

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Comportamiento sexual de gestantes quechuahablantes que acuden al Centro de Salud Panao, 2023”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Cortez Ledesma, Marjorie Virginia

ASESOR: Maque Ponce, Andy

HUÁNUCO – PERÚ

2024

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 71533947

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22494193

Grado/Título: Magister en salud pública y gestión sanitaria gestión de proyectos de salud

Código ORCID: 0000-0003-1181-3157

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Pozo Perez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025
3	Quiroz Tucto, Mariella Mariyú	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **doce** horas del día **veinticinco** del mes de **julio** del año **dos mil veinticuatro**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| • Dra. Juana Irma Palacios Zevallos | Presidente |
| • Dra. Martha Alejandrina Pozo Perez | Secretaria |
| • Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION 1577-2024-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"COMPORTAMIENTO SEXUAL DE GESTANTES QUECHUAHABLANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PANAO, 2023"**; presentado por el Bachiller en Obstetricia Sra. **Marjorie Virginia CORTEZ LEDESMA**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola Aprobada por Unanidad con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de Muy Bueno

Siendo las, 13.00 horas del día **veinticinco** del mes de **julio** del año **2024** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS
DNI: 22418566
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4163-8740

DRA. MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ
DNI: 22408219
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4564-9025

MG. MARIELLA MARIYU QUIROZ TUCTO
DNI: 41168800
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4216-1553.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: MARJORIE VIRGINIA, CORTEZ LEDESMA, de la investigación titulada "COMPORTAMIENTO SEXUAL DE GESTANTES QUECHUAHABLANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PANAO, 2023", con asesor ANDY MAQUE PONCE, designado mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1376-2022-D-FCS-UDH del P.A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 25 de junio de 2024



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

TURNITIN - Marjorie CORTEZ LEDESMA.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

2

repositorio.upn.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.ual.edu.pe

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO,
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres Noemi Melina Ledesma Landeo y Milcar Cortez Rosales, por brindarme su apoyo, paciencia y amor incondicional.

A MIS HERMANITOS

Luna y Takeshi, por ser mi fuerza vital para poder superar cada obstáculo y crecer como persona.

A MIS ABUELOS

Virginia Landeo Riveros y Alberto Fernando Ledesma Salvatierra; por siempre estar pendientes en mi desarrollo profesional y demostrarme lo orgullosos que están de su nieta.

A MI FAMILIA MATERNA

Gracias a mis tíos Luis, Mariela, Rosmery y Rosa por brindarme su apoyo emocional y su presencia en estos últimos años que fueron importantes en mi desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar mi camino y no desampararme en mis momentos cruciales para poder cumplir mi más anhelada meta, que es obtener el Título profesional en Obstetricia.

A los docentes del Programa Académico de Obstetricia de la Universidad de Huánuco por la dedicada enseñanza a lo largo de estos cinco años de formación profesional.

Al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano y al Centro de Salud Chaglla, por brindarme los medios necesarios en el campo asistencial para desempeñar de manera eficaz mi carrera de obstetricia.

A mi asesor el Mg. Andy Maque Ponce, quien, gracias a sus conocimientos y paciencia, me guió a través de cada etapa del presente trabajo de investigación.

A mis padres por brindarme su comprensión, amor y ser fuente principal de mi inspiración para ser una profesional en la carrera de obstetricia.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	14
1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO	14
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.5.1. A NIVEL TEÓRICO.....	15
1.5.2. A NIVEL PRÁCTICO.....	15
1.5.3. A NIVEL METODOLÓGICO	15
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	17
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	19
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	21
2.2. BASES TEÓRICAS	21
2.2.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD	21
2.2.2. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO.....	21

2.2.3. FACTORES DE LA SEXUALIDAD CON ENFOQUE EN EL EMBARAZO.....	22
2.2.4. FACTORES SOCIOECONÓMICOS	22
2.2.5. FACTORES BIOLÓGICOS.....	22
2.2.6. FACTORES PSICOLÓGICOS	23
2.2.7. FACTORES CULTURALES, ÉTICOS Y RELIGIOSOS O ESPIRITUALES	24
2.2.8. LAS MUJERES QUECHUAHABLANTES EN EL PERÚ Y AUTONOMÍA EN SU SEXUALIDAD	25
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	26
2.3.1. ACTIVIDAD SEXUAL O COMPORTAMIENTO SEXUAL	26
2.3.2. GESTACIÓN.....	26
2.3.3. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF).....	26
2.3.4. LA SEXUALIDAD.....	26
2.3.5. QUECHUAHABLANTE	27
2.3.6. RELACIÓN SEXUAL	27
2.3.7. SEXO.....	27
2.3.8. VIOLENCIA SEXUAL.....	27
2.4. HIPÓTESIS	27
2.5. VARIABLES	27
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	27
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	27
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
CAPÍTULO III.....	29
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.1. ENFOQUE	29
3.1.2. ALCANCE O NIVEL.....	29
3.1.3. DISEÑO	29
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
3.2.1. POBLACIÓN.....	30
3.2.2. MUESTRA	30
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	31
3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	31
3.4.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	31
3.4.3. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	32
CAPÍTULO IV.....	33
RESULTADOS.....	33
4.1. RESULTADOS DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS DE LA MUESTRA EN EL ESTUDIO REALIZADO	33
4.2. RESULTADO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	42
4.3. RESULTADOS DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS	43
4.4. RESULTADOS DE LOS FACTORES CULTURALES, ÉTICOS Y RELIGIOSOS O ESPIRITUALES	44
4.5. RELACIÓN DEL IFSF CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	46
4.6. COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL DEL IFSF CON OTROS ESTUDIOS	47
CAPÍTULO V.....	48
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Frecuencia y nivel del deseo o interés sexual en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	33
Tabla 2.Frecuencia, nivel de excitación, confianza y satisfacción para la excitación de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	34
Tabla 3.Frecuencia y dificultad para la lubricación en el coito, de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.	36
Tabla 4.Frecuencia, dificultad y satisfacción para alcanzar el orgasmo durante el coito, de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.....	38
Tabla 5.Satisfacción con la cercanía emocional y la relación sexual con su pareja, así como la satisfacción con su vida sexual en general de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	39
Tabla 6.Disconfort o dolor durante y después del coito e intensidad de ello, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.....	41
Tabla 7.Edad, estado civil, nivel educacional e información sobre sexualidad durante el embarazo de las mujeres gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	42
Tabla 8.Muestra si las gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023, experimentaron estados bruscos de humos, disminución de su atractivo y miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja.....	43
Tabla 9.Muestra la religión, creencia sobre dañar al feto a consecuencia del sexo, comunicación sobre relaciones sexuales, si mantuvieron relaciones sexuales forzadas y si creen que es una obligación complacer sexualmente a sus parejas, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.	44
Tabla 10.Puntajes* de los Dominios de la respuesta sexual femenina por grupos etarios, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	46
Tabla 11.Puntajes* de los Dominios de la respuesta sexual femenina por nivel educacional (grado de instrucción), en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	46
Tabla 12.Puntajes* de los Dominios de la respuesta sexual femenina por estado civil, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023 .	47

Tabla 13.Comparativo de puntajes de los Dominios de la respuesta sexual femenina con otros estudios	47
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.Frecuencia y nivel del deseo o interés sexual en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	33
Figura 2.Frecuencia, nivel de excitación, confianza y satisfacción para la excitación de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	35
Figura 3.Frecuencia y dificultad para la lubricación en el coito, de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	37
Figura 4.Frecuencia dificultad y satisfacción para alcanzar el orgasmo durante el coito, de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.....	38
Figura 5.Satisfacción con la cercanía emocional y la relación sexual con su pareja, así como la satisfacción con su vida sexual en general de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023	40
Figura 6.Disconfort o dolor durante y después del coito e intensidad de ello, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.....	41
Figura 7.Edad en años, estado civil, nivel educacional e información sobre sexualidad durante el embarazo de las mujeres gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.....	43
Figura 8.Muestra si las gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023, experimentaron estados bruscos de humos, disminución de su atractivo y miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja.....	44
Figura 9.Muestra la religión, creencia sobre dañar al feto a consecuencia del sexo, comunicación sobre relaciones sexuales, si mantuvieron relaciones sexuales forzadas y si creen que es una obligación complacer sexualmente a sus parejas, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023.	45

RESUMEN

Objetivo. Describir el comportamiento sexual en el embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al C.S. Panao, 2023. **Método.** Estudio de tipo descriptivo-correlacional no experimental, de corte transversal, realizado en 86 gestantes evaluadas con un cuestionario. **Resultados.** Se obtuvo un IFSF no satisfactorio (18.9 ± 1.6) y el comportamiento sexual durante el embarazo de las gestantes estuvo influenciado por factores biológicos encontrándose bajas puntuaciones principalmente en las frecuencias del deseo en el 79.1% y el orgasmo en 63.9% de las gestantes, por factores socioeconómicos obteniendo las puntuaciones más bajas de IFSF en mujeres de 20 a 24 años (16.9 ± 1.8), solteras (9.1 ± 1.7) y sin instrucción (16.6 ± 1.2), además, el 62.8% declaró no recibir ninguna orientación sobre sexualidad en su gestación. A nivel del factor psicológico, el 4.7% experimentaron estados bruscos de humor, 88.4% sintieron una disminución de su atractivo y 11.6% sintieron miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja. Finalmente, en el factor cultural, 37.2% no mantuvo comunicación sobre relaciones sexuales, 25.6% cree que puede dañar al feto a consecuencia del sexo, 23.3% considera una obligación complacer sexualmente a su pareja y 18.6% mantuvieron relaciones sexuales forzadas o sin desearlo con su pareja. **Conclusiones.** Se logró describir el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023.

Palabras clave: Sexualidad, IFSF, deseo, orgasmo, embarazo y quechuahablantes.

ABSTRACT

Objective: Describe sexual behavior during pregnancy in Quechua-speaking pregnant women who attend the Panao Health Center, 2023. **Method.** Non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational study carried out on 86 pregnant women evaluated with a questionnaire. **Results.** An unsatisfactory IFSF was obtained (18.9 ± 1.6) and the sexual behavior during pregnancy of the pregnant women was influenced by biological factors, with low scores found mainly in the frequencies of desire in 79.1% and orgasm in 63.9% of the pregnant women, due to socioeconomic factors, obtaining the lowest IFSF scores in women aged 20 to 24 (16.9 ± 1.8), single (9.1 ± 1.7) and without education (16.6 ± 1.2), in addition, 62.8% indicated that they had not received any information about sexuality during pregnancy. At the level of the psychological factor, 4.7% experienced sudden mood states, 88.4% felt a decrease in their attractiveness and 11.6% felt fear or guilt for having sexual relations with their partner. Finally, in the cultural factor, 37.2% did not maintain communication about sexual relations, 25.6% believed that they could harm the fetus as a result of sex, 23.3% considered it an obligation to sexually please their partner and 18.6% had forced or unwilling sexual relations with His couple. **Conclusions.** It was possible to describe sexual behavior during pregnancy in Quechua-speaking pregnant women who attend the Panao Health Center, 2023.

Keywords: Sexuality, IFSF, desire, orgasm, pregnancy and Quechua speaker.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación fue describir el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023, usando el índice de función sexual femenino IFSF (instrumento validado por la OMS), para obtener una comprensión integral de la sexualidad en el embarazo, siendo un estudio importante ya que Huánuco es la séptima región del país con mayor índice (9.0%) de agresión sexual realizada por el compañero, reconociéndose la vulnerabilidad de la mujer quechuahablante, dada la exclusión económica, educativa, social y cultural que padecen.

Los resultados que se presentan brindan información relevante y actualizada sobre el comportamiento sexual durante el embarazo, determinando el IFSF y los desencadenantes biológicos, socioeconómicos, psicológicos y culturales que en ella ejercen a la hora de tomar decisiones respecto a su sexualidad, para contribuir al conocimiento y la elaboración de políticas públicas que permitan implementar acciones preventivas en salud y educación en la región.

En ese sentido, inicia por exponer la situación actual de la problemática a diferentes niveles, la importancia, viabilidad y limitaciones de la investigación, luego se describe el marco teórico que fundamenta el desarrollo de este estudio, se expone la metodología empleada, se presentan los resultados obtenidos para realizar el apartado de discusión de resultados analizando minuciosamente cada uno de los factores considerados, así como el comparativo con los resultados de otros estudios. Por último, se detallan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾ determinada por una amplia gama de desencadenantes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y espirituales.

Ahora bien, la gestación afecta el comportamiento sexual femenino debido a cambios hormonales que influyen en la vida de las gestantes. La reducción en la sexualidad puede impactar negativamente su amor propio e interacciones interpersonales, ocasionando ansiedad ⁽²⁾, en consecuencia, el interés en el comportamiento sexual se enfoca hacia la salud tanto materna como del infante, reconociendo que la sexualidad materna es primordial para su bienestar y tiene un impacto significativo en ambos aspectos ⁽³⁾.

Al respecto, existen estudios que indican que el deseo sexual disminuye conforme progresa la gestación, en Paraguay el 81% de las mujeres que participaron de un estudio, indicaron experimentar un bajo deseo sexual ⁽⁴⁾, de manera similar también hay estudios que indican que suele ser el momento de mayor sensibilidad y disfrute sexual ⁽⁵⁾. Es difícil establecer patrones sobre la disminución de la sexualidad en la gestación, ya que varía según la individualidad y se ve influenciado por la estructura social, lo crucial es que la mujer decida sobre su sexualidad.

Sin embargo, en 57 países latinos las mujeres no poseen autonomía para elegir si desean tener coito con sus compañeros sexuales ⁽⁶⁾, a nivel nacional 6.3% de mujeres indicaron haber sido forzada por sus compañeros sexuales a tener coito y el 3.4% a participar involuntariamente en actos sexuales, siendo la mujer indígena más vulnerable a esta problemática; el 74.7% de mujeres que hablan quechua sufren agresión sexual por su esposo o conviviente, y el 11.5% ha experimentado agresión sexual. A nivel regional, Huánuco es la séptima región del país con mayor índice (9.0%) de violencia sexual ejercida alguna vez por la pareja.

Por lo tanto, este trabajo se centra principalmente en el comportamiento sexual en gestantes quechuahablantes, considerando la vulnerabilidad que presentan en su condición de población indígena, con lo cual son más propensas a que en su vida cotidiana el sexo durante el embarazo sea un tema poco abordado, lleno de múltiples prejuicios, tabúes y presente un carácter machista, con lo que muchas veces se normaliza la violencia sexual ejercida por la pareja, lo que se asume impacta de diferentes maneras a su salud sexual y empoderamiento para decidir sobre su sexualidad, con el propósito de contribuir a la elaboración de políticas que respondan a las necesidades de salud sexual y reproductiva entre la población quechuahablante del país durante el embarazo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Cómo es el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al C.S. Panao, 2023?

1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Cuál es el IFS durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al Centro de Salud Panao, 2023?
- ¿Cuáles son los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que influyen en el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al Centro de Salud Panao, 2023?

