



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE ACTIVIDAD
SEXUAL DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES
CON EMBARAZO NORMAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

ANA LUISA CORRALES PATISO
HEDDY MAYANIN VILLASEÑOR HERNANDEZ

SINODALES: MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ
MTRA. SELMA GONZALEZ SERRATOS
DIRECTORA: DRA. RUTH LETICIA GONZALEZ SERRATOS
LIC. ESP. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA
LIC. SOFIA RIVERA ARAGON

MEXICO, D. F.

1990

**TESIS CON
PALLA DE ORO**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	3
CAPITULO I	
ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL EMBARAZO	
1.1	GAMETOGENESIS 9
1.1.1	ESPERMATOGENESIS 9
1.1.2	OVOGENESIS 10
1.2	CICLO MENSTRUAL 13
1.3	LA CONCEPCION 16
1.4	LA GESTACION Y LOS CAMBIOS FISICOS EN LA MADRE 17
1.4.1	PRIMER TRIMESTRE 17
1.4.2	SEGUNDO TRIMESTRE 22
1.4.3	TERCER TRIMESTRE 25
CAPITULO II	
ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO	
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS 31
2.2	LA NOTICIA 32
2.3	SENTIMIENTOS A NIVEL PERSONAL Y SOBRE EL CUERPO 35
2.4	MATERNIDAD Y EMBARAZO COMO "CRISIS" DEL DESARROLLO 37
2.5	LA PAREJA 40
2.6	EL MÉDICO 44
2.7	RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO 48
2.8	CONTRAINDICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE ESTE PERIODO 54

CAPITULO

III

59

ESTUDIOS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

3.1	LOS PRIMEROS ESTUDIOS	59
3.2	HALLAZGOS, CONGRUENCIAS Y DISCREPANCIAS	65
3.2.1	ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	68
3.2.1.1	PROS Y CONTRAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LA GESTACION	69
3.2.1.2	HORMONAS Y RECEPTIVIDAD SEXUAL EN LA PRENEZ	70
3.2.1.3	POSTURAS Y TIPOS DE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LA GESTACION	77
3.3	PORQUE INVESTIGAR LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LA GESTACION	79

CAPITULO

IV

80

METODO

4.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	84
4.2	HIPOTESIS	84
4.3	VARIABLES	86
4.4	DISENO	87
4.5	MUESTRA	89
4.6	INSTRUMENTO	94
4.7	ANALISIS DE DATOS (RESULTADOS)	97

DISCUSION 129

BIBLIOGRAFIA 130

ANEXOS 137

INTRODUCCION.

INTRODUCCION

Como estudiosos del comportamiento del ser humano se debe considerar a la sexualidad como parte fundamental y determinante en la estructura de su personalidad. Por consiguiente, es importante tener como idea central que el individuo es un ser sexual desde el nacimiento hasta su muerte, siendo una característica inherente a él durante todo su ciclo vital.

Denota importancia considerar al embarazo como un evento relevante en la vida de una mujer y su entorno social. Se hace necesario entonces, profundizar en el estudio científico de la sexualidad humana y realizar investigación seria sobre la actividad sexual durante el embarazo en población mexicana, e indagar sobre la manera en que se modifica esta en el transcurso de la gestación, para dar pauta a que las mujeres y sus compañeros hagan conscientes y receptivas su relación en este período, contribuyendo así al incremento del grado de intimidad y satisfacción, tan necesarios en esta como en otras etapas de la vida.

Al concebir al ser humano como una entidad BIO-PSICO-SOCIAL, es primordial dar un panorama general de los aspectos biológicos que rodean este evento para su mayor comprensión, información tratada en el capítulo I.

Así mismo, en el capítulo II se contextualiza históricamente al embarazo a través de algunos antecedentes en esta y en otras culturas, ya que una adecuada interpretación de los fenómenos

actuales debe apoyarse en la revisión de los modelos preteritos.

La comprensión de los factores psico-sociales característicos de esta etapa, así como de los aspectos generales sobre sexualidad que rodean al embarazo, son expuestos ampliamente en el segundo capítulo del trabajo.

También se realizó una exhaustiva revisión de las investigaciones que miden la actividad sexual durante el embarazo y al mismo tiempo se incluyen una serie de estudios complementarios que se refieren a los problemas que podría ocasionar el ejercicio de la sexualidad durante la preñez; conclusiones que en los diversos tipos de investigación resultan contradictorios entre sí, es decir, los resultados discrepan entre autores y los métodos de aproximación difieren notablemente, pudiendo cuestionarse el rigor metodológico empleado en esos trabajos. Esta relatividad obliga a investigar con mayor profundidad, estructurando modelos propios que permitan entender el comportamiento, tomando en cuenta que este se manifiesta de distinta manera en cada sociedad. Por consiguiente la presente investigación tiene como objetivo el abordar empíricamente el estudio de la conducta sexual de la mujer mexicana durante la preñez, contrastando las tres fases de la gestación y contemplando los posibles aspectos que influyen sobre la actividad sexual en este periodo.

Para llevar a efecto este proyecto se realizó un profundo análisis estadístico por medio de varios programas adecuados al tratamiento y manejo de datos en ciencias sociales, que dieron la pauta para contestar las hipótesis formuladas e interpretar la extensa gama de resultados, que son expuestos para su mayor comprensión en

gráficas y cuadros

Finalmente dentro de la discusión se presentan concretamente y en comparación con estudios similares realizados, las conclusiones y aportaciones que el trabajo ofrece. Puede resumirse que la influencia que la preñez ejerce sobre la actividad sexual es evidente y el cambio se dirige hacia un decremento de la actividad sexual, comparado con los niveles pre-embarazo, lo que responde parcialmente la hipótesis planteada al inicio del presente.

Por consiguiente, el esfuerzo alcanzado constituye una aportación y sugerencia para que otros investigadores continúen trabajando con nuevos elementos la misma reflexión que se plantea en este trabajo respecto a el embarazo y la actividad sexual y ampliar el conocimiento sobre el mismo.

CD UNIVERSITARIA NOVIEMBRE, 1990.

ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL EMBARAZO.

CAPITULO I.

CAPÍTULO I.

ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL EMBARAZO.

Todos los mamíferos hembras, entre ellos la hembra humana, fueron dotados por la naturaleza con un equipo biológico que les hace posible engendrar, dentro de sí mismas a un nuevo ser. En efecto, en su interior se lleva a cabo un maravilloso acontecimiento que se inicia con la unión de dos células cuyo encuentro al parecer, obedece al azar, aunque posiblemente ocurra por una selección natural no explicada aún. Este delicado y complejo proceso requiere de un adecuado contexto para su comprensión, por lo que este capítulo pretende ubicar al embarazo bajo una perspectiva en la que se revisará los aspectos biológicos.

1.1 GAMETOGÉNESIS.

Las células germinales primitivas en el ser humano existen en el embrión desde el final de su tercera semana de desarrollo. Tanto la ovogénesis (en la mujer), en el curso de la cual se forman los ovulos maduros a partir de la primitiva ovogonia, como la espermatogénesis, (en el varón), que da lugar a la producción de espermatozoides, ambos presentan la característica biológica de división que es la base de la maduración (Pritchard, 1980 y Salas, 1974)

1.1.1 ESPERMATOGÉNESIS.

El término espermatogénesis se refiere al proceso mediante el cual las células primitivas espermatogoniales originan los espermatozoides (células germinales masculinas). En dicho proceso están implicados dos pasos diferentes: uno es el crecimiento y la multiplicación celular, y otro es la metamorfosis o espermiogénesis (descritos más adelante) (Ham, 1975; Hamilton, 1973)

Dentro del testículo en la zona más externa de las paredes de los tubulos seminíferos, una espermatogonia se somete a varias divisiones mitóticas; algunas de las células de cada generación empiezan a diferenciarse y otras se conservan como células madres. Las que empiezan a diferenciarse pronto son impulsadas lejos de la membrana basal; aquí cambian ligeramente y después de algunas divisiones más se transforman en células conocidas como espermatoцитos primarios. (Fig. 1.1)

Los cambios que ocurren en la zona siguiente de la pared de los tubulos, dependen de que los espermatoцитos primarios se sometan a una primera división reduccional o meiosis, que origina espermatoцитos secundarios, los que casi de inmediato se someten a otra división meiotica para convertirse en los que se denominan espermátides. Finalmente, en la zona mas interna de la pared del tubulo, las espermátides pasan por un proceso de metamorfosis, dando por resultado los gametos masculinos maduros (espermatozoides). Todo este proceso se denomina espermiogénesis (Ham, 1975; Fritchard, 1980; y Masters, Johnson y Koledny,

1997)

El espermatozoide maduro presenta una estructura infinitesimalmente menor al compararlo con el óvulo, y se compone, además del material genético contenido en la cabeza, que es el núcleo de esta célula, de material celular que conforma la pieza media y de una cola que le permite la movilidad.

