una vida sexual insatisfactoria y la cantidad de vómitos se correlacionaban con una creciente actitud hostil hacia las relaciones coitales. Lo cual quiere decir que son múltiples las causas que influyen en la actitud negativa o de rechazo frente al coito.

En el cuadro y gráfico 10 podemos observar que la actitud positiva influye en el coito en el embarazo, ya que un 27% de gestantes nulíparas tiene una satisfacción sexual en el embarazo. Un 31% de gestantes nulíparas

tiene un estilo de vida saludable, un 17% de gestantes cree que el coito ayudará a tener una dilatación progresiva para el momento del parto, un 11% de gestantes tiene coito en el embarazo para agradar a su pareja y de tal manera tener una buena relación con ella. Tal como en el estudio de McEwan (1976) donde encontró que las mujeres embarazadas con respecto a las modificaciones de su figura encontró que el 70% de las encuestadas se mostraban insatisfecha con su apariencia física, incluso un 40% presentaba una total insatisfacción, pero aun así, todas ellas tenían coito en el embarazo para llevar una buena relación de pareja, siendo egoístas con ellas mismas, hasta el punto que definían y percibían su cuerpo como algo grotesco. Indudablemente, una inadecuada percepción de la imagen física enrarece la sexualidad de la mujer y puede inducir temores y fantasías de rechazo por parte de la pareja, al no sentirse atractivas y deseables en el estado gravídico.

En cuadro y gráfico 13 encontramos que la gestante nulípara un 2% recibió educación sexual por parte de los amigos. Un 5.9% de gestantes nulíparas recibió educación sexual por parte de la pareja, un 2.6% de gestantes nulíparas recibió educación sexual por parte de los padres. Mientras que un 74.3% de las gestantes nulíparas recibió educación

sexual en su colegio. Y por último un 15.1% de gestantes nulíparas recibió educación sexual por parte de un personal de salud.

Según Berta Soria Becerril, en su estudio ⁵¹ demuestra que sólo un 17.6% de la muestra manifiesta haber recibido información sobre sexualidad en el embarazo. La información, además está escasa que no resulta extraño observar que los cambios en la actividad sexual se produjeron de forma independiente a recibir información sobre sexualidad. Con respecto a la significación de estos puntos en nuestro estudio, sobre todo en la cuestión de recibir información sobre sexualidad, deberemos tener en cuenta el tamaño de muestra, ya que probablemente se encuentre en el límite de significación por este motivo, por lo que podríamos encontrar resultados distintos con una población muestral mayor.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La actitud que predomina en el coito en el embarazo es la negativa o de rechazo. Un 36.2% de las gestantes refiere no tener coito en el embarazo, sobre todo en las últimas 5 semanas donde un 6.6% de las gestantes nulíparas no tiene coito.
2. La actitud negativa que predomina en el coito en el embarazo es el temor a perder el embarazo con un 42.8%.
3. La actitud positiva que predomina en el coito en el embarazo es la de satisfacción sexual con un 29.6% y de igual manera el estilo de vida saludable que pueden llevar con el coito en el embarazo en un 29.6%.
4. En cuanto a la relación de la edad gestacional y el coito, se observó que un 37.5% de las gestantes mantenía relaciones coitales en las primeras semanas (2 a 8 semanas de embarazo), mientras que un 6.6% de gestantes tenía relaciones coitales en las últimas semanas de embarazo (35 a 40 semanas), Y un 36.2% de gestantes no tiene coito durante el embarazo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir más estudios acerca del coito durante el embarazo, ya que es de vital importancia para que las gestantes lleven un estilo de vida saludable, una sexualidad plena, satisfecha y segura. La mujer embarazada es valiosa para la sociedad, lleva consigo otra vida, es importante que su salud psicológica este estable, es por ello que explicando los beneficios de las relaciones sexuales en el embarazo tendremos mejores resultados. No necesariamente coito, sino, aprender otras formas de satisfacción durante el embarazo.

Se recomienda a las obstetras abordar mejor este tema, ya que son las pioneras en educación sexual, de igual forma se deberían crear módulos de aprendizaje, quizás añadir este tema en la psicoprofilaxis o dictarse otro curso especial de sexualidad en el embarazo como parte de atención prenatal. También creo conveniente que las obstetras deberían dictar el curso de sexualidad en los colegios, ya que como se observa en la investigación un 73.4% de las gestantes señala que recibió educación sexual en su colegio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Definición Abc [sede Web] * Argentina; Diccionarios en línea 2014 [acceso 05 de noviembre del 2013] Definición de embarazo. Disponible en <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php>
2. TAMAYO GARCÍA, MÓNICA ROXANA. Conductas sexuales durante el embarazo. [Revista en internet]* 2010 setiembre – diciembre [Acceso el 5 de noviembre del 2013] [página 2]. Disponible en <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14503323/755>
3. CALDERÓN BASILIO, VIRGINIA JULISSA Conductas sexuales durante el embarazo. [Revista en internet]* 2010 setiembre – diciembre [Acceso el 5 de noviembre del 2013] [página 3]. Disponible en <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14503323/755>
4. SORIA BECERRIL, BERTA CRISTINA. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Monografía en internet]* España 2012. [Acceso 05 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2543/6/Trabajo.pdf>
5. The free Dictionary [Sede Web]* Usa, 2013 [Acceso el 7 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://es.thefreedictionary.com/nul%C3%ADpara>