1.3. OBJETIVO GENERAL

- Describir el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al C.S. Panao, 2023.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el IFS durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al Centro de Salud Panao, 2023.
- Determinar los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que influyen en el comportamiento sexual durante el

embarazo, en gestantes quechuahablantes que asisten al C.S. Pano, 2023.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. A NIVEL TEÓRICO

A nivel teórico se justifica porque va a contribuir al conocimiento respecto al comportamiento sexual en la gestación de las mujeres quechuahablantes del C.S. Pano, determinando el Índice de Función Sexual Femenina y los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que influyen para tomar decisiones respecto a su sexualidad, reconociendo la vulnerabilidad de la mujer quechuahablante a sufrir violencia sexual, incluso por parte de sus parejas, dada la exclusión económica, educativa, social que padecen y a la sociedad en su mayoría machista que caracteriza el país, con lo cual se pretende aportar a los estudios a nivel nacional e internacional respecto a esta problemática.

1.5.2. A NIVEL PRÁCTICO

El problema de la violencia sexual, principalmente en mujeres indígenas es de gran interés social, por lo que cobra importancia conocer el comportamiento sexual y los factores que influyen en la sexualidad de mujeres quechuahablantes, especialmente en una etapa tan complicada y llena de cambios como es el embarazo, por lo que este trabajo de investigación, pretende contribuir con conocimiento para la elaboración de políticas públicas, que garanticen el derecho de la mujer quechuahablante a tener autonomía en su sexualidad.

1.5.3. A NIVEL METODOLÓGICO

Se fundamenta en la definición que realiza la Organización Mundial de la Salud para el comportamiento sexual, la sexualidad y los factores que en esta intervienen, que es respaldada por muchos estudios realizados por especialistas en el tema. Así mismo, se sustenta en un instrumento validado internacionalmente para determinar el Índice de Función Sexual Femenina.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para mejorar el diseño de investigación, se enfrentó a la escasez de trabajos de investigación, material de consulta y bibliografía actualizada, así como a la falta de fuentes bibliográficas recientes. Esta limitación metodológica afecta principalmente la estandarización de las variables o aspectos relacionados con los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales que influyen en la sexualidad. Dado que este campo abarca un amplio espectro y no existe un consenso claro al respecto, la investigación se ve desafiada.

Por otro lado, la investigación se centra en gestantes quechuahablantes de la región que acuden al Centro de Salud Panao, cuyo comportamiento sexual aún no han sido materia de estudio en ninguna investigación, por lo que podría encontrarse como limitación el que las gestantes no respondan las preguntas que se tiene pensado realizar, al ser un tema todavía tabú en su cultura.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Es viable debido a la disponibilidad económica y de recursos humanos para su ejecución. La investigadora asumirá íntegramente los costos asociados. Además, se cuenta con el apoyo necesario, incluyendo asesoramiento y recursos para la recolección y análisis de información.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En España en el 2019, Panea et al. ⁽⁷⁾ en el estudio titulado “Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre”, participaron 15 gestantes en el último periodo de gestación. El objetivo es investigar la actitud de embarazadas hacia el deseo sexual y su relación con la calidad de vida durante este período. Los resultados mostraron que 6 de las gestantes no practicaban coito vaginal. Respecto a la libido, se encontró que permanecía igual en 3 gestantes y disminuía en 7 casos. A nivel psicológico, la autoestima se mantuvo igual en 7 casos y aumentó en 3. Además, se resaltó el temor y la aprensión de las mujeres al mantener relaciones sexuales durante la gestación. En resumen, se observó una reducción en la actividad sexual, especialmente en el último periodo por miedo a dañar al embrión.

En Korea en el 2019, Jung et al. ⁽⁸⁾ en el artículo titulado “Factores que afectan la función sexual de las mujeres embarazadas”, realizan un estudio a 138 embarazadas de segundo y tercer trimestre, quienes completaron cuestionarios de autoinforme durante sus visitas a hospitales de Corea con el objetivo de determinar si la actitud materna hacia el sexo durante el embarazo y la calidad de vida relacionada con la salud, pueden influir en la función sexual de las mujeres embarazadas, con lo cual se realizó un análisis de regresión múltiple, obteniendo resultados que muestran que el 27,5% de las gestantes habían interrumpido su vida sexual después de reconocer su embarazo, principalmente por miedo al deterioro de la salud fetal o a complicaciones del embarazo, obteniendo puntajes de función sexual significativamente bajos durante el embarazo comparado a otros ciclos de vida de la mujer.

En Colombia en el 2020, Espitia ⁽²⁾ en su artículo titulado “Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero”, realizó un estudio observacional prospectivo en tres centros médicos de

Colombia, para lo cual evaluaron 1440 gestantes de edades entre $24,9 \pm 6,57$ años. Los resultados mostraron una puntuación media del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de $29,47 \pm 5,48$ puntos en la población total. La prevalencia de disfunciones sexuales fue del 39,79 % en el primer trimestre, 44,37 % en el segundo y 71,87 % en el tercero. El trastorno del deseo fue la disfunción más común (71,94 %), además del orgasmo (39,79 %) y el dolor durante el coito (26,45 %), lo que resultó en una disminución del 20,62 % en la satisfacción sexual. En conclusión, el estudio indica que la gestación impacta significativamente en la sexualidad de la mujer durante el embarazo, lo que puede afectar negativamente su bienestar.

En España en el 2020, Maiellano⁽⁹⁾ en “Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo”, investiga reflexivamente variaciones en la sexualidad de las embarazadas, encontrando sus consecuencias en su calidad de vida, bajo el paradigma interpretativo, revisando estudios científicos sobre el tema. Los resultados revelaron que las variaciones físicas y hormonales en esta etapa afectan la respuesta sexual. El 50% de gestantes consideraron regular su sexualidad. Se concuerda que la sexualidad disminuye progresivamente durante el embarazo, aunque las mujeres con una buena sexualidad previa tienden a mantenerla durante el embarazo.

En Irán en el 2020, Alizadeh et. al⁽¹⁰⁾ en su artículo titulado “Factores que afectan la variación en la actividad y respuesta sexual antes y durante el embarazo entre mujeres embarazadas en la ciudad de Rasht, norte de Irán”, realizaron un estudio transversal a 256 mujeres embarazadas, quienes fueron seleccionados en base a un muestreo de conveniencia, entre las mujeres embarazadas atendidas en la Clínica de Atención Prenatal del Hospital estatal de la ciudad de Rasht (norte de Irán), los resultados muestran que la puntuación total media de actividad sexual durante el embarazo fue de $73,04 \pm 14,81$ y $46,88 \pm 16,51$, respectivamente, es decir, disminuyeron en 26,16 puntos durante el embarazo en comparación con antes del embarazo, concluyendo que la actividad y la respuesta sexual disminuyeron durante el embarazo, además, los desencadenantes demográficos, con excepción de la

educación de las parejas y el número de hijos, no afectaron las variaciones en la actividad y respuesta sexual.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Tacna en 2018, Sologuren et. al ⁽¹¹⁾ en su artículo titulado “Ejercicio de la sexualidad en gestantes de Tacna”, realizó un estudio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, tomando como muestra por conveniencia a 346 puérperas de un total de 3482, obteniendo como resultado que el 56% tuvo coito un mes previo al parto, respecto a la frecuencia se observó un 54%, 43% y 63% respectivamente en cada trimestre, además, las gestantes indicaron experimentar mayor placer sexual luego de recibir información (valor $p < 0,001$), sin embargo, algunas experimentaron menor placer sexual ($p = 0,020$), finalmente el estudio concluye que la sexualidad experimenta modificaciones en el embarazo.

En Loreto en 2019, Córdova et. al ⁽¹²⁾ en su tesis titulada “Conducta sexual en mujeres embarazadas atendidas en los consultorios externos de obstetricia del Hospital Regional de Loreto, mayo - julio 2019”, entrevistaron a 198 mujeres embarazadas de entre 20 y 34 años (69.2%), con educación secundaria (68.7%), en convivencia (76.3%), de entre 27 y 42 semanas (73.7%), y multíparas (53.0%). El 28.3% de las gestantes mantenían relaciones sexuales una vez por semana, el 18.2% cada 15 días, el 10.6% cada mes, el 5.6% cuatro veces por semana, el 4.5% cada 10 días, y el 32.8% no tenía coito. Respecto al comportamiento de la pareja, el 74.2% de las mujeres reportaron que sus parejas fueron cariñosas, el 13.6% temerosas, el 10.6% mostró desinterés mientras que solo el 1.5% señaló que no tener deseos sexuales. Concluyeron que aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas experimentaron cambios en su deseo sexual en la gestación.

En Jaén en 2020, Fernández ⁽¹³⁾ en su tesis titulada “Comportamiento sexual en gestantes atendidas en el C.S. Morro Solar - Jaén, 2020”, analizó el comportamiento sexual de 12 gestantes en Jaén, entre los 27.83 años. Se identificaron dos categorías principales: el deseo sexual y la abstinencia sexual. Algunas gestantes experimentaron un aumento en el placer sexual durante los primeros meses del embarazo,

seguido de una reducción en el último periodo y otras las experimentaron en toda la gestación. Además, algunas optaron por abstenerse de tener relaciones sexuales debido a creencias sobre posibles daños al bebé o enfermedades.

En Lima en el 2021, Quiñones ⁽¹⁴⁾ en su tesis titulada “Conducta sexual durante el embarazo en puérperas atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra”, entrevistó a 109 gestantes atendidas en dicho hospital en agosto de 2021. La frecuencia del deseo fue de 65.1% en el periodo inicial, 59.6% en el segundo y disminuyó al 41.3% en el último. Respecto a la frecuencia, el 50.5% de las mujeres mantuvieron relaciones una vez por semana en el periodo inicial, el 45% en el segundo y el 69.7% en el último reportó tener relaciones una vez cada mes. Respecto a la actividad sexual, el 79.8%, 88.1% y 85.3% de las mujeres practicaron sexo vaginal respectivamente en cada periodo. La conclusión del estudio destacó que la frecuencia del deseo sexual no experimentó cambios significativos, pero sí se observó una reducción notable en la regularidad de los encuentros íntimos en la gestación.

En Ica en 2019, Munares ⁽¹⁵⁾ en su artículo titulado “Prácticas sexuales en gestantes peruana”, utilizó un cuestionario validado para evaluar estas prácticas en 110 gestantes del C.P. La Tinguiña. La mayoría de las gestantes (69.1%) tenían entre 20 y 34 años. El estudio se basó en estadísticas descriptivas. El 47.3% de las embarazadas consideraron que regular su sexualidad. En el periodo inicial, el 100% reportó tener caricias preliminares frecuentemente, pero esta cifra disminuyó al 59.2% y 58.9% para el segundo y tercer trimestre respectivamente. La frecuencia sexual se redujo entre aquellos que mantenían relaciones sexuales más de dos veces semanales, pero aumentó para aquellas que las tenían cada quince días (de 12.2% en el segundo trimestre a 39.3% en el tercero). Se concluyó que la sexualidad durante la gestación experimenta cambios en cuanto progresa la gestación, particularmente en lo referente a las caricias preliminares y la frecuencia.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Se llevó a cabo una revisión de investigaciones locales y regionales, no hallándose estudios recientes, con una antigüedad menor a 5 años, afines con el tema.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD

De acuerdo con la OMS la actividad sexual se define como una manifestación conductual de la sexualidad personal, resaltando el erotismo ⁽¹⁶⁾.

Ahora bien, al ser el comportamiento sexual la expresión conductual de la sexualidad, es preciso tener claridad sobre la definición de la sexualidad, de acuerdo a la OMS ⁽¹⁶⁾ esta surge de la relación de diversos desencadenantes, incluyendo biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

2.2.2. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO

La influencia de la actividad sexual en el embarazo ha sido poco explorada en la investigación científica, lo que lleva a que las recomendaciones médicas se basen mayormente en conocimientos empíricos poco sólidos, suscitando un especial interés debido a los prejuicios, tabúes, silencios e ignorancia que lo rodean ⁽¹⁷⁾.

Durante el embarazo, los cambios físicos y hormonales que experimenta la mujer pueden tener un impacto considerable en su comportamiento sexual. Estos cambios, como las náuseas, el malestar matutino y el aumento del abdomen en el tercer trimestre, pueden generar alteraciones en la percepción de su cuerpo y disminuir su autoestima. Asimismo, la preocupación por lastimar al feto o experimentar un aborto espontáneo debido a creencias o supersticiones infundadas puede afectar su disposición para tener relaciones sexuales. Esta serie de transformaciones puede resultar en el bajo deseo, frecuencia y disfrute sexual, lo que impacta en su conducta sexual de manera significativa ⁽¹⁸⁾.

2.2.3. FACTORES DE LA SEXUALIDAD CON ENFOQUE EN EL EMBARAZO

Como se menciona en párrafos precedentes, según la OMS ⁽¹⁶⁾, a sexualidad se origina a partir de la interacción de diversos elementos como lo son los aspectos biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Por tanto, a continuación, se explorarán estos componentes con un enfoque específico en la sexualidad durante el embarazo.

2.2.4. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

El nivel socioeconómico impacta considerablemente en la actividad sexual, mayormente debido a las disparidades educativas. Según estudios, existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y los cambios en la sexualidad durante el embarazo. Se ha observado que, a menor nivel educativo, es más probable experimentar una disminución en la sexualidad durante el embarazo. Se ha encontrado que a medida que se aumenta el nivel de escolaridad, la frecuencia de la actividad sexual tiende a incrementarse gradualmente alcanzado ⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, la carencia de conocimientos sobre la sexualidad en la gestación suele estar asociada al nivel socioeconómico y puede aumentar el temor en las mujeres. Según investigaciones, un porcentaje significativo de mujeres, específicamente el 41.3%, tiene un conocimiento limitado sobre este tema, y un 35.5% carece por completo de información al respecto. Este déficit de conocimiento puede intensificar el miedo en las mujeres, especialmente aquellas con menor comprensión sobre el tema⁽²⁰⁾.

2.2.5. FACTORES BIOLÓGICOS

Operan en el sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular, generando modificaciones en los tejidos y órganos genitales ⁽²¹⁾. William Masters (ginecólogo) y Virginia Johnson (sexóloga) determinaron que la respuesta sexual de la mujer a

nivel biológico, tiene las etapas siguientes: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽²²⁾.

La fase del deseo sexual se refiere al interés sexual y la hormona implicada es la testosterona ⁽²¹⁾. Por otro lado, durante la fase de excitación, se produce una reacción a estímulos visuales, táctiles o imaginarios. A diferencia de la erección masculina, la excitación en las mujeres es menos visible, aunque la lubricación vaginal es un indicador común de esta fase. La meseta es cuando la excitación alcanza su tope, acompañada de un aumento en la tensión. Durante esta etapa, los labios mayores y menores pueden hincharse y adquirir una coloración intensa. Esta fase puede prolongarse para aumentar el placer sexual antes del orgasmo, aunque de una forma excesiva suele ocasionar dolor en el sexo ⁽²¹⁾.

Durante la fase del orgasmo, se producen espasmos en los músculos alrededor de la parte baja vaginal, seguidos de contorsiones. También pueden presentarse contorsiones uterinas que pueden ocasionar una disminución temporal en la frecuencia cardíaca fetal. Aunque el orgasmo es un proceso fisiológico, también implica aspectos emocionales y afectivos, manifestándose como un intenso placer y una alteración de la conciencia. Es esencial destacar que estos eventos son temporales y no representan riesgos para el feto ⁽²¹⁾.

Luego del orgasmo, se inicia de resolución, en la cual los cambios fisiológicos y musculares experimentados durante la excitación y el clímax se desvanecen gradualmente, volviendo a su estado inicial. En las mujeres, la vagina se retrae y los labios recuperan su dimensión habitual. El clítoris y el útero regresan a su posición original. En alrededor del 14% de las mujeres, pueden experimentarse múltiples orgasmos, donde este proceso se repite varias veces consecutivamente ⁽²³⁾.