A pesar de que todos los espermatozoides al separarse de los túbulos seminíferos presentan el aspecto correspondiente a la madurez, parecería ser que ésta aumenta aún más durante el recorrido por el epidídimo, en donde se almacenan y si en un lapso de 30 a 60 días no ocurre la eyaculación (Katchadourian, 1975), los espermatozoides degeneran y sus restos son absorbidos por la pared de los túbulos del epidídimo, siendo sustituidos por otros que están en constante producción (Katchadourian, 1975; Hamilton, 1973; Ham, 1973; Kitzinger, 1982; y Pritchard, 1980).

1.1.2 OVOGENESIS.

En el origen y desarrollo del óvulo, las células germinales femeninas, que emigran hacia el ovario y logran entrar en su estrona o armazón, se denominan ovogonias. Sin embargo, conforme prosigue el desarrollo prenatal del ovario, la mayor parte de las células mueren.

Hacia el final del tercer mes de la vida embrionaria, las ovogonias han empezado a transformarse en células más grandes, cada una de ellas se denomina ovocito primario (consideradas como ovocitos primarios primitivos por algunos autores, Hamilton,

1972). Poco después de que se desarrollan estos, están en la profase de su primera división meiótica, sin concluir, ya que permanecen en reposo para madurar sólo después de la pubertad en los folículos del ovario.

En la pubertad, bajo estimulación hormonal, continúa la maduración del ovocito primario, que ha alcanzado algo más de su diámetro original, apareciendo alrededor del mismo una membrana gruesa que se tinte con intensidad. llamada zona pelúcida (Han, 1975).

El ovocito completa su primera división meiótica que, como se mencionó, se inició antes del nacimiento, durante la etapa final del desarrollo folicular que va de folículo primordial a folículo de DeGraff. La consecuencia es la formación de dos células hijas, cada una con 23 cromosomas pero de tamaño muy desigual. Una recibe casi todo el citoplasma de la célula madre para convertirse en un ovocito secundario. La otra, recibe apenas parte de él y constituye el primer corpúsculo polar (Han, 1975).

A continuación tiene lugar el inicio de una segunda división meiótica en el ovocito secundario, y se completa hasta que ocurre la fertilización, lo que suele suceder cuando el ovocito se desplaza a través de la trompa de Falopio. (Ver. Fig. 11) (Han, 1975; Katchadourian, 1975; Pritchard 1960).

El huevo u óvulo es una célula esférica que además del material genético (cromosomas), está compuesto de gotas de lípidos, sustancias proteicas y líquido nutritivo.

Desde la menarca o primera menstruación hasta la menopausia o

GAMETOGENESIS

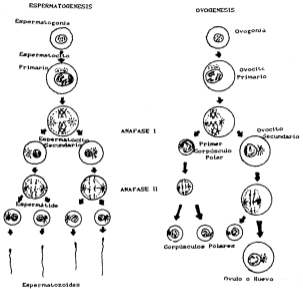


FIG. 1. IZQUIERDA: PROCESO DE LA ESPERMATOGENESIS QUE DA LUGAR A LA FORMACION DE 4 ESPERMATOZOIDES. DERECHA: OVOGENESIS QUE DA LUGAR A LA FORMACION DE 1 HUEVO Y 3 CORPUSCULOS POLARES. (FRITTSCHARDJANO)

cesamiento de la misma pueden iniciar su maduración hasta 4 mil ovocitos. Todos los meses comienzan a madurar entre 100 y 150 ovocitos, pero habitualmente solo uno alcanza la madurez completa al ser fertilizado. Aproximadamente son 400 óvulos los indispensables durante la vida reproductiva de una mujer (Katchadourian, 1975; Kitzinger, 1982).

1.2 CICLO MENSTRUAL.

La menstruación es una descarga periódica y fisiológica de sangre, moco y residuos celulares a partir de la mucosa uterina. La duración del ciclo menstrual es en la hembra humana de 28 días aproximadamente y se presenta desde la pubertad hasta la menopausia, excepto durante el periodo de embarazo (Katchadourian, 1975; Fritschard, 1980).

Las variaciones cíclicas del ovario, dependen principalmente del control ejercido por las hormonas producidas por el lóbulo anterior de la hipófisis (Hamilton, 1973).

El ciclo menstrual puede dividirse en fases: la primera, llamada proliferativa o preovulatoria tiene una duración de 14 días (en un ciclo de 28 días). En esta fase la hipófisis secreta la hormona estimulante del folículo (HEF), que incrementa la producción de estrógenos ováricos, los cuales causan el crecimiento o reconstrucción del endometrio (capa mucosa que reviste a la cavidad uterina), que se desprende en la menstruación anterior. Así mismo, la HEF estimula la maduración de uno de los folículos ováricos. Los estrógenos por su parte,

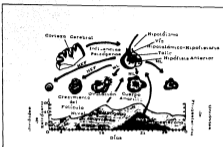


FIG. 1.1 LA OVULACIÓN DURANTE EL CICLO MENSTRUAL
KATCHADOURIAN 1975 .

además de estimular el crecimiento de la superficie glandular del endometrio, fomentan la productividad y el tamaño de las glándulas mucosas del cuello del útero. Debido a la estimulación estrogénica, el moco cervical se torna abundante, delgado y viscoso. Tiene un pH alcalino y contiene elementos nutritivos, características todas estas, que son utilizadas por los espermatozoides en su recorrido hacia la trompa de falopio. (Katchadourian, 1975)

Durante la ovulación, la siguiente fase, que ocurre alrededor de los 14 días antes de la menstruación, el folículo estalla en respuesta a la mayor producción hipofisaria de hormona luteinizante (LH) (Ver fig. 1.2) y por la cantidad de líquido

que aumenta dentro del folículo en maduración durante la fase proliferativa. Al romperse el folículo, espulsa al óvulo hacia la trompa de falopio.

Posteriormente, en la fase secretora o post-ovulatoria, periodo siguiente a la ovulación, se incrementa la producción de HL por parte de la hipófisis al recibir el estímulo de mayores niveles de estrógenos en la corriente sanguínea. La HL viaja por el torrente circulatorio al folículo ovárico roto y estimula a las células restantes para que se desarrollen en una estructura glandular, denominada cuerpo amarillo, la cual produce progesterona y algún estrógeno. Bajo la influencia combinada de estas hormonas, las glándulas del endometrio desarrolladas en la fase proliferativa, se vuelven funcionales y producen un líquido nutritivo (alrededor del decimooctavo día), siendo en este momento cuando el óvulo cae dentro de la cavidad uterina.

La progesterona inhibe el flujo del moco cervical, que ocurre durante la ovulación, y disminuye el grosor del epitelio vaginal.

Al no presentarse la fecundación, la hipófisis responde ante altos niveles de estrógeno y progesterona y suspende la producción de HGF y HL privando al cuerpo amarillo de la estimulación química y con esto de la capacidad para seguir produciendo las hormonas ováricas (Katchadourian, 1973).

Como fase final del ciclo, tiene lugar el desprendimiento del endometrio a través del cuello del útero y la vagina, suceso conocido como menstruación, desencadenado al parecer, por el descenso en el nivel de estrógenos al final del ciclo (Katchadourian, 1973).

1.3 LA CONCEPCION.

Una vez encontrándose el óvulo en las trompas de falopio los cilios, filamentos vibrátiles que revisten el interior de la trompa, lo impulsan hacia el útero. Si tiene lugar la fecundación ésta suele producirse en el tercio distal de las trompas de falopio (Katchadourian, 1973).