6. SORIA BECERRIL, BERTA CRISTINA. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Monografía en internet]* España 2012. [Acceso 7 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2543/6/Trabajo.pdf>
7. Bebés y más [Sede Web]* Paraguay 2013 [Acceso el 7 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>
8. WEITEN, W. (2008): Psicología Temas y Variaciones 6º Edición. México, D.F. Cengage Learning Editores S.A, 400-401.
9. CABERO, L., Saldívar, D. y Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Panamericana
10. BRTNICKA, S.K., LEASE, S.H. Y ELLISON, C.R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling y Development*, 82 (2), 158-166.
11. ROBERTSON, G.G. (1946). Nausea and vomiting in pregnancy. *The Lancet*. 251-336.
12. SEEMENS, N. (1971). Female sexuality and life situations. An etiologic psycho-socio-sexual profile of weight gain and nausea and vomiting during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 28(4), 555.

13. MASTERS, W.H. Y JOHNSON, V.E. (1972). Respuesta sexual humana. Buenos Aires: Intermédica.
14. FALICOV C. SEXPOL. (1998). *Manual teórico del curso de monitores en educación sexual*. Madrid.
15. SOLBERG, D.A., BUTTLER, J. Y WAGNER, N.N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 288-1098
16. PERKINS, R.P. (1979). Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 134-498.
17. ALDER, M.E., COOK, A., DAVIDSON, D., WEST, C. Y BANCROFT, J. (1986). Hormones and sexuality in lactating women. *The British Journal of Psychiatry*. 148, 75
18. MCEWAN, M. (1976). *Sex and pregnancy* USA: Trillas.
19. GONZÁLEZ LABRADOR, I Y MIYAR PIEIGA, E. (2001). Sexualidad femenina durante el embarazo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5 (17), 497-501.
20. RUFO ROMERO, A. (coord.). (1994). *Manual de atención al embarazo, parto y puerperio*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
21. Las actitudes [Sede Web]* [Acceso el 10 de noviembre del 2013]
Lectura: Tomado de diferentes autores. Disponible en <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>

22. Las actitudes [Sede Web]* [Acceso el 10 de noviembre del 2013]
Naturaleza de las actitudes y sus componentes. Disponible en
<http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
23. Rincón del vago [Sede Web]* México [Acceso el 12 de noviembre
del 2013]. Actitud. Página 1. Disponible en
<http://html.rincondelvago.com/actitud.html>
24. Rincón del vago [Sede Web]* México [Acceso el 12 de noviembre
del 2013]. Actitud. Página 3. Disponible en
<http://html.rincondelvago.com/actitud.html>
25. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 1 de noviembre del 2013.
Relación Sexual. Página 1. Disponible en
http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual
26. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 1 de noviembre del 2013.
Relación Sexual. Página 2. Disponible en
http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual
27. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 1 de noviembre del 2013.
Relación Sexual. Página 4. Disponible en
http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual
28. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 1 de noviembre del 2013.
Relación Sexual. Página 5. Disponible en

http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual

29. Berta Cristina Soria Becerril. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. [Monografía en internet]* España 2012. [Acceso 7 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2543/6/Trabajo.pdf>

30. Dueñas Díez, J.L. (coord.), Bailón Muñoz, E., Dotor García, M.I., Granados García, C., Rodríguez Gómez, R.M. y Rufo Romero, A. (2002). *Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

31. VALDÉZ, E. (2003). Conceptos de Sexualidad en Perinatología. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Santiago de Chile, 68, 333-336.

32. ALONSO VALERA, J.M., MARTÍNEZ PASCUAL, B., DÍAZ PALAREA, M.D. Y CALVO FRANCÉS, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 150-157.