2.2.6. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los más comunes cambios repentinos en el estado de ánimo y humor, irritabilidad, inseguridad, ansiedad, y sensibilidad, así como sentimientos ambiguos como júbilo, tristeza, ilusión y rechazo ⁽¹³⁾. Además, las mujeres suelen experimentar miedos, angustias,

incertidumbres y temores relacionados con el proceso de gestación, lo que también influye en su sexualidad durante este período ⁽²⁴⁾.

Durante el primer trimestre del embarazo, la progesterona desempeña un papel fundamental en los cambios físicos y mentales experimentados por las mujeres. Esta hormona también induce vasodilatación y reduce la presión arterial, lo que puede causar fatiga y cambios emocionales, incluidos estados depresivos ⁽²⁵⁾. Estos cambios pueden afectar negativamente su autoestima, relaciones interpersonales y provocar ansiedad. Se ha observado una conexión importante entre la insatisfacción sexual y la presencia de síntomas físicos y emocionales ⁽²⁶⁾.

2.2.7. FACTORES CULTURALES, ÉTICOS Y RELIGIOSOS O ESPIRITUALES

Para varios expertos, la sexualidad no se limita únicamente a la función biológica del cuerpo, sino que es una faceta de la vida que debe examinarse en el contexto cultural, las relaciones sociales y las experiencias individuales ⁽²⁷⁾.

Tradicionalmente, se ha enseñado que el sexo debe seguir un modelo específico, donde la expresión sexual ideal se limitaba a la heterosexualidad, el coito y la reproducción. Este concepto de normalidad o anormalidad estaba fuertemente influenciado por factores culturales, costumbres, moral, religión, creencias y variaba a lo largo del tiempo ⁽²⁸⁾. Por lo tanto, definir la sexualidad resulta difícil debido a las múltiples dimensiones que la componen. Es así que el significado de la sexualidad y la manera en que se experimenta varía según el entorno, cultura, vivencias y convicciones porque implica antecedentes, contexto y tradiciones que la distinguen ⁽²⁹⁾.

Sin embargo, durante el embarazo es posible que la mujer experimente una disminución en el deseo sexual a consecuencia de los mitos, prejuicios y la desinformación acerca de este tema, siendo que se ha investigado poco y muchas veces se trata de forma equivocada ⁽³⁰⁾.

2.2.8. LAS MUJERES QUECHUAHABLANTES EN EL PERÚ Y AUTONOMÍA EN SU SEXUALIDAD

El idioma quechua es uno de los principales idiomas del Perú desde épocas precoloniales, sin embargo, la sociedad carece de una evidente apreciación o reconocimiento al idioma, ya que es asociado con la escasa educación y la desventaja socioeconómica, siendo muchas veces motivo de discriminación hacia las personas quechuahablantes ⁽³¹⁾.

Es sabido que las comunidades rurales del país cuyo idioma es una lengua indígena, carecen de acceso a oportunidades y servicios públicos disponibles para los residentes urbanos de habla hispana ⁽³²⁾. La discriminación es tan latente que una parte de la población que habla quechua (13%), opta por no enseñar el idioma a sus hijos por miedo al rechazo o la burla ⁽³³⁾.

En ese contexto, la comunidad quechuahablante es vulnerable ya que se enfrentan a situaciones de desprotección o incapacidad ⁽³¹⁾. Esta condición de vulnerabilidad es una característica común para todos los pueblos indígenas americanos, por cuanto se ha visto que habitan en contextos de pobreza extrema, marginación educativa, analfabetismo, desnutrición, salud, exclusión política, social y de género que data desde los tiempos coloniales ⁽³⁴⁾.

Además de las disparidades mencionadas, las mujeres indígenas enfrentan discriminación de género, con impactos significativos en sus derechos. Según un informe de la Defensoría del Pueblo, experimentan más transgresiones a sus derechos que las no indígenas, especialmente en el ejercicio del control sobre su sexualidad y reproducción sin coerción ni violencia. Se destaca que el 11.5% de mujeres quechuahablantes fue víctima de agresión sexual, el 74.7% ha experimentado agresión por su compañero sexual y el 6.8% ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja. De los 526 casos reportados por el Ministerio Público ⁽³⁵⁾ durante el 2018, 411 son mujeres quechuas, 370 casos son de agresión sexual a adolescentes indígenas menores de 18 años. A nivel de la región, el 52,7% de mujeres de entre 15 y 49 años ha experimentado algún tipo de agresión de su compañero sexual ⁽³⁶⁾.

Por otro lado, el Perú enfrenta una arraigada cultura machista, racista y clasista que restringe la participación de las mujeres. Aunque se han implementado normativas para promover la inclusión femenina, especialmente en la esfera política, son las comunidades más pobres y originarias las que muestran mayor vulnerabilidad a las tradiciones de sumisión y exclusión. Esta situación limita el desarrollo tanto a nivel individual como social ⁽³²⁾. Este carácter machista de la sociedad peruana, es evidenciado principalmente en las cifras respecto de la percepción de la población de la violencia hacia la mujer, considerando que el 58.9% de la población muestra tolerancia o justificación hacia la violencia. Además, el 52.7% cree que las mujeres deben adherirse a roles tradicionales como madres y esposas. Por otro lado, el 33.2% opina que las féminas infieles merecen algún tipo de castigo, mientras que el 31.1% cree que las mujeres provocativas al vestir quieren ser acosadas sexualmente ⁽³⁷⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. ACTIVIDAD SEXUAL O COMPORTAMIENTO SEXUAL

Representa una expresión conductual de la sexualidad individual, destacando el componente erótico ⁽¹⁶⁾.

2.3.2. GESTACIÓN.

La gestación es un es un proceso mediante el cual un nuevo ser se desarrolla dentro del útero materno ⁽¹⁶⁾.

2.3.3. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

Es un instrumento de evaluación con propiedades psicométricas apropiadas para medir la sexualidad femenina ⁽³⁸⁾.

2.3.4. LA SEXUALIDAD

Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales ⁽¹⁶⁾.

2.3.5. QUECHUAHABLANTE

Que habla quechua, lengua nativa de mayor uso en Sudamérica, que es el idioma indígena mayoritario de Perú y es hablado principalmente en zonas andinas ⁽³⁹⁾.

2.3.6. RELACIÓN SEXUAL

Es la penetración del pene en la vagina ⁽³⁸⁾.

2.3.7. SEXO

Características biológicas que distinguen a los seres humanos como hombres y mujeres ⁽¹⁶⁾.

2.3.8. VIOLENCIA SEXUAL

Incluye una gama de actos desde el acoso a la penetración forzada, así como diversos tipos de coacción ⁽⁴⁰⁾.

2.4. HIPÓTESIS

Hi: Los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales influyen en el comportamiento sexual durante la gestación, en mujeres quechuahablantes que acuden al C.S Panao, 2023.

Ho: Los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales no influyen en el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al Centro de Salud Panao, 2023.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Comportamiento sexual de la gestante.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Gestantes quechuahablantes.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FACTORES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Independiente: Comportamiento sexual de la gestante.	Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales	Biológicos	Deseo sexual	Nominal
			Excitación	Nominal
			Lubricación	Nominal
			Orgasmo	Nominal
			Satisfacción	Nominal
			Dolor	Nominal
		Socioeconómicos	Edad	Nominal
			Estado civil	Nominal
			Nivel educacional	Nominal
			Nivel de información sobre sexualidad	Nominal
		Psicológicos	Estados bruscos de humor, ánimo y/o estados depresivos	Nominal
			Sentimiento de disminución del atractivo (Autoestima)	Nominal
			Miedo y/o sentimiento de culpa por tener relaciones sexuales	Nominal
			Religión	Nominal
		Culturales	Miedo infundado por creencias o supersticiones	Nominal
			Comunicación sobre sexo con la familia y entorno social (Tabúes)	Nominal
			Machismo	Nominal
Variable Dependiente: Gestantes quechuahablantes antes	Mujer que tiene como idioma originario el quechua y que se encuentra en proceso de gestación	Etapa durante el embarazo	IFSF	Intervalo

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es descriptivo-correlacional no experimental, de naturaleza transversal, ya que se enfoca en establecer la relación entre las dos variables analizadas (la sexualidad de la gestante y su comportamiento sexual).

3.1.1. ENFOQUE

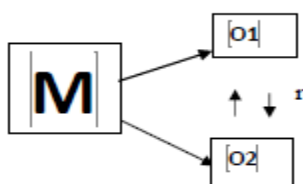
Cuantitativo porque los datos son medibles y se realiza en base a un instrumento previamente existente y validado, como es el IFSF. Así mismo, presenta un enfoque cualitativo por cuanto tiene por objetivo describir el comportamiento sexual determinando los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que impactan en el embarazo, en gestantes quechuahablantes.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Nivel descriptivo relacional, porque busca establecer la relación de las dos variables.

3.1.3. DISEÑO

Se utilizará el diseño descriptivo correlacional:



Dónde:

M=Representa la muestra en estudio

O1=Observación de la variante independiente

O2=Observación de la variable dependiente

r=Relación de variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La conforma todas las gestantes que acudieron durante el 2023 al C.S. Panao, siendo un total de 180 gestantes, de acuerdo a la información obtenida del Padrón Nominal de Gestantes del Centro.

Criterios de inclusión: Las gestantes que participan voluntariamente.

Criterios de exclusión: Las gestantes con trastornos psicológicos, que no acepten participar en el estudio.

3.2.2. MUESTRA

Se utilizará la técnica del muestreo aleatorio simple y se seleccionará a las gestantes atendidas durante el periodo en estudio, en el Centro de Salud Panao. Para determinar el tamaño de la muestra, se empleará la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{(N \times Z^2 \times P \times Q)}{(e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q)}$$

Donde:

Z^2 =Nivel de confianza del 95% (1.96)

P=Proporción estimada asumiendo $p=0,5$

$Q=1-P$

e =Precisión o magnitud del error de 5%

N =Población

Reemplazando para cada Centro de Salud:

- **Centro de Salud Panao (N=180)**

$$\frac{(180 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)}{(0.05^2 \times (179) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$n = 86$ gestantes

Por tanto, la muestra está conformada por 86 gestantes en el Centro de Salud Panao.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Será la encuesta estructurada, diseñada de acuerdo con los objetivos de la presente investigación, así como la encuesta desarrollada por Rosen Cols, validada internacionalmente para determinar el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), la cual deberá contar con el consentimiento informado de las participantes.

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario diseñado para determinar los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales, que consta de 11 preguntas orientadas a determinar indicadores (Anexo N° 04).

Se utilizará un cuestionario validado internacionalmente para calcular el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), el cual posee 19 preguntas y se organiza en seis áreas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada interrogante presenta 5 o 6 opciones, a las que se les asigna una puntuación de 0 a 5. El puntaje de cada área se multiplica por un factor y la suma total de los puntajes de las áreas proporciona el resultado final. Un puntaje más alto indica una mejor salud sexual ⁽³⁸⁾ (Anexo N° 02).

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Se informo a la dirección del Centro de Salud, sobre los objetivos y plan de investigación.

Se acudió al Centro de Salud de Panao, para recolectar la información de las gestantes que asisten, con la finalidad de realizar la aplicación de los instrumentos de recolección de datos que serán colocados en el instrumento de recolección de datos, para ser tabulados.

3.4.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Tras la aprobación del proyecto de investigación, se coordinó con el Centro de Salud de Panao para obtener la autorización necesaria y llevar

a cabo el estudio. Una vez obtenida la aceptación, se procedió a captar a las gestantes en los consultorios externos del centro de salud. Se entrevistó a cada gestante utilizando un instrumento de recolección de datos diseñado para cumplir con los objetivos del estudio, asegurándose de mantener un ambiente personal y libre de distracciones. Al finalizar la entrevista, se agradeció a cada participante por su colaboración.

3.4.3. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Análisis descriptivo. - Se detallaron las características de las variables estudiadas según los grupos de estudio. Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables numéricas y medidas de frecuencia para las variables categóricas. Los resultados se presentaron en tablas y figuras con el objetivo de facilitar su comprensión.

Análisis inferencial. – Se realizó mediante el procesamiento de datos utilizando software informático, con una base de datos creada en Excel. Se calcularon los valores y se interpretaron los resultados de los métodos de análisis cuantitativos.

Análisis Correlacional. – El estudio adopta un enfoque correlacional, que según Hernández et al. ⁽⁴¹⁾ busca entender la relación o asociación entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto específico. Para ello se usó la estadística, evidenciando que existe una correlación entre las variables; comportamiento sexual y gestantes quechuahablantes, presentándose el análisis de ello en el capítulo V. Discusión de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación, como parte de los resultados se presentan cuadros estadísticos con sus respectivos análisis e interpretación.

4.1. RESULTADOS DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS DE LA MUESTRA EN EL ESTUDIO REALIZADO

Tabla 1. Frecuencia y nivel del deseo o interés sexual en de la muestra

Deseo			n = 86		
Frecuencia del deseo o interés sexual	fi	%	Nivel (intensidad) del deseo o interés sexual	fi	%
Casi siempre o siempre	7	8.1%	Muy alto	7	8.1%
La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)	11	12.8%	Alto	11	12.8%
A veces (aproximadamente la mitad de las veces)	17	19.8%	Moderado	17	19.8%
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	31	36.0%	Bajo	31	36.0%
Casi nunca o nunca	20	23.3%	Muy bajo o nada	20	23.3%

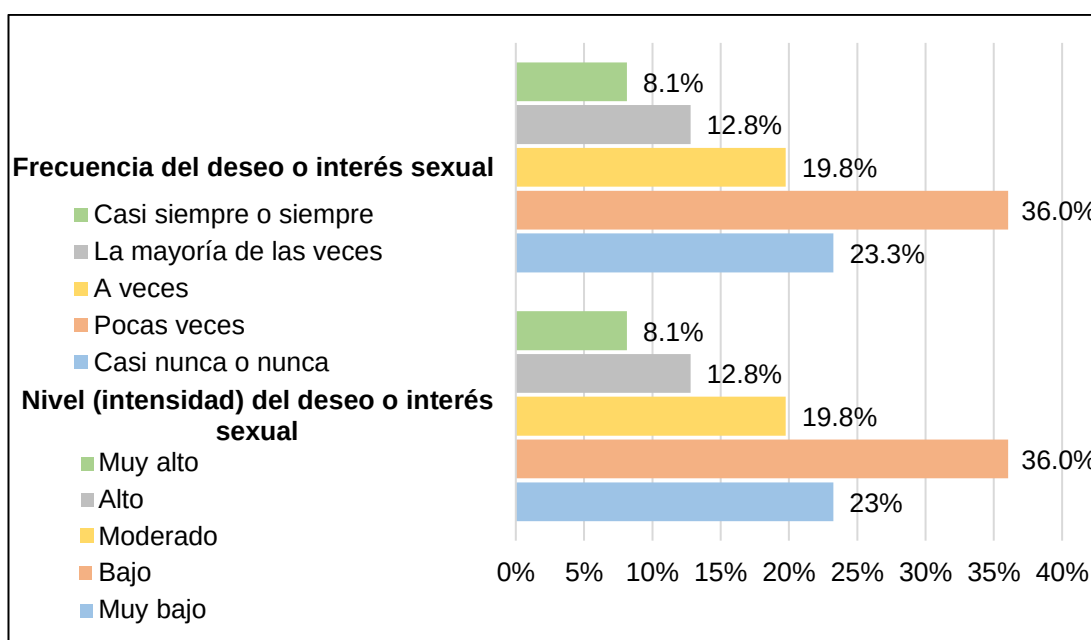


Figura 1. Frecuencia y nivel del deseo o interés sexual en gestantes de la muestra

Del total de gestantes que acudieron al C.S. Panao, el 79.1% presento valores poco significativos de deseo, siendo que el 23.3% afirmó que casi

nunca o nunca sintió deseo o interés sexual durante su embarazo, además, más de la mitad de las gestantes calificaron como bajo (36.0%) o muy bajo o nada (23.3%) su interés sexual.