Aun cuando en el momento inicial de la eyaculación hay más de 200 millones de espermatozoides sólo unos miles llegan hasta las trompas de falopio y en el lapso de 60 a 90 minutos, únicamente cerca de 200 alcanzan las proximidades del óvulo. Este difícil desplazamiento es el método que tiene la naturaleza para asegurarse de que sólo los espermatozoides más saludables tengan probabilidad de fecundar al óvulo (Masters, Johnson y Kolodny, 1967).

Al momento en que los espermatozoides se encuentran apiñados en torno al óvulo segregan una sustancia química que disuelve la zona pelúcida, lo que facilitará el acceso del espermatozoide. El óvulo no se limita a un papel de receptor pasivo sino que envuelve al espermatozoide extendiendo unas vellosidades blandas y diminutas llamadas microvilli. Posteriormente se genera un bloqueo eléctrico de corta duración a lo que sigue la formación de una capa externa protéica, impidiendo la entrada de otros espermatozoides y de todo elemento externo. A continuación, el óvulo lleva al espermatozoide a su interior y hace que coincidan los núcleos uniéndose por primera vez las unidades de información

genética de los padres (Kitzinger, 1982; Pritchard 1980; Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

La fecundación, que marca el inicio de la fase embrionaria, origina una célula denominada cigoto que contiene 46 cromosomas con la información genética, y después de 30 horas, acontecen varias divisiones que dan lugar a la formación de un cúmulo de células llamado, mórula, que desciende por la trompa de falopio en los próximos 3 o 4 días después de la fecundación, y penetra en la cavidad uterina. La acumulación gradual del líquido en el interior de la mórula, da lugar a la formación del blastocito.

Posteriormente desaparece la zona pelúcida y el blastocito se adhiere a la superficie endometrial, por lo general, en la parte superior de la pared dorsal del útero, en donde sigue desarrollándose y recibiendo oxígeno y alimento a través de las secreciones del revestimiento del útero. La implantación culmina de 5 a 9 días después de la concepción y no es acompañado por ningún síntoma físico perceptible por la mujer, de modo que resulta imposible determinar con exactitud el momento en que acontece (Katchadourian, 1978; Masters, Johnson y Kolodny, 1987 y Pritchard, 1980).

1.4 LA GESTACION Y LOS CAMBIOS FISICOS EN LA MADRE.

1.4.1 PRIMER TRIMESTRE.

El embarazo conlleva a dos tipos de procesos, por un lado los cambios físicos en la madre y el desarrollo del producto; y por otro, los cambios psicológicos. Sin embargo, lo común que el

estado físico y mental de la gestante fluctúa, haciendo de cada embarazo una experiencia diferente (Matern, Johnson y Kolodny, 1987).

Desde el punto de vista biológico, el embarazo sigue un desarrollo cuya duración es por término medio de 368 días (38 semanas aproximadamente) a partir de la ovulación o de 290 días (40 semanas aproximadamente) desde el primer día del último ciclo menstrual. Para su estudio puede dividirse en periodos de 3 meses = trimestres = siguiendo la práctica obstétrica tradicional, lo cual facilita la descripción de los cambios adaptativos de este periodo, considerables tanto en número como en grado (Katchadourian, 1975 y Fritchard, 1989).

Encontrándose el blastocito fijo en la pared uterina (tercera semana), se inicia tanto en el producto como en la madre, una serie de cambios físicos indicativos de la preñez, observables por la gestante y/o el médico. Al principio del primer trimestre puede presentarse un sabor metálico en la boca debido a las alteraciones en la función de la vesícula biliar y casi invariablemente acontece el cesamiento de la menstruación, ya que en una mujer que tiene vida sexual activa con menstruaciones cíclicas y predecibles, en edad fértil, la suspensión brusca de este periodo sugiere en gran proporción un embarazo (Kitlinger, 1982; Katchadourian, 1975 y Fritchard, 1989).

No obstante, la ausencia de la menstruación no constituye una indicación segura del embarazo. Algunas mujeres suelen confundir, la menstruación con un leve flujo sanguinolento llamado sangre de implantación, que es la respuesta fisiológica a la implantación y

la formación de nuevos vasos sanguíneos (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982 y Pritchard, 1980).

Otras mujeres, pueden presentar un sangrado cíclico durante el embarazo en cantidades menores y de breve duración, aunque puede constituir un signo temprano de aborto, suele presentarse en un 20% sin presentar peligro; sin embargo, es dudosa la autenticidad de estos casos (Katchadourian, 1975 y Pritchard, 1980).

Otro síntoma ocurrido en las primeras semanas, es el crecimiento e hipersensibilidad mamaria. La mujer nota una mayor sensibilidad y hormigueos en sus senos. Aunque este es un síntoma normal, en algunos casos puede llegar a experimentarse un dolor agudo.

Las mamas aumentan de tamaño y se hacen visibles las delicadas venas debajo de la piel, que se harán más prominentes a raíz del incremento de provisión sanguínea (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1982; Katchadourian, 1975 y Pritchard, 1980).

Los cambios de los pezones y areolas son más característicos en esta fase. La areola aumenta de tamaño y de pigmentación y aparecen pequeños nódulos en torno a los pezones llamados tubérculos de Montgomery, que van creciendo conforme aumentan de tamaño los senos y cuya función es el almacenamiento de grasa (Kitzinger, 1978 y Pritchard, 1980).

Muchas mujeres experimentan la llamada enfermedad de la mañana durante las primeras semanas. Se caracteriza por náuseas al despertar con o sin vómitos que pueden darse a cualquier hora del día, a estos síntomas se une una aversión a la comida u olor de ciertos alimentos o sustancias. Transitorios que son, caudales.

ordinariamente por las alteraciones del sistema digestivo. Una teoría sostiene que el alto nivel de estrógenos en el cuerpo tiende a acumularse en las células del estómago, irritándolo y provocando acidez. Otra causa de este malestar puede ser la rápida expansión del útero. Este molesto sistema suele desaparecer en forma espontánea en la 12a. semana aproximadamente, y su prolongación, trastorno llamado hiperemesis, puede traer graves consecuencias, pues la intensidad de los vómitos y náuseas requieren de hospitalización para su tratamiento (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1978; Katchadourian, 1973 y Fritchard, 1980; Masters, Johnson y Kolodny, 1967).

Las náuseas son más frecuentes de lo habitual, hecho relacionado con la presión que ejerce el útero agrandado sobre la vejiga, lo que también es debido al aumento de progesterona, la cual afecta las glándulas suprarrenales, que cambian el equilibrio de agua del cuerpo reteniendo más líquido. Este síntoma continúa durante los primeros meses y desaparece de manera gradual a medida que el útero asciende en el abdomen, sin embargo, la retención de líquido persiste (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1978 y 1982 y Fritchard, 1980).

La fácil fatigabilidad y el sueño son manifestaciones concomitantes tan frecuentes en esta primera etapa que proporcionan otra clave diagnóstica valiosa, considerándose un síntoma de preñez. Estas sensaciones son debidas a los enormes cambios metabólicos a los que el cuerpo se tiene que ajustar; y

conforme el organismo se adapta a éstos, tanto la fatiga como el sueño tenderán a disminuir al término del primer trimestre.

Los tres primeros meses se caracterizan también, por la presencia de mareos y desmayos, una menor moldeabilidad del cabello, reblandecimiento de las encías y aumento en la pigmentación de la piel; cambios debidos al alto nivel de hormonas (Kitzinger, 1982).

El agrandamiento del útero durante el embarazo implica un desarrollo exagerado de las células musculares que durante los primeros meses del embarazo son estimuladas por los estrógenos y quizá por la progesterona. El útero crece a medida que avanza el embarazo en forma regular. La vagina es afectada por el aumento de vascularización y la acumulación de sangre, que son posiblemente la causa del característico color violeta azulado que toma durante el embarazo. (Fritchard, 1980; Salvat, 1974).

Así mismo, al término de este periodo, la tiroides aumenta de tamaño y su agrandamiento prominente en el cuello, se debe al crecimiento del tejido glandular y a la vascularización aumentada (Katchadourian, 1975; Fritchard, 1980; Salvat, 1974).