33. MASTERS, W.H. Y JOHNSON, V.E. (1972). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.

34. BYRD, J. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Family Practice*, 47(4), 305-308.

35. Dr. Mauro.com [Sede Web]* [Actualizada el 15 de mayo del 2013]

[Acceso el 12 de diciembre del 2013]. Disponible en <http://www.drmauro.com/105-SEXUALIDAD-EN-EL-EMBARAZO.html>

36. CABERO, L., SALDÍVAR, D. Y CABRILLO, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Panamericana

37. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 1 de noviembre del 2013. Embarazo. Página 1. [Acceso el 2 de diciembre del 2013] . Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>

38. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 16 de abril del 2013. [Acceso el 2 de diciembre del 2013] Actitud. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>

39. The free Dictionary [Sede Web]* Usa, 2013 [Acceso el 7 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://es.thefreedictionary.com/nul%C3%ADpara>

40. The free Dictionary [Sede Web]* Usa, 2013 [Acceso el 7 de noviembre del 2013]. Disponible en <http://es.thefreedictionary.com/mul%C3%ADpara>

41. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 28 de noviembre del 2013. Relación Sexual. Página 1. [Acceso el 11 de diciembre del 2012]Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual

42. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 1 de abril del 2013. Relación Sexual. Página 4. [Acceso el 11 de diciembre del 2012] Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_sexual

43. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 11 de junio del 2013. Sexualidad. Página 1. [Acceso el 11 de diciembre del 2012] Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad>

44. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 18 de mayo del 2013. Sexo. Página 1. [Acceso el 11 de diciembre del 2012] Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexo>

45. Taringa [Sede Web]* Modificado el 22 de enero del 2013. Tabú. [Acceso el 11 de diciembre del 2012] Disponible en <http://www.taringa.net/posts/info/11307778/Tabu.html>

46. Es más [Sede Web] Modificado el 11 de diciembre del 2012. [Acceso el 11 de diciembre del 2012] Disponible en <http://www.esmas.com/salud/home/conocetucuerpo/519431.html>

47. Wikipedia [Sede Web]* Modificado el 30 de mayo del 2013. Parto. Página 1. [Acceso el 11 de diciembre del 2012] Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Parto>

48. Cylex [Sede Web]* [Acceso el 1 de enero del 2013] Hospital III Daniel Alcides Carrión, Calana. Disponible en <http://www.cylex.com.pe/calana/essalud+centro+asistencial+hospital+nivel+iii+daniel+alcides+carri%C3%B3n-11169903.html>

49. Rincón del vago [Sede Web]* México [Acceso el 12 de noviembre del 2013]. Actitud. Página 3. Disponible en <http://html.rincondelvago.com/actitud.html>

50. Las actitudes [Sede Web]* [Acceso el 10 de noviembre del 2013] Naturaleza de las actitudes y sus componentes. Disponible en <http://www.edu-fisica.com/Formato>.

Anexos

ENCUESTA

Se agradece su colaboración al responder las preguntas formuladas en la encuesta, que tiene carácter confidencial y que le permitirá orientar programas de educación sobre sexualidad en el embarazo. Deberá completar con los datos que se solicitan y marcar las alternativas que correspondan en cada pregunta.

EDAD:_____ GRADO INSTRUCCIÓN:_____ Estado Civil:_____

1. Con que Frecuencia Tuvo de Relación Sexual antes del Embarazo
 - a. Todos los días
 - b. Dos a tres veces por semana
 - c. Dos a tres veces al mes
 - d. ninguna
2. Edad Gestacional.

De 2 a 8 semanas
De 9 a 16 Semanas
De 17 a 25 Semanas
De 26 a 34 Semanas
De 35 a 40 Semanas
3. Tuvo Interés Sexual Durante El Embarazo

Si No
4. Mantuvo Relaciones Sexuales Durante El Embarazo?

Si No
5. ¿Usa condón en su relación sexual?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
6. ¿Cuál fue la razón principal para el uso del condón durante el embarazo?
 - a. Para evitar contagiarse del SIDA
 - b. Para evitar una Infección de Transmisión Sexual
 - c. No confía en su pareja
 - d. Tiene otra pareja
 - e. Ninguna
7. Con que Frecuencia Tuvo de Relación Sexual Durante el Embarazo

- a. una por semana
- b. dos veces por semana
- c. una vez al mes
- d. dos veces al mes
- e. ninguna

8. Ha Tenido Satisfacción Sexual Durante el Embarazo?

Si No

9. Resulta Fácil al Alcanzar el Orgasmo?

Si No

10. Disminuyo el Interés Sexual con tu Pareja?

Si No

11. por qué dejó de tener relaciones sexuales durante el embarazo

- a. amenaza de aborto
- b. Infección Urinaria
- c. Infecciones de transmisión sexual
- d. No sabe

12. Ha Recibido Educación Sexual Durante el Embarazo?

Si No

13. Usted cree que las relaciones coitales durante el embarazo traen como consecuencia:

- a. Temor a perder el embarazo
- b. Infección vaginal
- c. Amenaza de aborto
- d. Infección urinaria
- e. Enfermedades de ITS
- f. No Sabe / No opina

14. Usted tiene relaciones coitales durante el embarazo porque:

- a. Satisfacción Sexual

- b. Estilo de Vida Saludable
- c. Dilatación Progresiva
- d. Agradar a mi Pareja