Tabla 2. Frecuencia, nivel de excitación, confianza y satisfacción para la excitación de gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Excitación			n = 86		
Frecuencia de excitación sexual durante el coito	fi	%	Nivel de excitación sexual durante el coito	fi	%
Sin actividad sexual	14	16.3%	Sin actividad sexual	14	16.3%
Casi siempre o siempre	11	12.8%	Muy alto	4	4.7%
La mayoría de las veces	5	5.8%	Alto	10	11.6%
A veces	23	26.7%	Moderado	35	40.7%
Pocas veces	24	27.9%	Bajo	13	15.1%
Casi nunca o nunca	9	10.5%	Muy bajo o nada	10	11.6%
Confianza de excitarse durante el coito	fi	%	Frecuencia de satisfacción con su excitación durante el coito	fi	%
Sin actividad sexual	14	16.3%	Sin actividad sexual	14	16.3%
Confianza muy alta	11	12.8%	Casi siempre o siempre	13	15.1%
Confianza alta	8	9.3%	La mayoría de las veces	7	8.1%
Confianza moderada	35	40.7%	A veces	31	36.0%
Confianza baja	10	11.6%	Pocas veces	11	12.8%
Confianza muy baja o nada	8	9.3%	Casi nunca o nunca	10	11.6%

*A veces (aproximadamente la mitad de las veces)

**Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

***La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

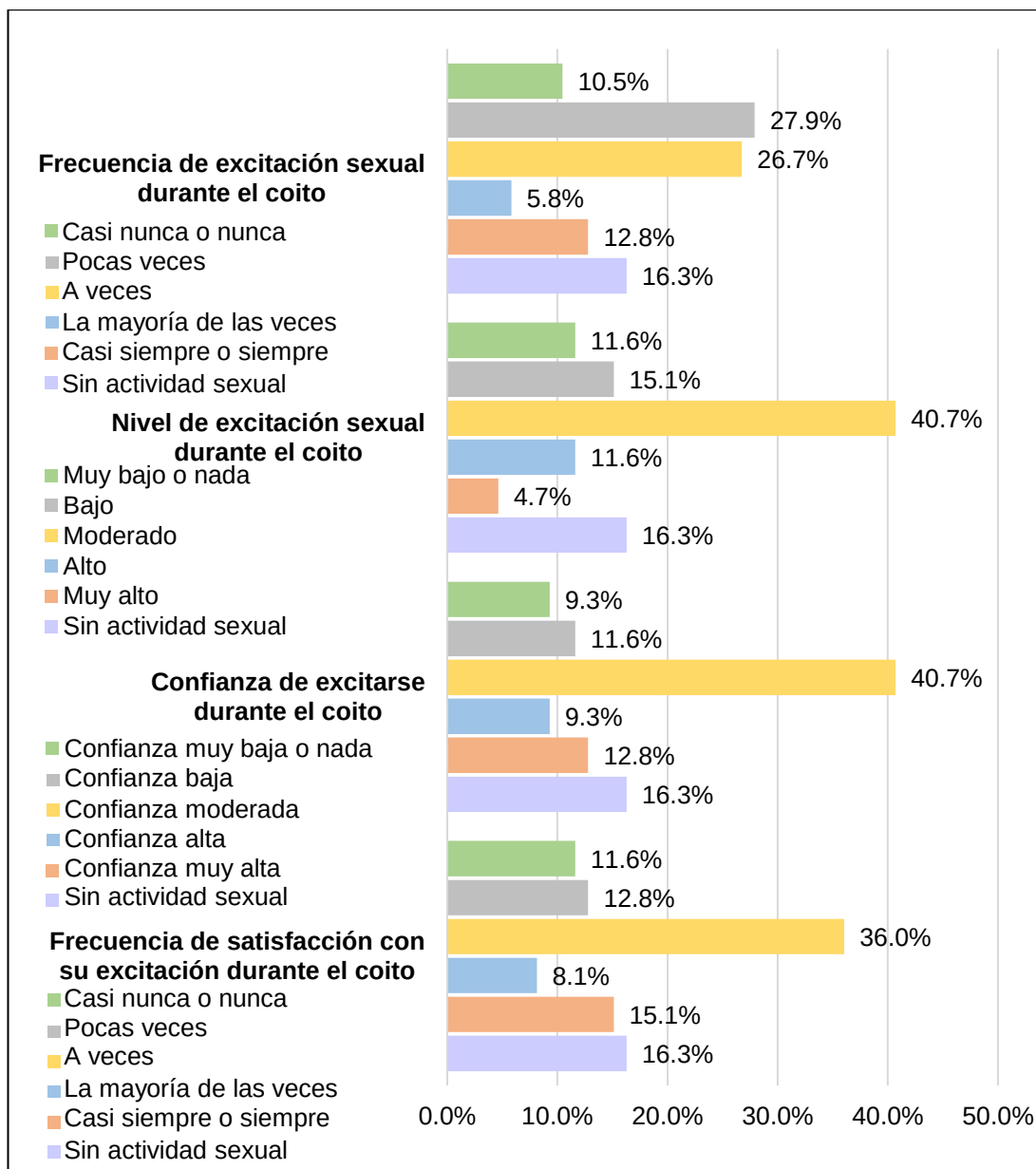


Figura 2. Frecuencia, nivel de excitación, confianza y satisfacción para la excitación de gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

En cuanto a la excitación, el 27.9% de las gestantes indicaron que pocas veces sintieron excitación sexual durante el coito, observándose que la frecuencia de excitación del 65.1% de las gestantes fluctúa entre a veces, pocas veces y casi nunca o nunca, es decir, solo el 18.6% presentan frecuencias significativas de excitación, dado que el 16.3% de las gestantes no ha mantenido actividad sexual durante su embarazo. Así mismo, solo el 4.7% de las gestantes calificaron su nivel de excitación como muy alto y 11.6% alto. Respecto a la confianza para conseguir excitarse durante el coito, el 40.7% las gestantes manifestaron tener una confianza moderada y el 36.0%

manifestaron que solo a veces se sintieron satisfechas con su excitación durante el coito.

Tabla 3. Frecuencia y dificultad para la lubricación en el coito, de gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023

Lubricación			n = 86		
Frecuencia de lubricación durante el coito	fi	%	Dificultad para lubricarse (humedecerse) durante el coito	fi	%
Sin actividad sexual	14	16.3%	Sin actividad sexual	14	16.3%
Casi siempre o siempre	2	2.3%	Extremadamente difícil o imposible	5	5.8%
La mayoría de las veces	12	14.0%	Muy difícil	10	11.6%
A veces	16	18.6%	Difícil	2	2.3%
Pocas veces	29	33.7%	Un poco difícil	49	57.0%
Casi nunca o nunca	13	15.1%	Sin dificultad	6	7.0%
Frecuencia con la que mantiene la lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar el coito	fi	%	Dificultad para mantener la lubricación vaginal hasta finalizar el coito	fi	%
Sin actividad sexual	14	16.3%	Sin actividad sexual	14	16.3%
Casi siempre o siempre	10	11.6%	Extremadamente difícil o imposible	7	8.1%
La mayoría de las veces	4	4.7%	Muy difícil	8	9.3%
A veces	21	24.4%	Difícil	4	4.7%
Pocas veces	27	31.4%	Un poco difícil	47	54.7%
Casi nunca o nunca	10	11.6%	Sin dificultad	6	7.0%

*A veces (aproximadamente la mitad de las veces)

**Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

***La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

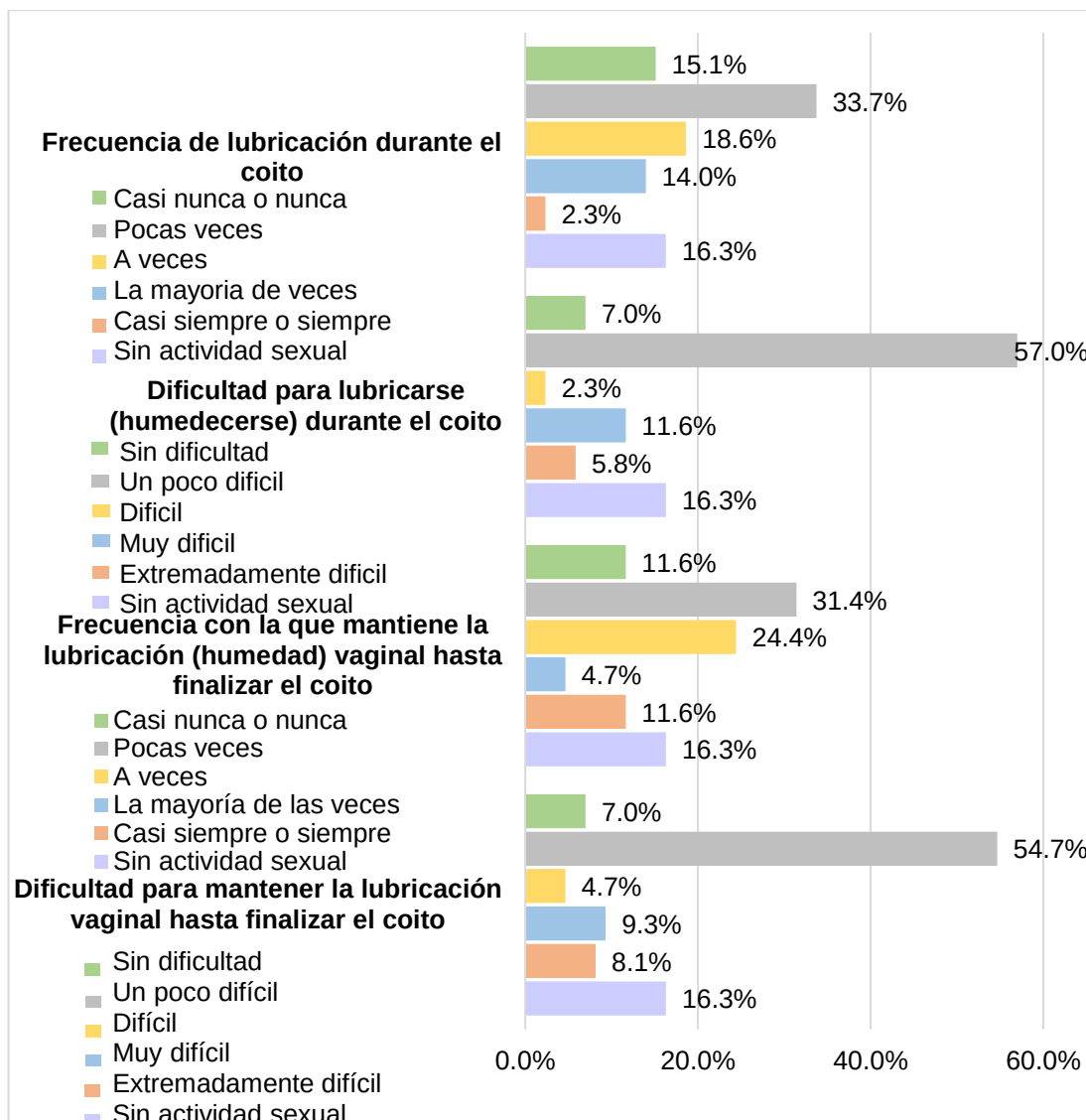


Figura 3. Frecuencia y dificultad para la lubricación en el coito, de gestantes que acudieron al C.S. Pano, 2023

El 33.7% de las gestantes que acudieron al C.S. Pano manifestaron que pocas veces alcanzaron a sentir lubricación durante el coito, siendo para el 57.0% de estas un poco difícil lograr humedecerse. Solo el 4.7% de las gestantes indicaron mantuvieron la mayor parte del tiempo la lubricación vaginal hasta finalizar el coito. Así mismo, solo el 7.0% indicó no tener dificultad para humedecerse hasta finalizar el coito y para el 54.7% de las gestantes ello es un poco difícil.

Tabla 4. Frecuencia, dificultad y satisfacción para alcanzar el orgasmo durante el coito, de gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Orgasmo n = 86								
Frecuencia para alcanzar el orgasmo	fi	%	Dificultad para alcanzar el orgasmo	fi	%	Satisfacción para alcanzar el orgasmo	fi	%
Sin actividad sexual	14	16.3%	Sin actividad sexual	14	16.3%	Sin actividad sexual	14	16.3%
Casi siempre o siempre	13	15.1%	Extremadamente difícil o imposible	5	5.8%	Muy satisfecha	14	16.3%
La mayoría de las veces	4	4.7%	Muy difícil	5	5.8%	Moderadamente satisfecha	4	4.7%
A veces	23	26.7%	Difícil	9	10.5%	Ni satisfecha ni insatisfecha	4	4.7%
Pocas veces	25	29.1%	Un poco difícil	47	54.7%	Moderadamente insatisfecha	39	45.3%
Casi nunca o nunca	7	8.1%	Sin dificultad	6	7.0%	Muy insatisfecha	11	12.8%

*A veces (aproximadamente la mitad de las veces)

**Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

***La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

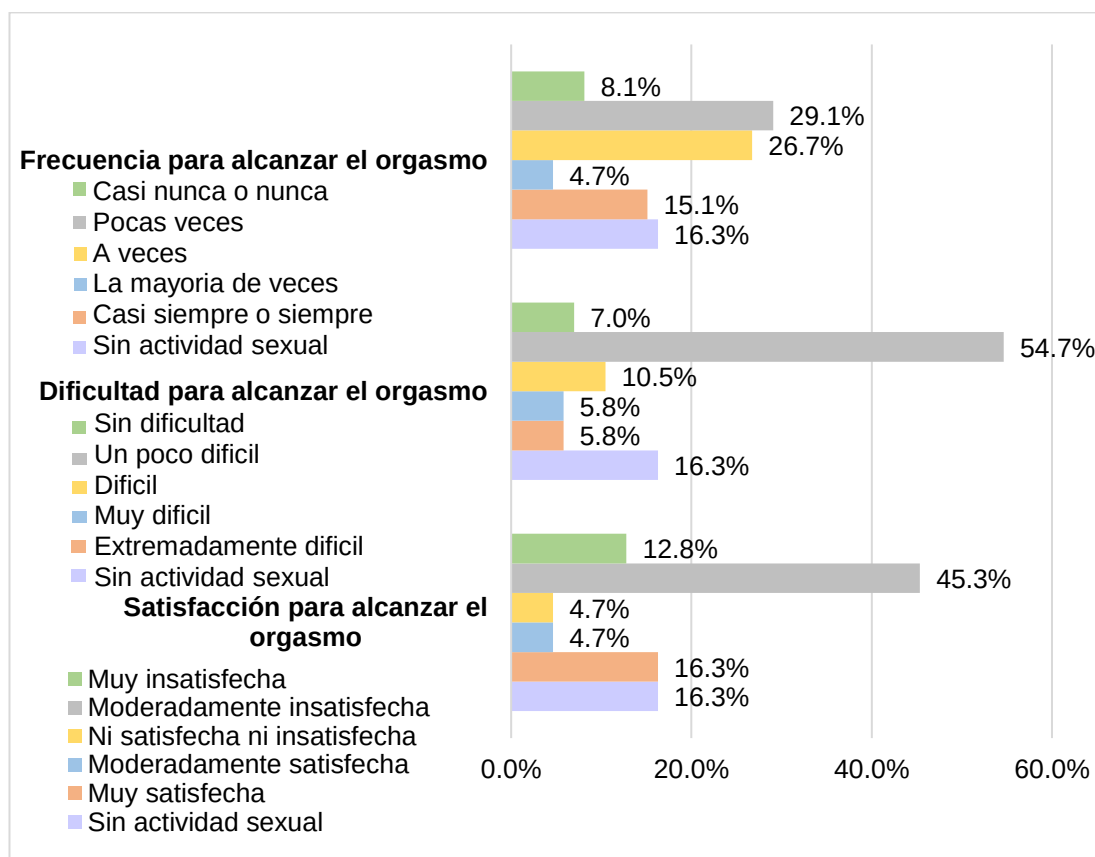


Figura 4. Frecuencia, dificultad y satisfacción para alcanzar el orgasmo durante el coito, de gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Respecto al orgasmo, solo el 15.1% de las gestantes afirmaron que casi siempre o siempre alcanzaron el orgasmo, coincidiendo el 54.7% que les es un poco difícil lograrlo, encontrándose solo el 16.3% de las gestantes muy satisfechas con su habilidad para lograr el orgasmo.