A pesar de los cambios físicos mencionados, el diagnóstico del embarazo no es fácil. Éste se basa en síntomas subjetivos, signos observados en un examen físico y estudios de gabinete que indiquen que el útero está ocupado por un producto (Katchadourian, 1975; Fritchard, 1980; Salvat, 1974).

Entre los signos observados para diagnosticar la preñez se incluyen el cesamiento de la menstruación, los cambios del útero y las mamas y el aumento de la pigmentación de la piel.

Como síntomas principales figuran las náuseas con o sin vómito, trastornos emocionales y fatiga; desconocidos estos síntomas presuncionales de embarazo.

Cabe mencionar que hay mujeres que reportan algunos o todos los síntomas subjetivos del embarazo, sin estar realmente en estado grávido, lo que se conoce como embarazo espurio, pseudociestis o falso embarazo (Fritchard, 1980), por lo que se hace imprescindible el corroborar la presencia del producto de la concepción dentro del útero.

1.4.2 SEGUNDO TRIMESTRE.

Aunque el producto puede desarrollarse dentro del vientre materno, sin ser estos cambios conscientes para la madre, este crecimiento afecta todo su cuerpo y a cada uno de sus sistemas (Kitzinger, 1982).

A partir de esta etapa, el útero crece en forma apreciable y regular, y después del tercer mes, el aumento de su tamaño es en parte mecánico debido al efecto de la presión ejercida por el producto de la concepción, que provoca la expansión del útero, aumentando en peso veinte veces más que en estado no grávido; antes de la vigésima semana de gestación a esta altura del desarrollo fetal los movimientos del producto son notorios y fuertes (Colectivo del Libro de la Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1982; Fritchard, 1980).

El volumen sanguíneo se incrementa llegando a ser de 45% más que en estado no grávido. El aumento en la producción es resultado de

La mayor generación de plasma en la médula ósea, lo que significa una alta demanda de hierro (Katchadourian, 1975; Fritchard, 1990)

La retención aumentada de líquidos es producida por el incremento en la presión venosa que a su vez resulta del ascenso en el volumen sanguíneo materno, y por otro lado del tamaño uterino y de las venas, por lo que ocurre, igualmente, un aumento de peso en general (Fritchard, 1990).

Debido a que el diafragma se eleva en forma progresiva durante el embarazo, el corazón se desplaza hacia arriba a la izquierda y se aprecia un aumento en su tamaño; por consiguiente, el gasto cardíaco se incrementa en un 20%. Estos cambios son influidos por el tamaño y la posición del útero, la potencia de los músculos abdominales y las configuraciones del abdomen y tórax (Katchadourian, 1975; Fritchard, 1990).

Por otro lado, en algunas mujeres, la línea media de la pie abdominal o la línea del ombligo al pubis, se pigmenta, tomando un color pardo negrozco que constituye la línea nigra. Ocasionalmente aparecen manchas oscuras en la cara y el cuello que se llaman cloasmas. Estas manchas de contornos irregulares y de color amarillo oscuro, suelen desaparecer después del embarazo, lo que sucede de igual manera con la línea nigra y la pigmentación de los pezones y areolas. La naturaleza de estas alteraciones pigmentarias, probablemente sea por una elevación notable de la hormona estimulante de los melanocitos y al efecto estimulador de los estrógenos y progesterona sobre estos (Colectivo del Libro de Salud de Las Mujeres de Boston, 1992,

Kitzinger, 1982; Pritchard, 1980; Saival, 1974).

Hacia la mitad del embarazo, los pechos son más grandes y pesados y estructuralmente están preparados para el amamantamiento iniciándose la producción de colostro. El crecimiento y desarrollo de aparato secretor de leche de la glándula mamaria se realiza a través de un complejo mecanismo de estimulación hormonal en donde aparte de la prolactina, actúan otras hormonas (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Pritchard, 1980).

Con el avance del embarazo, el agrandamiento del útero presiona a todos los órganos del cuerpo. La pared abdominal es empujada hacia adelante posibilitando la salida visible del ombligo y la aparición de estrías rojizas por el estiramiento de la piel y ruptura de la dermis.

Existe también una defecación irregular o estreñimiento que puede estar influenciado por las grandes cantidades de progesterona que son proporcionadas por la placenta produciendo un relajamiento, en el intestino y por la compresión del útero al mismo (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1982; Pritchard, 1980).

Hay un incremento de flujo vaginal, caracterizado por una exudación blanca y espesa con un pH ácido, que desempeña probablemente una función de control de bacterias patógenas en la vagina (Katchadourian, 1975; Pritchard, 1980).

Por otra parte, aparecen las varices, atribuidas a la presión que ejerce el útero en este estado, sobre las venas de la pelvis, lo que produce una deficiente circulación de la sangre a las

piernas provocando dicho trastorno (Kitzinger, 1982; Pritchard, 1980).

El aumento del volumen abdominal, tiene otras consecuencias tales como la manifestación de regurgitaciones del fluido ácido y los ardores epigástricos (Colectivo del Libro de Salud de la Mujeres de Boston, 1982; Pritchard, 1980).

Por otro lado, la acción de las hormonas liberadas con el fin de ablandar la vagina y el cérvix, produce que las mucosas nasales se pongan lamefactas, propiciando la congestión nasal; lo que puede dificultar la respiración (Kitzinger, 1982).

Hacia el final del segundo trimestre, debido a la distensión del músculo uterino, las mujeres experimentan, en la parte baja del vientre unas punzadas que indican la aparición de las contracciones de ensayo llamadas de Braxton Hicks, las cuales se presentan esporádicamente. El útero aumenta hasta la parte superior del ombligo, y los calambres en las piernas son frecuentes, al igual que la micción, que además, se torna más escasa (Kitzinger, 1982; Pritchard, 1980).

1.4.3 TERCER TRIMESTRE.

Durante el tercer trimestre , aproximadamente durante la semana 27, que equivale al séptimo mes de embarazo, el aumento de peso es regular, siendo en promedio de 4,600 grs, al igual que en el trimestre anterior, aunque la variabilidad en los últimos tres meses es más acentuada (Chesley, citado en Pritchard, 1980).

A menudo los cambios hormonales de la preñez influyen en el

incremento del apetito de la gestante lo que hace que, al término de esta, la madre aumente de 9 a 10 kilos, considerados como ideales por los médicos y que se conforman por el peso del feto, la placenta y membranas, el líquido amniótico y el útero, de tal modo que este último y su contenido represente más de la mitad del incremento total de peso; el peso restante se debe al aumento en las mamas, el volumen hemático y a la retención de líquidos (Kitzinger, 1979 y 1982; Katchadourian, 1975 y Fritthard, 1980).

En las semanas siguientes, las mamas se preparan para transformar al calostro en leche madura para la lactación y es posible que ocurra el brote espontáneo del calostro (Kitzinger, 1982; Fritthard, 1980).

También se experimenta la sensación de presión sobre los órganos del cuerpo; principalmente en el diafragma, que sufre un empuje hacia arriba propiciando los ardores, la indigestión y la acidez que se agudizan y suponen problemas para la mujer, sobre todo en posición horizontal (Colectivo del Libro de Salud de Las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1979, 1982; Masters, Johnson y Kenedy 1967; Fritthard, 1980). Así mismo, el estreñimiento se hace un tanto más frecuente durante esta fase (Kitzinger, 1982).

Mas adelante, ante cualquier esfuerzo se hace evidente la dificultad en la respiración debido a que los pulmones han sido presionados por el útero y su volumen de aire circulante ha aumentado a más del 80% de su capacidad que en estado no grávido. (Kitzinger, 1982; Fritthard, 1980). También son comunes los

dolores de espalda, debidos a la relajación de los ligamentos y músculos que soportan las articulaciones de la región lumbar y al peso abdominal, la inclinación del útero hacia adelante, altera el centro de gravedad de la embarazada y en ocasiones tiende a curvar con los hombros hacia atrás y el pecho abombado, postura común en los últimos tres meses, que puede acarrear dolor de cabeza.

Hacia el final del embarazo, el nervio ciático, localizado en la parte superior de las piernas llega a ser presionado lo que puede ser doloroso (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1982; Masters, Johnson y Kolodny, 1979; Fritchard, 1980).