Tabla 5. Satisfacción con la cercanía emocional y la relación sexual con la pareja, así como la satisfacción sexual de gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Satisfacción						n = 86		
Satisfacción con la cercanía emocional existente durante el coito con su pareja	fi	%	Satisfacción con la relación sexual con su pareja	fi	%	Satisfacción con su vida sexual en general	fi	%
Sin actividad sexual	14	16.3%	Muy satisfecha	13	15.1%	Muy satisfecha	15	17.4%
Muy satisfecha	17	19.8%	Moderadamente satisfecha	17	19.8%	Moderadamente satisfecha	50	58.1%
Moderadamente satisfecha	5	5.8%	Ni satisfecha ni insatisfecha	4	4.7%	Ni satisfecha ni insatisfecha	14	16.3%
Ni satisfecha ni insatisfecha	3	3.5%	Moderadamente insatisfecha	42	48.8%	Moderadamente insatisfecha	2	2.3%
Moderadamente insatisfecha	38	44.2%	Muy insatisfecha	10	11.6%	Muy insatisfecha	5	5.8%
Muy insatisfecha	9	10.5%						

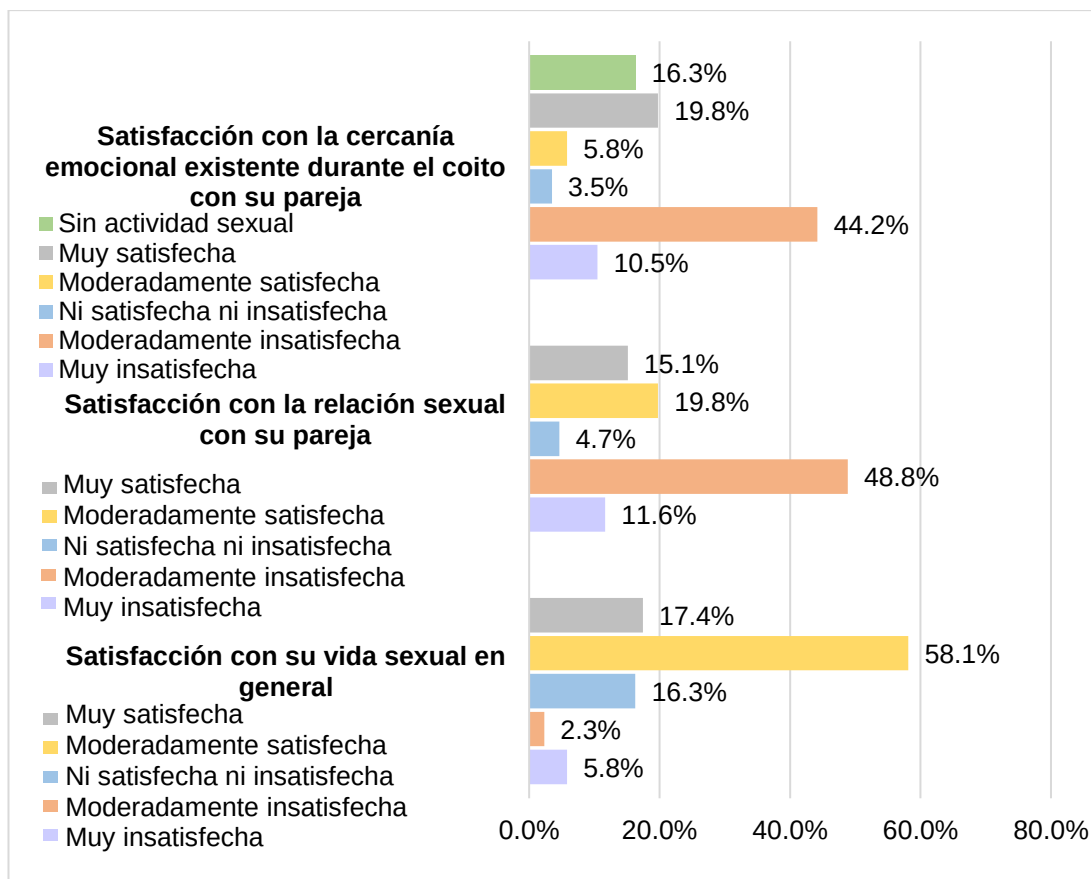


Figura 5. Satisfacción con la cercanía emocional y la relación sexual con la pareja, así como la satisfacción sexual de gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

En el plano emocional, sólo el 19.8% de las embarazadas se encuentran muy satisfechas con la intimidad emocional existente durante el coito con su pareja. Respecto a la relación sexual con su pareja, sólo el 15.1% están muy satisfechas y sólo el 17.4% de las gestantes se encuentra muy satisfecha con su sexualidad.

Tabla 6. Discomfort o dolor durante y después del coito e intensidad de ello, en gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Dolor						n = 86			
Discomfort o dolor durante el coito	fi	%	Discomfort o dolor después del coito	fi	%	Nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después del coito	fi	%	
Sin coito vaginal	14	16.3%	Sin coito vaginal	14	16.3%	Sin coito vaginal	14	16.3%	
Casi siempre o siempre	9	10.5%	Casi siempre o siempre	10	11.6%	Muy alto	4	4.7%	
La mayoría de las veces	7	8.1%	La mayoría de las veces	7	8.1%	Alto	7	8.1%	
A veces	16	18.6%	A veces	16	18.6%	Moderado	43	50.0%	
Pocas veces	32	37.2%	Pocas veces	31	36.0%	Bajo	9	10.5%	
Casi nunca o nunca	8	9.3%	Casi nunca o nunca	8	9.3%	Muy bajo o nada	9	10.5%	

*A veces (aproximadamente la mitad de las veces)

**Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

***La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

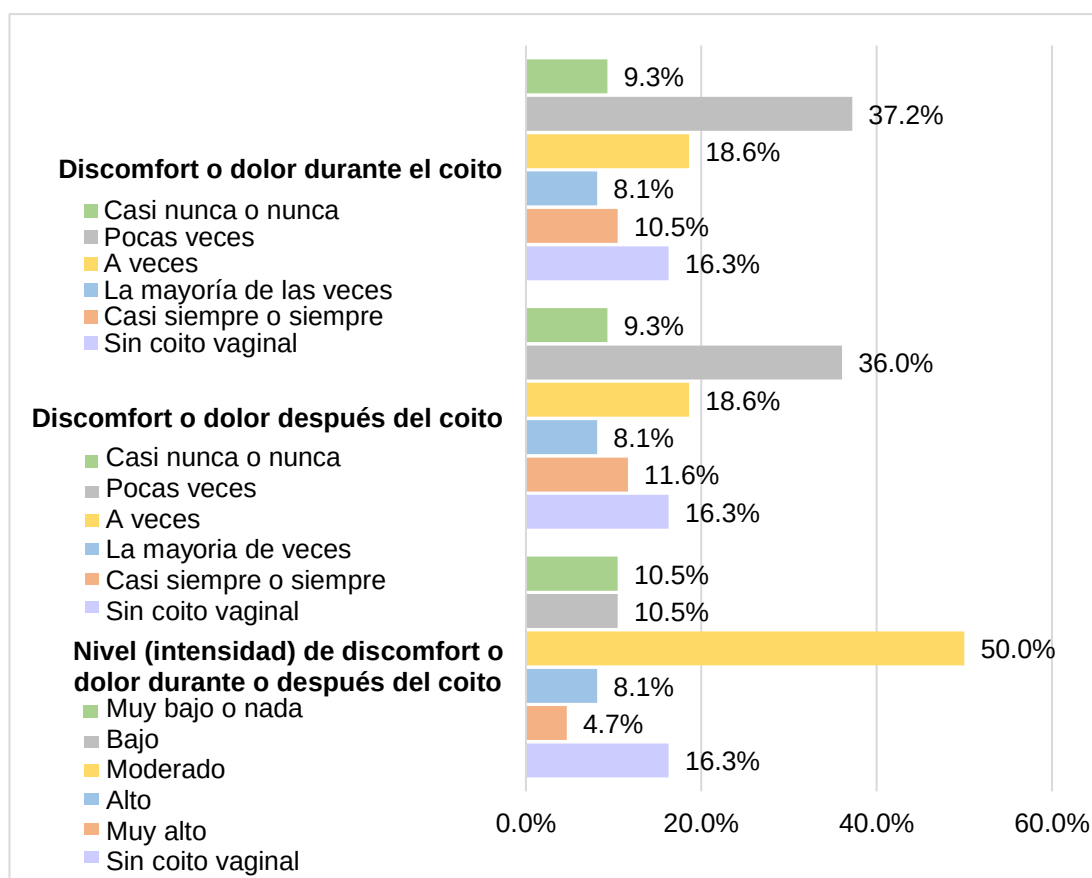


Figura 6. Discomfort o dolor durante y después del coito e intensidad de ello, en gestantes que acudieron al Centro de Salud Panao, 2023

Finalmente, el 10.5% de las gestantes indicaron sentir casi siempre o siempre discomfort o dolor durante el coito y 11.6% después del coito. La intensidad de incomodidad o dolor durante o luego del coito es muy alto en el 4.7% y alto en el 8.1% de las gestantes.

4.2. RESULTADO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Tabla 7. Edad, estado civil, nivel educacional e información acerca de sexualidad durante la gestación

Factores Socioeconómicos		
Edad		
Menos a 19	12	14.0%
20-24	20	23.3%
25-29	24	27.9%
30-34	15	17.4%
35-39	11	12.8%
40 a más	4	4.7%
Estado civil		
Casada	2	2.3%
Soltera	7	8.1%
Conviviente	77	89.5%
Viuda	0	0.0%
Divorciada	0	0.0%
Nivel educacional (Grado de Instrucción)		
Sin instrucción	4	4.7%
Primaria	25	29.1%
Secundaria	54	62.8%
Técnica	0	0.0%
Superior	3	3.5%
Información sobre sexualidad durante el embarazo		
Sí, mucha	1	1.2%
Regular	68	77.9%
Ninguna	18	20.9%

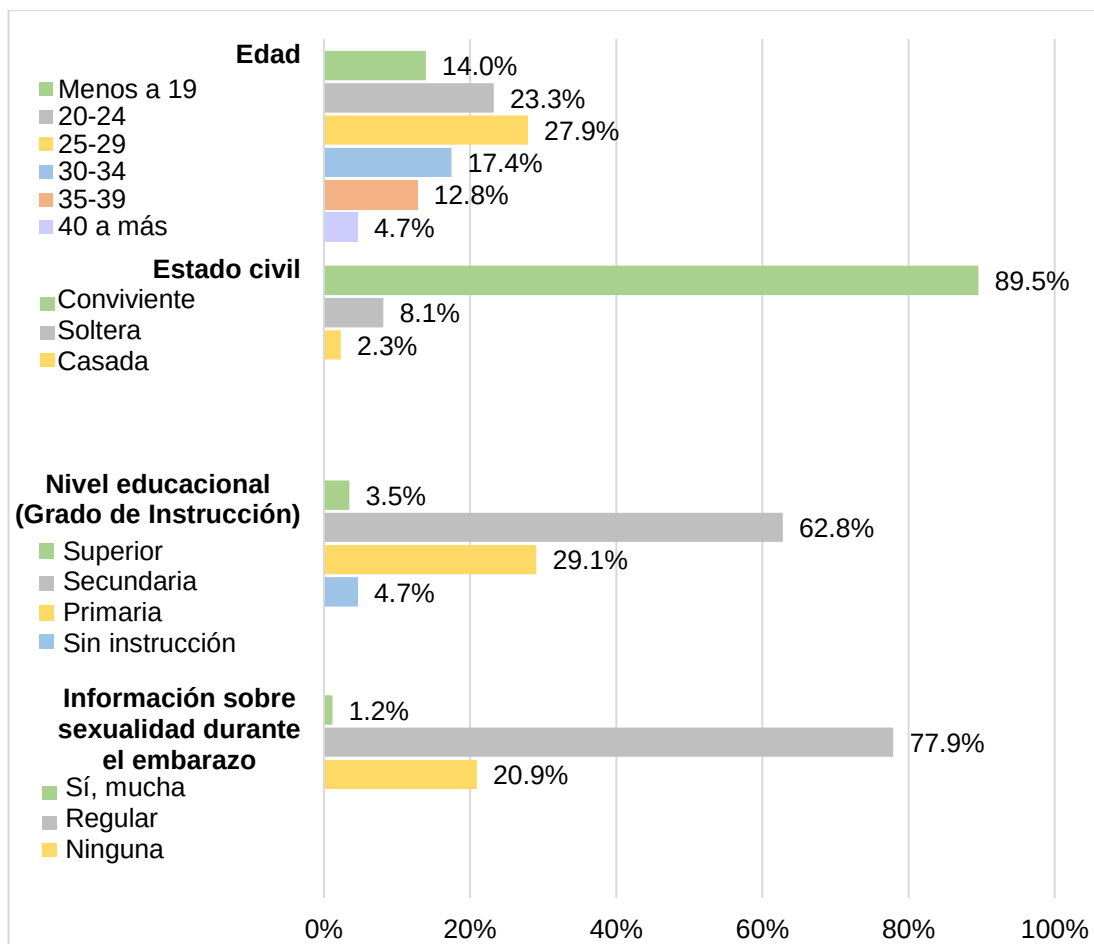


Figura 7. Edad, estado civil, nivel educacional e información acerca de sexualidad durante la gestación

La tabla 9, resume las características sociodemográficas de las gestantes. Del total, 27.9% se encuentran entre el rango de 25 a 29 años de edad, 89.5 % son convivientes y el 62.8% tiene estudios secundarios. Así mismo, un 77.9% afirma que fue regular el nivel de información sobre sexualidad que recibió antes de quedar embarazada.

4.3. RESULTADOS DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS

Tabla 8. Muestra si las gestantes que acudieron al C.S. Pano, 2023, experimentaron estados bruscos de humor, disminución de su atractivo y miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja

Factores Psicológicos		
Estados bruscos de humor, ánimo y/o estados depresivos		
Sí	4	4.7%
No	82	95.3%
Sentir de disminución de atractivo por el embarazo		
Sí	76	88.4%
No	10	11.6%
Sentir de miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja		
Sí	10	11.6%
No	76	88.4%

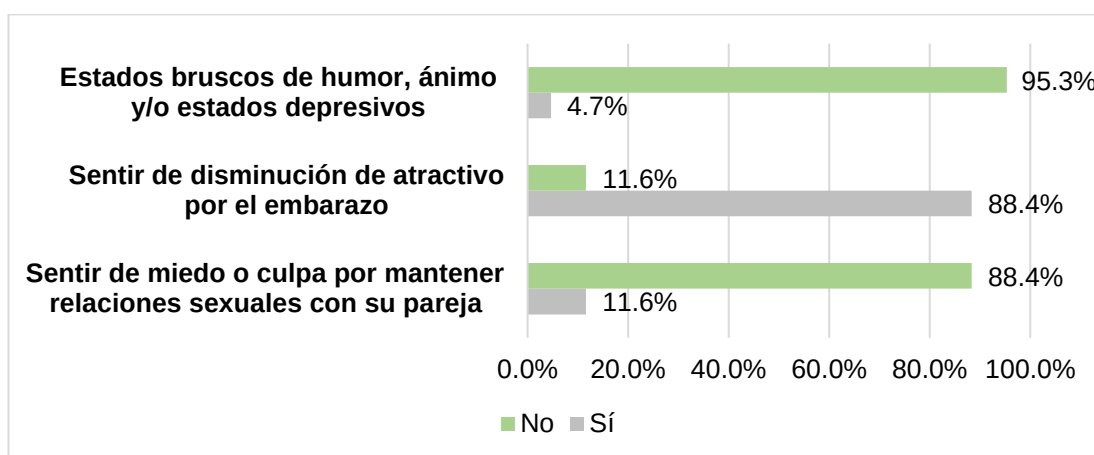


Figura 8. Muestra si las gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023, experimentaron estados bruscos de humor, disminución de su atractivo y miedo o culpa por mantener coito con su pareja

El 95.3% de las embarazadas encuestadas manifestó no haber experimentado estados bruscos de humor, ánimo y/o estados depresivos y solo un 11.6% indicaron sentir de miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja. Sin embargo, el 88.4% indicó que si sintió una disminución de su atractivo a consecuencia del embarazo.

4.4.RESULTADOS DE LOS FACTORES CULTURALES, ÉTICOS Y RELIGIOSOS O ESPIRITUALES

Tabla 9. Muestra la religión, creencia sobre dañar al feto a consecuencia del sexo, comunicación sobre relaciones sexuales, si mantuvieron relaciones sexuales forzadas y si creen que es una obligación complacer sexualmente a sus parejas, en gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Factores Culturales		
Religión pertenece		
Católica	75	87.2%
Evangélica	10	11.6%
Ninguna	1	1.2%
Creencia de que las relaciones sexuales pueden ser dañinas para el feto u ocasionarle un aborto		
Sí	22	25.6%
No	64	74.4%
Comunicación sobre relaciones sexuales con su familia, amigos, vecinos o en la escuela		
Mucha	3	3.5%
Poca	51	59.3%
Nula	32	37.2%
Relaciones sexuales con su pareja sin desearlo o forzada		
Sí	16	18.6%
No	70	81.4%
Creencia de que es una obligación complacer sexualmente a su pareja		
Sí	20	23.3%
No	66	76.7%

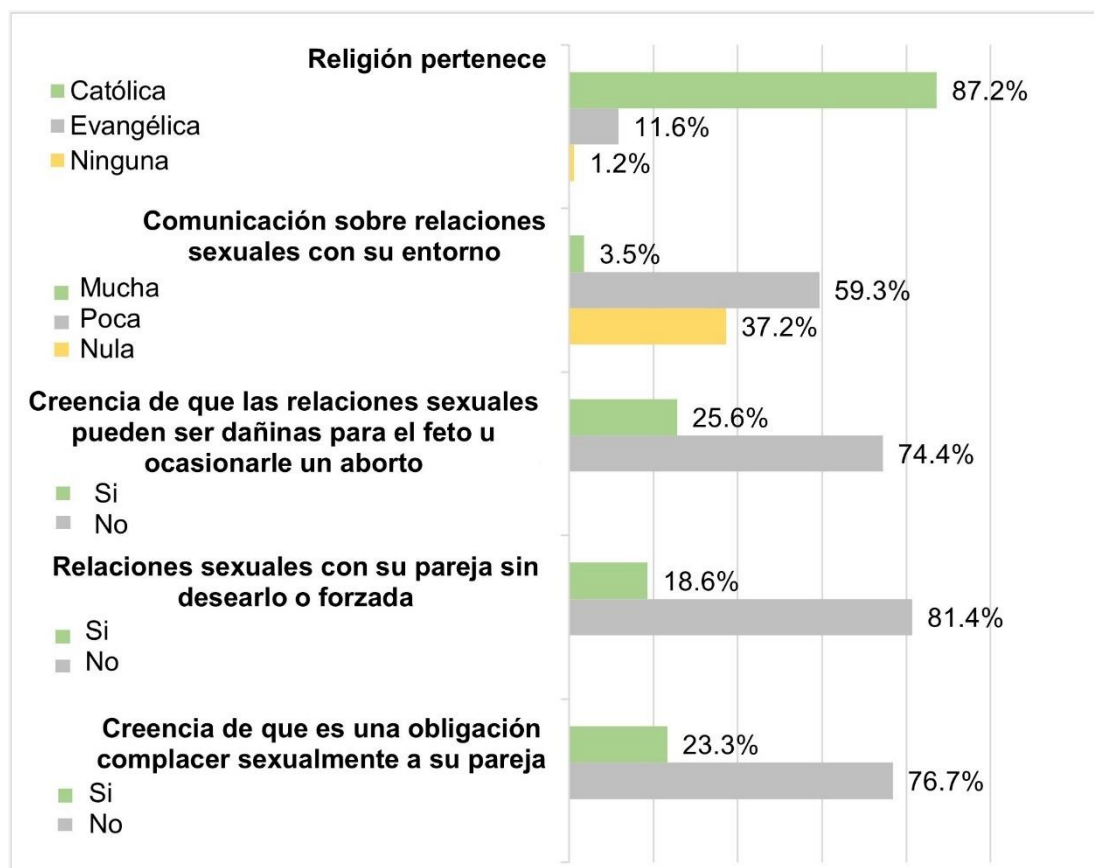


Figura 9. Muestra la religión, creencia sobre dañar al feto a consecuencia del sexo, comunicación sobre relaciones sexuales, si mantuvieron relaciones sexuales forzadas y si creen que es una obligación complacer sexualmente a sus parejas, en gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Solo una de las gestantes encuestadas manifestó no tener religión, siendo la religión predominante en el 87.2% católica, el 25.6% cree que el coito puede ser perjudicial para el feto u ocasionarle un aborto y solo un 3.5% manifestó tener comunicación sobre relaciones sexuales con su familia, amigos, vecinos o en la escuela. Por otro lado, el 18.6% indicaron haber mantenido relaciones sexuales con su pareja sin desearlo o de manera forzada y el 23.3% indica que considera una obligación complacer sexualmente a su pareja.

4.5.RELACIÓN DEL IFSF CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Tabla 10. Puntajes* de la respuesta sexual femenina por grupos etarios, en gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Edad	Deseo	Excitaci ón	Lubricaci ón	Orgas mo	Satisfacci ón	Dolor	Total
Menos a 19	3.3 ± 1.6	3.1 ± 2.2	2.6 ± 2.4	2.6 ± 2.4	3.7 ± 1.3	2.5 ± 2.1	17.8 ± 2
20-24	2.9 ± 1.5	2.8 ± 2.1	2.6 ± 1.8	2.8 ± 2.1	3.5 ± 1.6	2.4 ± 1.7	16.9 ± 1.8
25-29	3.2 ± 1.2	3.1 ± 1.6	3 ± 1.7	3 ± 1.8	3.7 ± 1.3	3.4 ± 1.9	19.3 ± 1.6
30-34	3 ± 1.3	3 ± 1.5	3.3 ± 1.4	3.1 ± 1.3	3.3 ± 1	3.5 ± 1.8	19.3 ± 1.4
35-39	2.6 ± 0.9	2.8 ± 1.1	3.6 ± 1.2	3.2 ± 1.2	3.2 ± 1.3	4.6 ± 0.8	20.1 ± 1.2
40 a más	3 ± 1.8	3.3 ± 2	3.2 ± 0.7	3.4 ± 1.6	3.9 ± 1.5	3.1 ± 1.5	19.9 ± 1.4
	3 ± 0.8	3 ± 1	3.1 ± 0.8	3 ± 1	3.6 ± 0.8	3.2 ± 0.9	18.9 ± 1.6

*Puntaje obtenido por sumatoria de puntuación de dominio y multiplicado por factor, según test de Índice de función sexual femenina (IFSF) para evaluación de la Satisfacción sexual.

** < 26 = Riesgo de disfunción sexual. > 26 = Índice de función sexual femenino satisfactorio

La Respuesta Sexual Femenina (IFSF) evidencia que en gestantes de 35 – 39 años los dominios obtuvo puntajes más altos, en comparación con el grupo de 20 a 24 años.

Tabla 11. Puntajes* de la respuesta sexual femenina por nivel educacional (grado de instrucción), en gestantes que acudieron al C.S. Panao, 2023

Nivel educativo	Deseo	Excitaci ón	Lubricaci ón	Orgas mo	Satisfacci ón	Dolor	Total
Sin instrucción	1.8 ± 0.7	2.1 ± 0.6	3.2 ± 0.6	2.6 ± 0.7	2.5 ± 0.5	4.4 ± 1.7	16.6 ± 1.2
Primaria	2.9 ± 1.6	2.7 ± 2	2.7 ± 1.9	2.7 ± 2	3.5 ± 1.5	2.7 ± 2	17.1 ± 1.8
Secundaria	3.1 ± 1.2	3 ± 1.6	3.1 ± 1.6	3 ± 1.7	3.6 ± 1.2	3.3 ± 1.7	19.1 ± 1.5
Superior	4 ± 1.4	4.3 ± 2	4.3 ± 1.2	5.1 ± 1.6	4.8 ± 1.7	4.1 ± 1.6	26.6 ± 1.4
	2.9 ± 0.8	3 ± 1	3.3 ± 0.8	3.3 ± 0.9	3.6 ± 0.8	3.6 ± 1.2	19.8 ± 1.6

Cuando se agrupan los valores del IFSF por rangos y se relaciona con el estado civil de la gestante, se observa que la puntuación del IFSF es creciente conforme se alcanza un grado de instrucción más alto, incrementándose 16.6 ± 1.2 en las gestantes sin instrucción a 26.6 ± 1.4 en gestantes con nivel educativo superior.

Tabla 12. Puntajes de la respuesta sexual femenina por estado civil, en gestantes que acudieron al C.S. Pano, 2023

Estado civil	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
Casada	3.6 ± 2.4	2.3 ± 1.3	2.7 ± 1.8	4.4 ± 2.8	5.2 ± 3	4.2 ± 2.6	22.4 ± 1.4
Soltera	2 ± 1.6	1.6 ± 2.1	1 ± 1.8	1 ± 1.8	2.6 ± 1.5	0.9 ± 1.3	9.1 ± 1.7
Conviviente	3.1 ± 1.3	3.1 ± 1.7	3.2 ± 1.6	3.1 ± 1.7	3.6 ± 1.3	3.4 ± 1.7	19.4 ± 1.6
	2.9 ± 1.6	2.3 ± 1.2	2.3 ± 1.4	2.8 ± 1.9	3.8 ± 1.9	2.8 ± 1.7	17 ± 1.6

En esta tabla, al igual que en la Tabla 12, se agrupan los valores del IFSF por rangos para relacionarlos con el estado civil de las gestantes, mostrándose que la puntuación del IFSF es más bajo en mujeres solteras (9.1 ± 1.7) y más alto en casadas 22.4 ± 1.4 .

4.6.COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL DEL IFSF CON OTROS ESTUDIOS

Tabla 13. Comparativo de puntajes de los Dominios de la respuesta sexual femenina con otros estudios

Estudio	Año	País	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
Marjorie Cortéz	2023	Perú - Pano	3.1 ± 0.82	3.14 ± 1.04	3.25 ± 0.83	3.18 ± 1.01	3.62 ± 0.79	3.43 ± 0.94	19.7 ± 1.55
Yépez-Alvarez et al.	2022	Perú - Arequipa	3.46 ± 1.13	3.47 ± 1.94	3.8 ± 2.22	3.41 ± 2.12	4.09 ± 1.59	3.74 ± 2.34	22 ± 9.96
Espitia	2020	Colombia-Eje Cafetero	3,27 ± 1,62	4,05 ± 1,53	4,08 ± 1,47	4,26 ± 1,35	4,11 ± 1,74	4,47 ± 1,38	24,24 ± 9,09
Blümel et al.	2004	Chile - Región Metropolitana	3,6 ± 1,2	5,0 ± 1,2	5,0 ± 1,2	4,6 ± 1,3	4,3 ± 1,2	5,1 ± 1,3	27,6 ± 5,8
Bustos et al.	2018	Chile - Comuna de Teno	3.62 ± 1.15	4.34 ± 1.46	4.98 ± 1.59	3.0 ± 1.49	4.77 ± 1.4	4.92 ± 1.62	25.6 ± 7.1
Valenzuela et al.	2014	Chile - Región del Biobío	3.8 ± 1.1	4.5 ± 1.2	5.0 ± 1.2	4.8 ± 1.3	4.8 ± 1.3	5 ± 1.4	27.9 ± 6
Chaparro et al.	2013	Chile - Novena Región	3.6 ± 3.2	3.4 ± 1.3	3.9 ± 1.4	2.4 ± 1.2	4.8 ± 1.12	4 ± 3.2	22.1 ± 5.6

Como se muestra en la Tabla 13, el presente estudio ha tenido la puntuación de IFSF más baja (19.7 ± 1.55), incluso se encuentra por debajo del estudio realizado en la ciudad de Arequipa (22 ± 9.96), habiendo alcanzado un índice satisfactorio solo Valenzuela et. al. (27.9 ± 6) y Blümel et al. ($27,6 \pm 5,8$), en el país de Chile, considerando que para un IFSF satisfactorio el valor debería ser >26 .

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio nos presenta la influencia del embarazo en la vida sexual de las mujeres que asistieron al C.S. Panao, que comprenden gestantes en su mayoría convivientes (89.5%), con una educación media (62.8% tiene secundaria completa) y con un promedio de edad de 27,16.

El embarazo como se ha detallado en las bases teóricas, es considerado para muchos especialistas como Rodríguez et al. ⁽⁴¹⁾ como una fase en la que la actividad sexual tiende a reducirse y se experimentan cambios en la dinámica de pareja, lo cual se ha corroborado con los resultados obtenidos, presentándose a continuación la discusión de estos en cada etapa de la respuesta sexual de la mujer a nivel biológico: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽²²⁾.