En las últimas semanas antes del parto en primíparas y unas horas antes de la labor en multíparas, el producto se orienta conjugando su diámetro mayor (occipitofrontal) con el diámetro de la pelvis; se aboca permaneciendo libre, preparándose para realizar todos los movimientos que le permitan el encajamiento, que consiste en el descenso de la cabeza del bebé en la pelvis; evento que facilita nuevamente la respiración, pues cesa la presión del diafragma. Sin embargo, este mismo hecho incrementa aún más la frecuencia de la micción debido a que toda la base de la vejiga es empujada hacia adelante y hacia arriba convirtiéndose su superficie de cóncava a cóncava (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Kitzinger, 1982; Masters, Johnson y Kolodny, 1979; Fritchard, 1980).

Posteriormente, los movimientos fetales van disminuyendo, apreciándose solamente los correspondientes a los miembros

inferiores del producto y por estas mismas fechas aparece una sensación de hormigueo en la vagina cuando el producto presiona contra los músculos del suelo pélvico (Kitzinger, 1982).

En las últimas semanas de la gestación, aumentan las contracciones del útero conocidas como de Braxton Hicks, e incluso pueden aparecer cada 10 a 20 minutos y adquirir cierto ritmo. Estas contracciones pueden, en esta fase, producir molestias y determinar el denominado falso parto, aunque en sí son episodios breves e indolorosos de tirantes muscular que nada tienen que ver con las contracciones del parto. Finalmente el cérvix ha madurado y está listo para actuar durante el parto (Kitzinger, 1982; Masters, Johnson y Kolodny, 1967; Pritchard, 1980).

Una vez contextualizado al embarazo bajo la perspectiva biológica para una comprensión integral de esta etapa, se hace necesario contemplar elementos psicológicos, sociales e históricos que rodean a la preñea.

ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

CAPITULO II.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO.

Como la sexualidad ocupa un lugar importante en la mayoría de las relaciones, particularmente en las que dan lugar a un embarazo y a la formación de una familia, es sumamente importante poseer un conocimiento profundo y científico en esta área (Perkins, 1984).

Parte de la confusión sobre la conducta sexual deriva de nuestra incapacidad y falta de disposición para considerar los temas sexuales dentro de un contexto histórico y transcultural.

A través de los tiempos, el comportamiento sexual de la humanidad ha estado sujeto a la historia de cada sociedad, así las actitudes de los individuos y de los grupos son el resultado de su ubicación particular en la cultura, y por tanto están modificándose constantemente.

Cada cultura posee sus propios patrones de conducta sexual, y los modelos actuales en la sociedad mexicana provienen de una historia compleja y difícil de discernir con toda claridad, sin embargo, su revisión contribuye a conocer datos específicos que fundamentan su presente y su realidad al respecto (CONAPO, 1982).

El embarazo no está exento de dicha influencia cultural, y aunque se ha visto como un episodio normal de la vida procreativa femenina, se le han asignado características idealistas y se ha rodeado generalmente de ideas mágicas, mitos y prejuicios (Langer, 1984).

Por muchos años, los mitos, miedos y enseñanzas religiosas y

sociales alrededor de la sexualidad durante el embarazo se han perpetuado, formando una atmósfera de misterio e ignorancia de la conducta sexual maternal (Weitzman, 1976, citado en White, 1982).

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.

Debido a que la mayoría de los actos sexuales no tienen como resultado la concepción, tal vez no sea sorprendente que los pueblos primitivos tuvieran una variedad de creencias acerca del origen de la vida. En épocas muy remotas, probablemente no se conocía en absoluto, la relación entre el acceso sexual y la concepción. Aún cuando se estableciera una cierta relación, con frecuencia era vaga. Algunos pueblos creían que el acceso sexual era necesario para preparar el camino a fin de que el espíritu del niño penetrara en el vientre de la madre. Los Trobrianderos, tribu de Pacífico del Sur, así como los Aruntas, creían que el acceso sexual era meramente una fuente de placer sin relación con el embarazo (Katchadourian, 1973).

Otros creían que en el momento de la concepción, un ángel traía pequeños trozos de tierra que habían de convertirse en el cuerpo del niño y que éste se hallaría toda su vida relacionado con la tierra de que estaba hecho. Gradualmente se llegó al conocimiento de que la concepción es consecuencia de un solo evento, el coito, y no de toda una serie de sucesos que se abocan finalmente al nacimiento de un niño.

Los Jibaros, al igual que los Indios Hopi y otras tribus, creían

que cada nuevo niño era la encarnación de un miembro muerto de la Tribu (Katchadourian, 1975. The Boston Children's Medical Center, 1973)

Así mismo, los jíbaros, tribu de la región del Amazonas, consideraban que las mujeres eran particularmente fértiles durante la fase de Luna Nueva, reflejando tal vez una asociación con el ciclo menstrual. Los Hopi, Los Masai del África y Los Maories de Nueva Zelanda, entre otros, han asociado la probabilidad del embarazo con ciertas fases del ciclo menstrual y han creído que el intervalo de máxima fertilidad era inmediatamente posterior a la terminación de este periodo.

Casi en todas las sociedades que reconocen la relación entre el coito y el embarazo, han habido al menos, circunstancias ocasionales en que se han supuesto explicaciones alternativas de la concepción.

Algunas tribus como los Kivai de Nueva Guinea y los Baiga de la India, creían que la mujer podía embarazarse a partir de algo que había comido contaminado de semen que luego halló su camino hacia el útero.

Muchas tribus suponían que el feto se desarrollaba de una combinación del semen masculino y de sangre menstrual (Katchadourian, 1975).

Hoy en día existen pueblos que creen que una vez que aparecen los primeros indicios del comienzo del embarazo, la pareja expectante debe realizar un intenso trabajo, pues el sexo se considera ahora un trabajo donde antes se le consideraba como un juego, para formar al niño. Otros pueblos creen que tan pronto como la madre

advierde que se encuentra embarazada, debe prohibirse toda relación sexual (The Boston Children's Medical Center, 1973).

Desde luego, actualmente no se conoce aun todo lo que se podía saber sobre estas cuestiones, pero se sabe más, incluso se puede recurrir a estudios sistemáticos para predecir la época en que nacerá el producto.

Actualmente se relaciona el deseo por el intercambio sexual durante el embarazo con aspectos tales como los temperamentos particulares de la madre y del padre expectantes, el bienestar y la higiene y no solamente con la culminación del acto de la concepción, experiencia fuertemente influida por la conducta humana, características individuales y de grupo.

Algunas de las antiguas creencias concebidas en la ignorancia filodéfica, se resisten a desaparecer y pueden surgir nuevas (The Boston Children's Medical Center, 1973; Bing, 1977; Perkins, 1982).

2.2 LA NOTICIA

El diagnóstico del embarazo se experimentado con ambivalencia ya sea con miedo o con alegría como cualquier cambio nuevo e importante. Al inicio los cambios son inevitables, permanentes y progresivos, la experiencia del embarazo y la espera del nuevo ser llegan a ser parte de la realidad psíquica individual. Por ejemplo, si en embarazos anteriores ha ocurrido un aborto espontáneo o inducido, la mujer puede temer estar en peligro; al mismo tiempo, si en el pasado la gestante ha tenido un parto prematuro

y el producto murió, ella puede recibir estos sentimientos y pensar que el hijo que espera también va a perderse, o bien sentir culpa y verse como una mala madre¹.

1

En la antigüedad, en la sociedad azteca, la noticia del embarazo producía grandes regocijos y era motivo para que los ancianos de la familia y los padres de la pareja disgregaran en torno a la trascendencia y a las implicaciones que este hecho traía consigo. Agradecían a los Dioses el haber introducido en su cuerpo, una piedra preciosa y una pluma fina; porque ya está preñada la escuela. (CONAPO, 1982)

La futura madre quedaba bajo las atenciones de una comadrona llamada Tictli, a cuyo cargo estaban todas las enseñanzas y recomendaciones para el cuidado del embarazo (CONAPO, 1982).