Entiéndase que el deseo refleja el interés en la sexualidad, es decir, refleja las ganas de la gestante a tener coito, provocada biológicamente por la testosterona ⁽²¹⁾ y es la primera fase de la actividad sexual, como se observa en la figura 1, se obtuvieron los mismos porcentajes para la frecuencia como para la intensidad del deseo, ya que el 36.0% de las embarazadas manifestó que pocas veces y con una baja intensidad tuvo deseo o interés sexual, siendo estas opciones las más predominante, dado que sólo el 20.9% manifestaron sentir deseo la mayoría de las veces o casi siempre, con lo cual se podría afirmar que efectivamente se produjo una baja del deseo sexual durante el embarazo en las gestantes que asistieron al C.S. Panao, igual a los obtenidos por la mayoría de autores referidos, principalmente Herrera C. & Cerna M.

Cabe señalar, que el 16.3% de las gestantes indicaron no tener actividad sexual (resultado similar obtuvo Jung et al, en cuyo estudio el 27,5% de las gestantes habían interrumpido su vida sexual después de reconocer su embarazo) es decir, interrumpieron la actividad sexual después de reconocer su embarazo, razón por la cual este porcentaje se presenta como una constante en los gráficos siguientes, dado que responder las preguntas siguientes implicaba el hecho de tener actividad sexual durante el embarazo. Así mismo, se asume que este 16.3% presenta una disfunción sexual

considerando que los valores de excitación, meseta, orgasmo y resolución equivalen a 0.

Entiéndase que la excitación es la reacción ante estímulos sexuales visuales, táctiles o imaginativos que es reflejada principalmente en la lubricación vaginal, con lo que suele depender principalmente al estímulo que pueda brindarle su pareja. Sin embargo, en la figura 3 se observa que solo el 18.6% indicaron sentir la mayoría de las veces o casi siempre excitación y en la figura 2 que el solo el 16.3% alcanzaron niveles de excitación de alto a muy alto, es decir, 65.1% de las gestantes mantuvieron relaciones sexuales con sus parejas sin sentir excitación con un frecuencia significativa, es posible que ello se deba a que no hubo una estimulación adecuada por parte de sus parejas, más considerando que solo el 23.2% de ellas indico sentirse satisfechas la mayoría de las veces o casi siempre con su excitación. A nivel de confianza, solo el 22.1% de las gestantes tiene una confianza de alta a muy alta (Ver Tabla 2), respecto a si logrará excitarse durante el coito.

La tabla 3 refuerza la comprensión acerca de la excitación de la mujer, ya que como se había mencionado, la excitación en la mujer es expresada principalmente en la lubricación vaginal, a diferencia de los varones que se expresa con la erección, entonces, se observa que solo 16.3% de las gestantes indicaron sentir lubricación la mayor parte del tiempo o casi siempre, solo el 4.7% de las gestantes indicaron mantuvieron la mayoría de las veces la humedad vaginal hasta finalizar el coito y solo el 7% indicó no tener dificultad para ello (Ver Tabla 3), con lo que se puede evidenciar que en el 67.4% de los casos la gestante mantuvo coito alguna vez sin llegar a excitarse, dado que para la mayoría de ellas les es difícil lograr la lubricación y más aún mantenerla hasta finalizar la actividad sexual, los resultados coinciden con el estudio de Alizadeh et. ⁽¹⁰⁾, donde también se observa una disminución durante el embarazo en comparación con antes del embarazo.

Entiéndase el orgasmo como una la fase en la que se experimenta espasmo muscular alrededor del tercio inferior de la vagina, seguido de contracciones rítmicas, que pueden causar un espasmo tónico en el útero, lo que puede afectar temporalmente la frecuencia cardíaca fetal, pero sin repercusiones duraderas ⁽²³⁾.

Al respecto, en el caso de estudio, los resultados mostraron que solo 19.8% manifestaron alcanzar el orgasmo la mayoría de las veces o casi siempre, es decir, 63.9% sostuvo coito alguna vez sin llegar al orgasmo, siendo difícil para la mayoría de ellas alcanzarlo (solo el 7% asegura que ello no le es difícil). Además, solo el 16.3% manifestó estar muy satisfecha con su habilidad para lograr el orgasmo, lo cual es comprensible considerando lo expuesto respecto a la excitación (Tabla 4), ya que no se puede llegar al orgasmo si antes no se ha logrado excitación.

El orgasmo, además de ser un proceso fisiológico, también tiene componentes emocionales y afectivos ⁽²³⁾, sin embargo, en la figura 5 los resultados muestran que sólo el 19.8% de las encuestadas se muestran muy satisfechas con la intimidad emocional durante el coito con su compañero, contribuye al hecho de que no se logre la excitación y consecuentemente el orgasmo, lo que podría explicar el que solo el 15.1% de las gestantes se encuentre muy satisfecha con la relación sexual con su compañero y solo 17.4% con su vida sexual en general. Estas cifras refuerzan lo afirmado por algunos estudios como el de Timana E. sugieren que durante el embarazo se experimenta un declive sexual e insatisfacción notable ⁽⁴³⁾.

Por otro lado, en la figura 5 también se evidencia que existe un 11.6% de mujeres que manifiestan estar muy insatisfechas con la relación sexual con sus parejas, en este porcentaje se encuentran las gestantes que manifestaron sentir dolor durante y después de la relación sexual, el hecho de experimentar malestar o dolor durante el coito y seguir manteniendo coito con las parejas, para algunos investigadores como Bello F, Olayemi O, Aimakhu C, Adekunle A. ⁽⁴⁴⁾, esto puede condicionar desarmonía entre las parejas, lo que explica en parte, la insatisfacción con la relación sexual con sus parejas de la mayoría de gestantes encuestadas.

Además, independientemente de la frecuencia, el 74.4% de las gestantes sintió dolor alguna vez durante el coito y 74.3% después del coito (Ver Tabla 6), con intensidades de alto a muy alto en 12.8% de los casos, esto puede atribuirse al aumento del flujo sanguíneo genital, sin embargo, es variable, dado que algunas gestantes experimentan una excitación mejorada que promueve la actividad sexual, mientras que otras experimentan dolor que

acompaña la excitación, lo que reduce la frecuencia sexual ⁽⁹⁾, como es el caso de la mayoría de las gestantes encuestadas.

Lo cierto es que, de la evaluación del IFSF en las gestantes encuestadas, es no satisfactorio, ya que se obtuvo un puntaje promedio (18.9 ± 1.6) muy por debajo de 26 (puntaje promedio mundial que indica un IFSF satisfactorio), encontrándose incluso varios puntos debajo del promedio obtenido en otros estudios como el de Espitia F., Yepez et. al, Blumel et. al ⁽²⁾, Valenzuela et. al. y Chaparro et. al. en países como Colombia, Chile e incluso en Arequipa - Perú tal como se muestra en la (Tabla 13), evidenciando un riesgo significativo de disfunción en las gestantes quechuahablantes, acentuado en el grupo etario de gestantes entre 20 a 24 años, cuyo IFSF fue de 16.9 ± 1.8 . Respecto al IFSF también se observa que los menores puntajes prevalecen en los interrogantes vinculados con el deseo, el excitación y el orgasmo (el dominio del deseo puntúa 3 ± 0.8 , con un promedio de 3 ± 1 para el caso del excitación y el orgasmo respectivamente).

Además, se muestra que el rango con menos IFSF comprendía edades entre 20 a 24 años y los mayores puntajes fueron alcanzados por gestantes de 35 a 39 años, esto aporta a estudios que indican que el IFSF incrementa con los años y siendo el tope alrededor de los 35 a 40 años, para después disminuir en mujeres de más de 40 años ⁽³⁸⁾ lo que también ocurre en el caso de estudio dado a que se observa una disminución de 20.1 ± 1.2 en gestantes de 35 – 39 a 19.9 ± 1.5 en gestantes de más de 40.

Otro aspecto sociodemográfico es el estado civil, como se observa el porcentaje predominante que se obtuvo es la convivencia (89.5%), este aspecto según Blümel no es significativo cuando se da el desarrollo de una disfunción sexual ⁽³⁸⁾, aunque Lauman ⁽⁴⁴⁾ halló que las féminas sin compañeros sexuales, tenían una posibilidad de más de 50% de presentar disfunciones, por lo que indica que el tener pareja estable es otro factor protector del riesgo de disfunción sexual, en el estudio el promedio de IFSF más bajo (9.1 ± 1.7) corresponde a la mujeres solteras, incrementándose este índice en convivientes y casadas respectivamente, por lo que se podría coincidir en el hecho de que tener una pareja estable puede ser un factor protector para la disfunción sexual.

Tener una pareja estable y un nivel educativo más alto se correlaciona con un 40% menos de riesgo de disfunciones sexuales, según algunos estudios ⁽⁴⁵⁾, en el caso de estudio encontramos para todas las fases de la respuesta sexual, que las puntuaciones van en aumento de 16.6 ± 1.2 en mujeres sin instrucción a 26.6 ± 1.4 en gestantes con educación superior, es decir, se corrobora que aumenta con el nivel de escolaridad alcanzado ⁽¹⁹⁾, resultados similares obtuvo Laumann ⁽⁴⁴⁾ que concluyo que el riesgo disminuía en 50% en mujeres con secundaria completa. Adicionalmente, en la figura 7 se observa que se observa que solo 3.5% ha tenido educación superior y un porcentaje significativo (29.1%) solo ha tenido estudios primarios, lo que podría explicar el bajo IFSF promedio obtenido, ya que el nivel de educación influye en la dinámica sexual de la pareja, principalmente durante la gestación ⁽³⁸⁾.

Ahora bien, complementando el factor educativo, es importante señalar que la mayoría de las gestantes (62.8%) indicó no haber sido instruido acerca de la sexualidad durante la gestación y algunas de ellas que refirieron haber recibido información de manera regular (77.9%), manifestaron que provino de los profesionales del centro de salud, con lo cual, además de evidenciarse la insuficiencia de la información que podría acrecentar el miedo, hallazgo que coincide con el estudio de Gutiérrez ⁽²⁰⁾, nos muestra una deficiencia en el Sistema de Salud que debería brindar una cobertura integral desde el inicio de la gestación, no solo desde una perspectiva biológica, sino también considerándolo como un evento que afecta a un ser biopsicosocial, lleno de incertidumbres y tabúes, con lo que se cuestiona si el personal de salud realmente sigue estos principios al atender a las embarazadas y si abordan lo que se considera normal con ellas durante la gestación.

Respecto a los factores psicológicos, algunos investigadores como Fernández ⁽¹³⁾ coinciden que es común experimentar cambios psicológicos como estados de ánimo variables, irritabilidad, inseguridad, ansiedad y sensibilidad, lo cual también determina la sexualidad durante el embarazo ⁽²⁴⁾, lo resultados obtenidos difieren de este hecho, dado que solo el 4.7% de las gestantes encuestadas manifestó haber experimentado estados bruscos de humor, ánimo y/o estados depresivos.

Así mismo, 88.4% de las gestantes indicaron sentir una disminución de atractivo por el embarazo, esto indican los especialistas puede ocasionar un efecto significativo en la vida de las gestantes, porque la reducción de su atractivo repercute no solo en su confianza para su sexualidad, si no que puede tener efectos negativos sobre su confianza en sí mismo, que ocasiona un bloqueo emocional en la respuesta sexual y su disfrute, impacta el trato interpersonal y puede ocasionar ansiedad, tal como revela Vannier & Rosen ⁽²⁶⁾. Otras investigaciones, como la de Pauleta, Pereira & Graca ⁽⁴⁷⁾ refuerzan este factor indicando que esta etapa es clave la autoimagen, dado que las transformaciones físicas que ocurren (espinillas, manchas en la piel, estrías, incremento de adiposidad, etc.) pueden distorsionar su imagen corporal, esto puede aumentar el anhelo de seguridad y afecto, lo que podría explicar variaciones en las inclinaciones sexuales durante la gestación, principalmente del deseo ⁽⁴⁸⁾ así como el hecho de que sólo el 19.8% de las gestantes se encuentran muy complacidas con la intimidad emocional presente en el coito con su compañero sexual, hallazgo que coincide y es explicado por Tamayo, Calderón & Colunga ⁽⁴⁸⁾.

Otro factor psicológico es el referido al sentimiento de culpa o miedo por mantener relaciones sexuales con su pareja, cuyo resultado obtenido en la figura 8 (11.6%) refleja el desconocimiento y la desinformación de un grupo de gestantes que, sumado a lo descrito respecto al factor educativo, refleja el factor cultural, respecto al cual varios trabajos, como el de Gómez, Ortiz & Gómez ⁽⁴⁹⁾ se alinean con el enfoque cultural como factor trascendental para la forma de percibir y comprender los lazos afectivos como una expresión de la sexualidad, además, indican que el sentido de la sexualidad y su expresión varían según el contexto, la cultura, las vivencias y las creencias ⁽²⁹⁾.

En ese contexto, en el sentimiento de culpa por mantener relaciones sexuales, en parte, tiene que ver con el temor de lastimar al feto que según estudios, como el de Zoraida ⁽⁵⁰⁾, es un sentimiento común en esta etapa, en el caso de las gestantes encuestadas, 25.6% presenta esta creencia, entonces existe un dilema en la psique de estas gestantes por conservar o no su vida sexual mediante la intimidad física; que es ampliamente descrito por Guarnizo ⁽⁵¹⁾, que conlleva a ciertas féminas a evitar el coito por la creencia que protege al feto. Así mismo, es posible que influyera el hecho de pertenecer a

alguna religión (solo el 1.2% de las gestantes manifestó no pertenecer a ninguna religión), esto debido a que existe una serie de conductas consideradas moralmente apropiadas o no, algunas de las gestantes indicaron que tener una relación sexual es pecaminoso durante el embarazo, esto va a depender de los estamentos provenientes de la religión que predicen, que influye incluso en la forma de vestir de algunas mujeres.

Al respecto, cobra importancia no solo la educación, sino también la comunicación, 96.5% de las gestantes encuestadas ha tenido de poca a ninguna comunicación sobre relaciones sexuales con su familia, amigos, vecinos, lo cual para muchos autores obedece a que aún es considerado un tema tabú, plagado de prejuicios, perdurando la creencia de que comunicación podría fomentar conductas sexuales que no se ajustan a las normas culturales⁽³⁰⁾, que es alentado principalmente por el desconocimiento, siendo que se ha investigado poco y muchas veces se trata de forma equivocada, incluso en las mismas escuelas y centros de salud, evidenciándose una vez el rol fundamental de los profesionales de la salud de proporcionar información trascendental considerando no solamente el factor biológico sino socioeconómico, cultural y educativo de las pacientes, haciendo énfasis en proporcionar soluciones a las inquietudes y miedos, como recomienda Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre & Sarrá⁽³⁸⁾.

Otra creencia preocupante, en la figura 9 se refiere a que el 23.3% de las gestantes considera que es una obligación complacer sexualmente a su pareja, que evidencia el machismo existente en la sociedad peruana la posición tradicional que asume la mujer en las relaciones de pareja, donde su papel implica ceder sus deseos a los del otro para conservar la armonía de la relación, que también se ve claramente evidenciado en el 18.6% de las mujeres que mantuvieron coito con sus compañeros sexuales sin quererlo o siendo forzadas aún en condición de embarazo, que son porcentajes significativos que suman a las estadísticas que se habían descrito respecto a que el 58.9% de los individuos acepta o aprueba la violencia; el 52.7% sostiene que deben desempeñar su función como madres y esposas; además, el 33.2% cree que las mujeres infieles deben recibir algún tipo de castigo y el 31.1% indica que las féminas provocativas al vestir quieren ser acosadas sexualmente⁽³⁷⁾ que describen la realidad nacional.