Por lo común, en la actualidad, el hecho de quedar embarazada llena de gozo a la mujer y satisface sus más íntimos anhelos. Sin embargo, aunque la noticia puede ser una experiencia que causa dicha en quienes abrigan el deseo del advenimiento de un hijo, también puede ser fuente de angustia, miedo o culpa de la consecuencia no deseada del acto sexual, o ser noticia ambivalente para quienes deseaban tener un hijo pero no en ese momento. (Klüfginger, 1978)

¹ El auto-concebirse como mala madre es debido a la extendida creencia de que la primordial función de la mujer es la procreación.

2.3 SENTIMIENTOS A NIVEL PERSONAL Y SOBRE EL CUERPO.

Se entiende que el embarazo y el nacimiento no son fundamentalmente condiciones médicas sino parte de la experiencia psicosexual de la mujer, quien empieza a descubrir las relaciones existentes entre los distintos aspectos de la propia sexualidad y se logra una nueva comprensión ya que se mantiene contacto con el propio cuerpo y las propias sensaciones (Kitzinger, 1978).

Las mujeres que no desean embarazarse quizá se sienten comprometidas. Sin embargo, muchas sienten un extraño placer al saber que su fertilidad sobrepasa sus deseos conscientes. (Stoppard, 1980; Katchadourian, 1975; Kitzinger, 1978 y 1982; Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Es importante tener en cuenta que no solo los factores biológicos determinan los modelos de conducta sexual durante el embarazo. La actitud de la mujer ante la maternidad, la calidad o ausencia del matrimonio, el nivel cultural y sus expectativas y otras condiciones individuales, ejercen indudablemente influencia sobre los modelos de conducta (Kolodny 1982)

En general, puede decirse que las reacciones son un reflejo de una pluralidad de factores como pueden ser: la edad, el estado civil,

la etapa por la que está pasando la relación de pareja, los recursos económicos, los objetivos profesionales, la escala de valores personales y las expectativas de maternidad. Pero sobre todo, la reacción depende de si buscaba o no quedar embarazada y de su sentimiento de autoestima (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Algunas mujeres se sienten más atractivas embarazadas, pues son descritas por otros como "radiantes", "maravillosas" (Masters, Johnson, 1966).

El estudio realizado por Reamy en 1982, muestra que en su mayoría, al estar embarazadas, causó en muchas mujeres sentimientos de alegría o de ambivalencia. Sin embargo, es innegable que la actitud y las motivaciones de una pareja repercuten en su relación al tener conocimientos del embarazo (Master, Johnson y Kolodny, 1987).

En cuanto a los sentimientos sobre el cuerpo la mujer empieza a sentirse en mala forma física.

La labilidad emocional es frecuente y la depresión es común, especialmente en el primer trimestre. Esto puede ocurrir normalmente, sin embargo, a veces se experimenta culpa o ambivalencia (Redelson, 1973).

Es decir, algunas mujeres se sienten muy vulnerables emocionalmente y no pueden evitar el llanto ante las dificultades; sin embargo, estos cambios emocionales son perfectamente normales.

El embarazo es un período psicológicamente complejo y emocionalmente lleno de tensión en la vida de una mujer y su familia, y frecuentemente representa una etapa de crisis que puede afectar los lazos sexuales y maritales (Perkins, 1982; Reamy, 1982).

Durante esta época, son vividos sentimientos de pérdida de intimidad y se deben a que repentinamente parecen haberse hecho públicas las relaciones más íntimas con el compañero y además a las exploraciones físicas y a los consejos que cualquiera se cree

con derecho a dar (Kitzinger, 1992)

2.4 MATERNIDAD Y EMBARAZO COMO 'CRISIS' DEL DESARROLLO.

La transición psico-social de la paternidad ha sido frecuentemente descrita como una crisis del desarrollo (Anderson, 1994; Biering, 1961; Colman y Colman, 1971; Madelson, 1973, citados en Reamy, 1987). Las demandas del nuevo integrante, los roles, las responsabilidades y la necesidad de integrarlo dentro de las actividades diarias pueden crear ansiedad y frustración a los nuevos padres (Smith, 1978; White y Reamy, 1992; citados en Reamy 1987).

Los sentimientos y miedos durante el embarazo son varios e intensos. La mujer expresa frecuentemente conflictos de libertad tales como el futuro papel y la responsabilidad, el matrimonio y sus planes. Puede angustiarse por las relaciones sexuales y la falta de atractivo físico que supone que está perdiendo. La mujer habla de la ambivalencia de la sexualidad, que es definitivamente manifestada con el embarazo. Otro conflicto es el cambio de relación de la nueva madre con su madre. Los conflictos pasados pueden causar sentimientos de culpa, cólera, ambivalencia y arrepentimiento hacia diversas personas y situaciones (Madelson, 1973).

Este periodo requiere de adaptación para permitir el crecimiento y la maduración. Puede ser lesivo también para quien por primera vez se encuentra con los retos del embarazo y la experiencia de la maternidad. El embarazo puede compararse con otros periodos

críticos de la vida que Erikson (citado en Nadelson, 1973), llama del desarrollo, como la relación temprana con la madre, permitiendo frecuentemente, nuevas soluciones para el crecimiento psicológico (Nadelson, 1973). Aunque, la preñez es un hecho de la vida normal, no una enfermedad, es posible que las demandas tanto fisiológicas como psicosociales pueden producir malestares somáticos, ansiedades e inseguridades (Kitzinger, 1982).

El embarazo también ha sido llamado de varias maneras tales como el deseo intenso de satisfacción de la mujer, una expresión de autorrealización, un acto creativo que proporciona a muchas mujeres, la oportunidad para explorar nuevas direcciones en sus vidas. Es un claro punto decisivo en la vida de una mujer. Bibring (citado en Nadelson 1973), opina que el embarazo conlleva cambios físicos y psicológicos irreversibles. En resumen este autor piensa que los aspectos resueltos en este estado son similares a aquellos ocurridos en otros periodos críticos de la vida, por ejemplo: un adolescente, no puede ser niño otra vez (Nadelson, 1973).

Las motivaciones maternales son casi siempre confusas y contradictorias. En muchas mujeres el embarazo es un medio para satisfacer una necesidad de identidad con su género, de seguridad propia o de reconocimiento y aceptación social (Perkins, 1984).

Una mujer puede anhelar un niño porque desea ser madre y necesita resolver posiblemente su experiencia temprana de privación de afecto. Por ejemplo, su fantasía puede ser tener a un niño y ser un niño simultáneamente, como una extensión de ellas mismas, dándole el afecto que ella pudo haber anhelado . (Nadelson,

1973).

Además, debido a la opinión más extendida de que, al poseer la mujer la capacidad biológica de reproducción, la debe utilizar, con el fin de cumplir con su papel femenino (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982; Friday, 1977).

El concepto de maternidad, está cargado de valor en la cultura mexicana. La mujer recibe con la maternidad la más importante y suprema valoración de su carácter y de su esencia como mujer.

La mujer, pues, estaría orientada social y culturalmente a la maternidad y toda actividad que la desvincule de esa meta no estaría plenamente justificada. No es extraño así, que la mujer haya permanecido recluida cumpliendo esta misión y que se hayan sido vedados otros campos de acción, sobre todo aquellos que podían vincularla a la actividad pública. A su vez, ella encontrará en el cumplimiento de su misión materna, el premio a su abnegación.

Actualmente el concepto de maternidad, ha sufrido notorias modificaciones. Al cambiar el concepto, también ha cambiado el modo de concebirse el rol de la mujer en su conjunto. La mujer introduce con su nueva situación, variables que modifican radicalmente el modelo establecido. Por el derecho de su autorrealización, al trabajo y al estudio, así como las opciones que ofrece la vida moderna urbana, la mujer coordina el ejercicio de estos derechos con su vida familiar (CONAPO, 1982).

En la antigüedad, dentro de la sociedad azteca, la finalidad y la función específica que una mujer tenía era la maternidad, pues el número de hijos determinaba la posibilidad de que el estado

continuará con sus aventuras guerreras y la mujer que moría por parto se convertirá en diosa (COHNARD, 1992).

2.5 LA PAREJA.

A muchos hombres la aparición del embarazo, les produce una ambivalencia en varias áreas de la relación con su esposa; surge inevitablemente una nueva sensación de virilidad y de orgullo paralelo al aumento de su paternidad. Por otro lado, se pueden producir dudas e inseguridades debidas a los cambios físicos y de actitud que experimenta la mujer y que son compartidos (Perkins, 1994).