Las creencias descritas, entre otros tabúes o mitos, pueden tener consecuencias negativas que afectan una relación, como indica Alkaabi et al.⁽⁵²⁾ por lo que comprende un factor de riesgo, que puede tanto profundizar como romper las relaciones maritales ⁽⁵³⁾ por lo que es trascendental para una mejor calidad de vida de las parejas, así como fortalecer la relación a través del diálogo ⁽⁵⁴⁾ ya que muchos autores consideran que las relaciones sexuales fortalecen el vínculo de la pareja, al mismo tiempo preparan a la madre para el parto y pueden hacerlo más placentero, reduciendo la necesidad de inducciones por embarazo prolongados ⁽⁷⁾.

Por lo todo lo expuesto en el presente, se evidencia que las gestantes quechuahablantes en su condición de población indígena, son más propensas a que en su vida cotidiana el sexo durante el embarazo sea un tema escasamente abordado, lleno de prejuicios, tabúes y presente un carácter machista muy marcado, con lo que muchas veces se normaliza la violencia sexual ejercida por la pareja, lo que se asume impacta de diferentes maneras a su salud sexual y empoderamiento para decidir sobre su sexualidad, lo cual es fundamental para que mejoren su salud sexual o tengan la seguridad y autoestima para decir que no a sus parejas, porque también es válido la abstinencia sexual, en caso la gestante no se siente cómoda o siente que el coito la daña física o psicológicamente.

CONCLUSIONES

- Se logró describir el comportamiento sexual en el embarazo, mujeres quechuahablantes que acudieron al C.S. Panao durante el 2023, cuyo IFSF en el embarazo fue no satisfactorio (18.9 ± 1.6).
- Se determinó que los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales impactan en el comportamiento sexual en la gestación, obteniéndose bajas puntuaciones principalmente en las frecuencias del deseo en el 79.1% y el orgasmo en 63.8% de las gestantes, en mujeres de 20 a 24 años (16.9 ± 1.8), solteras (9.1 ± 1.7) y sin instrucción (16.6 ± 1.2). Además, el 20.9% indicó no recibir ninguna información acerca sexualidad en la gestación, el 4.7% experimentaron estados bruscos de humor, 88.4% sintieron una disminución de su atractivo y 11.6% sintieron miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja, 37.2% no mantuvo comunicación sobre relaciones sexuales, 25.6% cree que puede dañar al feto a consecuencia del sexo, 23.3% considera una obligación complacer sexualmente a su pareja y 18.6% mantuvieron relaciones sexuales forzadas o sin desearlo con su pareja.
- El efecto del embarazo en la sexualidad, hace más susceptibles a disfunciones sexuales a las gestantes quechuahablantes que acudieron al C.S. Panao, ya que el índice obtenido se encuentra por debajo del promedio mundial y por debajo de los estudios obtenidos en países como Colombia y Chile, además, son más propensas a que en su vida cotidiana el sexo durante el embarazo sea un tema escasamente abordado, lleno de prejuicios, tabúes y presente un carácter machista muy marcado, con lo que muchas veces se normaliza la violencia sexual ejercida por la pareja, lo que enfatiza la importancia de una evaluación integral de la sexualidad en este grupo demográfico, con el objetivo de promover su bienestar sexual y empoderamiento para decidir sobre su sexualidad, este aspecto debería formar parte integral de su atención por los profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda promover la investigación en este tema para ampliar el conocimiento sobre el desarrollo de la función sexual y su impacto en la salud sexual de las mujeres, principalmente en mujeres quechuahablantes.
- Los obstetras, en su rol de atención integral de la salud de las mujeres, tienen la capacidad de diagnosticar y abordar eficazmente las disfunciones sexuales en las embarazadas. Se insta a no pasar por alto este tema entre sus pacientes.
- Es fundamental educar sobre las creencias equivocadas acerca de las relaciones sexuales en el embarazo, ya que estas desempeñan un papel crucial en el desarrollo de disfunciones sexuales en esta etapa.
- Se recomienda a las gestantes quechuahablantes brindar una oportunidad a las profesionales de la salud para que estas puedan brindarles información sobre su sexualidad, lo cual debe dejar de ser un tabú ya que el disfrute de ello no es únicamente para los varones, sino que debe ser mutuo y en ningún momento deben ceder a la presión o incluso agresión para realizar el coito, además, es fundamental que no se sientan disminuidas por su condición cultural ni por su idioma a la hora de exigir sus derechos y la atención adecuada al acudir a un centro de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.
2. Espitia F. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020; 85(5).
3. Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Barragán A, Martos Á, Simón M. Salud y cuidados durante el desarrollo [Internet]. España; 2020. [Consultado 10 de Mayo de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/2yfS70D>.
4. Molero F. La Sexualidad en el embarazo y puerperio [Internet].; 2014. [Consultado el 11 de Mayo de 2023]. Disponible en: <https://goo.su/eurlp>.
5. Bataglia V, Leguizamón L, González L, Velgara M. Sexualidad y embarazo: Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*. 2014; 47(1).
6. Organización de las Naciones Unidas. A casi la mitad de las mujeres se les niega el derecho a decidir sobre su cuerpo y sus relaciones sexuales.
7. Panea I, Domínguez A, Barragán V, Martos A, López F. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico.
8. Jung O, Jeong K. Factores que afectan la función sexual de las mujeres embarazadas. *Korea Journal of Women Health Nursing*. 2019; 25(1).
9. Maiellano B. Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020; 5(10).
- 10 Alizadeh S, Riazi H, Alavi H, Ozgoli G. Factores que afectan la variación en la actividad y respuesta sexual antes y durante el embarazo entre mujeres embarazadas en la ciudad de Rasht, norte de Irán. *Galen Medical Journal*. 2019; 8.
- 11 Sologuren G, Linares C, Flores J, Mejía C. Ejercicio de la sexualidad en gestantes de Tacna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020; 85(6).

- 12 Córdova G. Conducta sexual en mujeres embarazadas atendidas en los consultorios externos de obstetricia del Hospital Regional de Loreto. Tesis de Pregrado. Iquitos: Universidd Científica del Perú.
- 13 Fernández L. Comportamiento sexual en gestantes atendidas en el centro de Salud de Morro solar. Tesis de pregrado. Jaén: Universidad Nacional de Cajamarca.
- 14 Quiñones L. Conducta sexual durante el embarazo en puérperas atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Puente Piedra. Tesis de pregrado. Lima: Universidad San Martin de Porre.
- 15 Munares-García O. Prácticas sexuales en gestantes peruanas. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2019; 7(2).
- 16 Organización Panamericana de la Salud. Promoción salud sexual de la Recomendaciones para la acción. 2020.
- 17 Machado N. Amor y sexo en el matrimonio. 4th ed. Bogotá: San Pablo; 2002.
- 18 Torres J, Colino R. Relaciones Sexuales y Embarazo España: Barcelona; 2014.
- 19 Gómez S, Moreno M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. 2012; 33.
- 20 Gutiérrez L. Comportamiento sexual durante el embarazo, en mujeres usuarias de los centros de salud de la comuna de La Florida, Santiago. Tesis de maestría. Chile: Universidad de Chile; 2008.
- 21 Herrera C, Cerna M. Sexualidad y vida humana México-DF: Universidad Iberoamericana; 2006.
- 22 Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal España: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- 23 Santiago L, Frago S, Sáez S. Educación sexual España: Ministerio de Educación; 2009.
- 24 Ortiz E. La conducta sexual humana España: Lulu; 2016.

- 25 Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(21).
- 26 Vannier S, Rosen N. Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J Sex Med*. 2017; 14(3).
- 27 De Barbieri T. Del deber ser y el hacer de las mujeres: 2 estudios de caso en Argentina México: Colegio de México; 1983.
- 28 Masters W, Johnson V. Respuesta sexual humana. 1st ed. Buenos Aires: Inter-Médica; 1966.
- 29 Luisi V. Sexualidad, género y educación sexual. 17th ed.: Extramuros: revista de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación; 2018.
- 30 Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon R, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: A longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 295(4).
- 31 Blácido R. La situación del quechua en el Perú y su inclusión en el sistema educativo. [Online]. 2016. [Consultado el 8 de Junio de 2023]. Disponible en:
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/4743/BI%C3%A1cido_Ruth.pdf.
- 32 Rojas R. Empoderamiento de mujeres quechuahablantes e hispanohablantes líderes en organizaciones sociales de base en la Región Huancavelica. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú.
- 33 Casma J. Discriminados por hablar su idioma natal. Banco Mundial.
- 34 Chirinos A, Zegarra M. Educación indígena en el Perú. [Online].; 2019. [Consultado el 8 de Junio de 2023]. Disponible en:
http://www.opech.cl/educsuperior/alternativas/educacion_indigena_peru.pdf.
- 35 Defensoría del Pueblo. Mujeres indígenas sufren mayores violaciones a sus derechos humanos que las mujeres no indígenas. 2019.

- 36 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2010.
- 37 Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Nacional Sobre Relaciones Sociales. 2021.
- 38 Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2004; 62(2).
- 39 Academia Peruana de la Lengua. DiPerú. Diccionario de peruanismos. Lima: Compañía de Minas Buenaventura y Academia Peruana de la Lengua.
- 40 Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.
- 41 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw Hill Education; 2015.
- 42 Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global* [revista en Internet].12(32): 362–70.
- 43 Timana E. Sexualidad de las gestantes atendidas en el consultorio externo de obstetricia de la clínica Santa Bárbara de San Juan de Lurigancho - enero 2015. *Rev. Peru Obstet Enferm*. 11 (1) 2015.
- 44 Bello F, Olayemi O, Aimakhu C, Adekunle A. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* .2011:856-86.
- 45 Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
- 46 Alder E, Cook A, Davidson D, West C, Bancroft J. Hormones, mood and sexuality in lactating women. *Br J Psychiatry*.1986 Jan;148:74-9. doi: 10.1192/bjp.148.1.74. PMID: 3955323.
- 47 Pauleta J, Pereira N, Graca L. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*.7:136-42, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538>.

- 48 Tamayo M, Calderón V, Colunga S. Conductas sexuales durante el embarazo. *Psicología* 2003; 213-230.
- 49 Gómez J, Ortiz M, Gómez J. Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de sicología* 2011;27(2):447-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org>.
- 50 Zoraida F. Prevención y educación sexual para adolescentes con necesidades especiales menos significativas. Tesis Doctoral. Universidad Metropolitana; 2009.
- 51 Guarnizo M, Pardo M. El significado de la sexualidad durante la gestación. [Consultado el 12 de octubre de 2023]. *Avances en Enfermería*, 29(2), 294-306.
- 52 Alkaabi M, Alsenaidi L, Mirghani H. Women's knowledge and attitude towards pregnancy in a high-income developing country. *J Perinat Med*.43(4):445-8. DOI: <https://doi.org/10.1515/jpm-2013-0296>.
- 53 Bayrami R, Satarzadeh N, Ranjbar F. Sexual dysfunction of couples and some related factors during pregnancy. *Journal of reproduction and infertility*. 2008; 271-282.
- 54 Padilla D, Carmona E, Sarasúa I, Pérez M, López R. Una propuesta de educación afectiva sexual desde una perspectiva multidisciplinar. *Revista INFAD*.2007;1(1):205-220.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Cortez M. Comportamiento sexual de gestantes quechuahablantes que acuden al Centro de Salud Panao, 2023. [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024. [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Comportamiento sexual de gestantes quechuahablantes que acuden al Centro de Salud Panao, 2023”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
Problema general:	Objetivo General	Hipótesis	
¿Cómo es el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023?	Describir el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023		Variable Independiente: Comportamiento sexual de la gestante Variable Dependiente: Gestante quechuahablante
Problemas específicos	Objetivos Específicos		METODOLOGÍA
1.- ¿Cuál es el Índice de Función Sexual Femenina durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023?	1.- Determinar el Índice de Función Sexual Femenina durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023.	Hi: Los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales influyen en comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023.	1. Según la intervención del investigador. observacional 2. Según la planificación de la medición de la variable de estudio. prospectivo
2.- ¿Cuáles son los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que influyen en el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023?	2.- Determinar los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que influyen en el comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023.	Ho: Los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales no influyen en comportamiento sexual durante el embarazo, en gestantes quechuahablantes que acuden al C.S. Panao, 2023.	3. Según el número de mediciones de la variable de estudio. transversal. 4. Según el número de variables analíticas. descriptiva
			POBLACIÓN
			180 gestantes que acuden al C.S. Panao
			MUESTRA
			86 gestantes que acuden al C.S. Panao
			TÉCNICA
			Encuesta

ANEXO 2

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFS F)

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- a) Siempre o casi siempre
- b) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- c) A veces (alrededor de la mitad)
- d) Pocas veces (menos que la mitad)
- e) Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- a) Muy alto
- b) Alto
- c) Moderado
- d) Bajo
- e) Muy bajo o nada

La excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alta confianza
- c) Alta confianza
- d) Moderada confianza
- e) Baja confianza
- f) Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre la mantengo
- c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)

- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

ANEXO 3

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

ANEXO 4
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ENCUESTA DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE
GESTANTES

Código:

Fecha.../.../...

Factores Socioeconómicos

1. Edad:

2. Estado civil:

- ☐ Casada
- ☐ Soltera
- ☐ Conviviente
- ☐ Viuda
- ☐ Divorciada

2. Nivel educacional (Grado de Instrucción):

- ☐ Sin instrucción
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Técnica
- ☐ Superior

3. ¿Usted ha recibido de información sobre sexualidad o relaciones sexuales durante el embarazo?

- ☐ Sí, mucha
- ☐ Regular
- ☐ Ninguna

Factores Psicológicos

4. ¿Ha experimentado estados bruscos de humor, ánimo y/o estados depresivos? En caso la respuesta es "SI" indicar cuales.

- ☐ Sí _____
- ☐ No

5. ¿Siente que su atractivo ha disminuido por el embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Siente algún miedo o culpa por mantener relaciones sexuales con su pareja?

- ☐ Sí
- ☐ No

Factores Culturales

7. ¿A qué religión pertenece?

- ☐ Católica
- ☐ Evangélica
- ☐ Ninguna
- ☐ Otra :

8. ¿Cree usted que las relaciones sexuales pueden ser dañinas para el feto u ocasionarle un aborto?

- ☐ Sí
- ☐ No

9. ¿Ha tenido alguna comunicación sobre relaciones sexuales con su familia, amigos, vecinos o en la escuela?

- ☐ Mucha
- ☐ Poca
- ☐ Nula

10. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con su pareja sin desearlo o su pareja la forzó a tener relaciones sexuales?

- ☐ Sí
- ☐ No

11. ¿Considera que es una obligación complacer sexualmente a su pareja?

- ☐ Sí
- ☐ No

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR ENCUESTA

Yo....., Identificada con DNI N°, de
..... años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que
he recibido orientación, consejería e información acerca del objetivo de la
investigación, que es determinar el comportamiento sexual durante el
embarazo de mujeres que acuden al Centro de Salud Panao.
Por tanto, autorizo que se me realice la encuesta.

FECHA...../...../.....

FIRMA.....