La mujer no es la única persona que debe ajustarse emocionalmente al embarazo, su compañero también tiene que hacerlo. El no ha de enfrentarse a los cambios físicos, pero el impacto emocional de la primera gestación no es menos real, y el paso a la paternidad constituye una transición importante en su vida. Para un hombre, este proceso suele retrasarse hasta que han sucedido varias cosas por ejemplo: el que le resulten evidentes los cambios en la figura de su compañera, así como el percibir que el producto se mueve dentro del vientre de su pareja (Kitzinger, 1992).

Las emociones de alegría, orgullo y maravilla, pueden luchar con otras de carácter desagradable. Quizá existen problemas económicos que causen una sensación de responsabilidad casi insuperable, hacia la mujer que espera un hijo y hacia la nueva vida que nacerá. El hombre también puede sentirse atrapado por el embarazo de su compañera. Quizá pensaba permanecer libre de

responsabilidades y no estaba en sus planes tener hijos (sobre todo si los dos miembros de la pareja no discutieron el tema del embarazo) (Kitzinger, 1982).

El varón también puede sentir miedo del parto, e incluso del cuerpo embarazado de su compañera como si fuese algo excesivamente delicado, que no debe tocarse para no dañar al niño. Para algunos hombres la gestación es una época de verdadero estrés (Kitzinger, 1982).

El hombre al igual que la mujer, ha de hacer frente muchas veces a problemas emocionales y este hecho no suele reconocerse en nuestra sociedad (Kitzinger, 1982).

El embarazo no es un simple tiempo de espera; es una época para trabajar juntos en el fortalecimiento de la relación de pareja y en preparar la clase de mundo que se desea para un hijo. Un hombre y una mujer necesitan evolucionar para transformarse en padres, con la nueva responsabilidad que impone la paternidad. De esta forma nacerá no solo un niño, sino también una nueva familia (Kitzinger, 1982).

Convertirse en padre constituye un paso importante en la vida de un hombre, que quizá sea origen de temores. Sin embargo, esta experiencia suele tratarse como insignificante, en comparación con la de convertirse en madre. Como de los trastornos y tensiones emocionales del futuro padre se conoce poco, entonces no se preparó a los hombres para el impacto de la gestación (Kitzinger, 1982).

En la pareja, las motivaciones del embarazo son múltiples y complejas y no se limitan a los sentimientos de la relación o del

cuidado y espera del niño. La capacidad de ser amado y de amar pueden ser factores motivantes. Las mujeres a veces expresan temor porque no pueden ser amadas por otra persona y sienten que pueden garantizar su amor teniendo un hijo. Un embarazo frecuentemente resuelve cuestiones acerca de la realidad y la consistencia de la relación de pareja (Radeison, 1973).

Existe evidencia que sugiere claramente que cualquier alteración que existía antes del embarazo continuará existiendo durante este, pudiendo surgir además nuevos problemas.

La mujer al sentir la falta de comprensión de su pareja respecto a la necesidad de ser cuidada y protegida en vez de estimulada sexualmente, puede estrechar su punto de vista del significado de la sexualidad con él. El embarazo bajo estas circunstancias, podría presentar una oportunidad única para la mejora de la comunicación interpersonal pero podría igualmente convertirse en un serio riesgo para la integridad de la relación de pareja. Se debe dar una orientación específica a cada pareja para continuar con el nivel de relaciones sexuales apropiado a las necesidades del momento, incluso a través de la participación mutua o de la propia estimulación sexual. El beneficio a largo plazo de esta orientación contribuiría a una relación más armónica de la pareja (Parkins, 1984).

Una forma de comunicación a través del contacto amoroso y sensible es el acostarse juntos, acariciarse y explorar cada uno el cuerpo del otro. Es un modo de fortalecer su calidad de pareja, que se prepara para recibir al nuevo ser. Puesto que las palabras no pueden expresar muchas veces los sentimientos reales y complican

las cosas, hay que buscar la oportunidad de encontrarse el uno al otro por medio del tacto (Kitzinger, 1982).

Las complejas demandas del embarazo pueden producir inseguridad y ansiedad. Ella puede solicitar de su esposo el contacto amoroso y de apoyo para disminuir estas incomodidades (White, 1982).

Las actividades eróticas pueden ser de naturaleza mutua o personales. Las relaciones construidas a partir de las actividades saludables y de una comunicación abierta prosperan con la orientación, y las relaciones forzadas pueden deteriorarse. Las parejas animadas a continuar con la diversidad de formas de expresión erótica, particularmente en relación con la posición física para el acto sexual (que se hace normalmente necesario en los últimos estadíos), puede extraer de tales circunstancias beneficios a largo plazo a partir de un descubrimiento nuevo en cuanto a alternativas de procuración de placer. Quien este orientando a la pareja durante el embarazo debe jugar un papel facilitador al dar un consejo que sirva como base de tales actividades (Parkins, 1984).

Mientras la mujer se adapta psicológicamente a los cambios extraordinarios que están sucediendo dentro de su cuerpo. Tiene que someterse a manipulaciones y exámenes físicos, que no siempre se realizan de una forma cálida y comprensiva. Está claro que muchas mujeres desarrollan ansiedad por el tipo de cuidados médicos prenatales que reciben. Sin embargo, la educación para el parto enseña más sobre el propio cuerpo y a sentirse feliz con él durante la gestación, comprendiendo los cambios del cuerpo en su totalidad y el significado de las sensaciones experimentadas

(Kitzinger, 1982), dando lugar a que la mujer reduzca su ansiedad.

En su libro Embarazo y Parto Kitzinger (1982) menciona que: Como una experiencia personal, el parto suele involucrar sentimientos apenas entrevistos sobre nosotras mismas que se han desarrollado a lo largo de los años formativos de la infancia, actitudes y fantasías sobre nuestros cuerpos, nociones sobre el tamaño y posición relativa de los diferentes órganos y orificios, y conceptos de limpieza, contaminación , belleza y fealdad. Todos estos factores tienen en parte un origen social, y son el producto de nuestro ambiente y nuestras relaciones familiares.

LA EL MÉDICO.

Tradicionalmente los médicos poseen el papel de consejeros en materia de comportamiento relacionado con la salud y el cuerpo.

El comportamiento sexual humano se ha desarrollado más allá de la reproducción en forma de gran regocijo y placer adulto, por ésto surge la pregunta de porqué abstenerse de ese goce durante la gestación (Perkins, 1984).

En la pareja, la angustia y el temor relativos a la normalidad del desarrollo de su hijo, el parto, las responsabilidades de la maternidad son problemas que repercuten activamente en su equilibrio emocional. En éste momento es cuando más se necesita la comunicación íntima y gratificante del acto sexual.

Así como muchas habilidades naturales, la capacidad de ejercitar la sexualidad llega antes que la capacidad de regularla, luego

entonces se hace necesario un apropiado condicionamiento de la actitud sobre los padres y la sociedad hacia una orientación saludable del manejo de la propia sexualidad y la paternidad (Parkins, 1984).

La habilidad del médico para aconsejar a sus pacientes acerca de la actividad sexual durante la gestación, está obstaculizada comúnmente por una carencia tanto de información sobre la conducta sexual experimentada durante el embarazo, como de información prospectiva concerniente a los efectos positivos y negativos de varias conductas sexuales en el bienestar fetal.

El neotomismo y la ansiedad del futuro padre y su temor por lo que está sucediendo son temas favoritos de chistes y anécdotas (Kitzinger, 1982).

El padre expectante quizá se sienta celoso de la atención prestada a la madre, con una absurda envidia de su papel en la reproducción, y a veces incluso también tiene celos del niño que va a llegar (Kitzinger, 1982).

Algunos hombres llegan a experimentar una depresión real durante el embarazo, o sufren violentos cambios de humor quizá similares a los de la esposa, incluso contra las relaciones íntimas con su compañera, porque la tensión se incrementa. No debe olvidarse que son dos las personas que van a llevar el niño y que el varón también pasa por un período de transición y estrés, durante el que quizá experimenta emociones muy profundas, y puede ser difícil de comprender su comportamiento (Kitzinger, 1982).

La perspectiva de convertirse en padres supone para algunos varones una crisis de identidad, aunque se trata de una situación

común, que muchas veces induce cambios positivos, no deja de ser una crisis. Un elemento de esta crisis se refiere a la preocupación por el necesario cambio de relaciones de pareja, que deberán adaptarse a su nueva condición de padres (Kitzinger, 1982).

Sin embargo, el embarazo añade muchos elementos nuevos a una relación. Los miembros de la pareja deben cambiar sutilmente su forma de estar juntos al experimentar los cambios que trae consigo el embarazo (King, 1977).

En las múltiples reacciones emocionales que se producen en el padre se encuentran el rechazo a la esposa, tendencia al escape, incompreensión, etc. (Diaz, 1970).

Por otro lado la literatura obstétrica, tradicionalmente ha permanecido callada sobre el tema o prohíbe el coito para todas las mujeres durante las seis últimas semanas del embarazo o en algunas situaciones de alto riesgo durante toda la gestación (Steege y Jelovsek, 1982).

A este respecto, un estudio realizado por Burnop y Golden (citados en Diaz, 1970), con 110 médicos de diferentes especialidades, demostró que aparte de los psiquiatras, son los médicos generales, gineco-obstétricos y urólogos, los más consultados en el aspecto sexual.

Más de la mitad de los médicos respondió que los problemas sexuales estudiados no tenían causa orgánica en ninguno de los casos o que estos no alcanzan el IX.

Se observa sin embargo, que muchos médicos carecen de objetividad, desapegamiento, espíritu crítico y actitud de no convertirse en

jueces frente a los problemas sexuales. Esto deriva de la propia formación del médico que no está exento de los mitos, prejuicios y falsos conceptos sobre la sexualidad que hemos heredado de nuestra cultura como : - el que el varón es sexual, y la hembra básicamente reproductora- (Diaz, 1970). Una larga tradición dirigida por hombres ha tratado de persuadir a la mujer que el sexo es para los varones, pero en realidad la mujer es tan sexual como el hombre cualitativamente y lo supercuantitativamente, por ejemplo con la capacidad de experimentar orgasmos múltiples (Diaz, 1970).

Es realmente lamentable que muchos obstetras recomienden abstinencia del acto sexual durante el embarazo. No existe evidencia de que el coito no debe realizarse durante las primeras o las últimas semanas de un embarazo normal. Tampoco hay razón para que no se resuman las relaciones sexuales tan pronto como la epiteliorrea haya cicatrizado y no ocasioné molestia a la nueva madre, el periodo de la cuarentena no tiene bases científicas (Diaz, 1970).

Diaz (1970) supone que esta ignorancia por parte de los médicos se debe a que los estudios de pregrado no cubren aspectos de educación sexual y familiar ni se enseñan creencias de la conducta humana. Sin embargo, ésta problemática está despertando interés, ya que es indispensable para la formación integral del médico.

La mayor parte de los consejos que los facultativos imparten a las mujeres embarazadas se refieren a la dieta, a la necesidad de descansar, al uso de la ropa apropiada y a la necesidad de prevenirse contra el aumento excesivo de peso. Se habla poco o

hacia de las relaciones sexuales, como no sea para recomendar su interrupción durante un periodo previo y posterior al alumbramiento. En la medida en que las relaciones sexuales desempeñan un papel importante e integral en la vida de la pareja, tanto ellos como sus médicos deberían abordarlos con un criterio más realista y comprensivo (SIECUS, 1988).

Es responsabilidad del consejero al señalar estos problemas en el primer encuentro. Muchas parejas se sentirán mejor si se asegura que los cambios de actitud y de comportamiento que se han observado y que observarán caen dentro de las expectativas normales.

Una comprensión específica de que es normal un cierto número de tendencias tanto de actitudes como de respuestas eróticas podría permitir a la pareja un nivel completo de adaptación hacia lo que sobrevenga (Perkins, 1984).

2.7 RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO.

Por muchos años, los mitos, miedos y enseñanzas religiosas y sociales alrededor de la sexualidad durante el embarazo se han perpetuado en una atmósfera de misterio e ignorancia de los efectos de la conducta sexual maternal, sobre la salud de la madre y la del infante (Holtzman, 1978, citado en White, 1982). Mucha información acerca de este tema es incluso contradictoria (White, 1982).

Existen varias creencias sostenidas con gran ahínco, sobre las relaciones sexuales durante el embarazo, pero pocas se hallan basadas en sólidas observaciones científicas. Muchos autores

afirman que las parejas deben abstenerse de las relaciones sexuales en los comienzos del embarazo, a causa de precipitar un aborto. Sin embargo, la mayor parte de los abortos precoces se deben a un desarrollo defectuoso del óvulo. Abstenerse de todo contacto sexual no lo evitaría. Si las relaciones sexuales durante el embarazo producen abortos, probablemente la raza humana se habría extinguido hace millones de años (The Boston Children's Medical Center, 1973).

Por ejemplo hace 50 años, el médico Van de Velde (1926) afirmó que el coito durante el embarazo puede ser problemático no solo para la salud y vida de la embarazada (White, 1982).

Por otro lado la sexualidad de la embarazada puede estar también influenciada por los sentimientos y necesidades de su compañero que al realizar el acto sexual puede sentir miedo de lastimar a la madre o al feto, encuentra a su esposa sexual, por el cuerpo del embarazo, porque cree que es inusual, o siente miedo a que de alguna forma el feto observe la actividad sexual y pueda herir al pere (Billman y Zalk, 1980; Jeanner, 1974 y Masters y Johnson, 1966, citados en White, 1982).

Sin embargo otros hombres se experimentan cambios en el deseo sexual y otros incrementan su deseo, intensidad y felicidad (Bing, 1971; Billman y Zalk, 1980; Jeanner, 1974; Woods y Perry, 1979; Zalk, 1979; citados en White, 1982).

La clínica ha demostrado que las relaciones sexuales no solamente se ocasionan perjuicio durante la gestación sino que son beneficiosas. Numerosos médicos especialistas y los demás profesionales que participan en la preparación psicoprofiláctica

han comprobado esta experiencia. Los motivos por los cuales resultan benéficas a lo largo de todo el embarazo y en el noveno mes, son: mantener la armonía conyugal, al disminuir los celos en ambos; por un lado del marido hacia el hijo y por otros la esposa hacia las posibles relaciones irregulares de su compañero; conservar la capacidad libidinal y orgásmica de la mujer; tranquilizar las ansiedades de la gestante y contribuir a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales, tan exigidos en este momento ya que deberán distenderse al máximo en el parto (Seifer, 1971).

La continuidad de las relaciones sexuales confortables y satisfactorias durante el embarazo son un componente significativo de las relaciones maritales de muchas parejas (Steege y Jelovsek, 1982).

El coito ayuda a producir una sensación de intimidad entre el hombre y la mujer. Muchos estudios han indicado que en la mujer embarazada se produce un marcado repunte de sus propias necesidades de dependencia hacia los demás, principalmente hacia su pareja (Kaplan, 1963 citado en SIECUS, 1988).

La situación varía mucho, claro está, de una mujer a otra. Algunas de ellas manifiestan en esta época pocos deseos de mantener relaciones sexuales, ya sea porque experimentan malestares físicos o porque su apetito sexual se ha reducido, por otros motivos. Pero cuando una mujer tiene un fuerte potencial sexual, la satisfacción de la necesidad de ser amada puede estar relacionada con la consumación del coito.

El deseo de tener relaciones sexuales es variable durante el

embarazo. En la mayoría de las mujeres permanece inalterable, mientras que en otras, especialmente para las que la anticoncepción fue una carga pesada, el interés por las relaciones sexuales puede verse aumentado. Ocasionalmente la embarazada puede tener una total aversión a la relación. Sin embargo el experimentar orgasmos no es dañino pues un orgasmo durante el embarazo, es beneficioso e importante tanto en esta etapa como en cualquier otro momento de la vida (Guttmacher, 1973 y Kitlinger, 1978).

Aunque es posible que el deseo sexual del hombre también disminuya durante las últimas etapas del embarazo de su compañera, un periodo prolongado de abstinencia forzosa implica un sacrificio considerable e incluso puede representar una amenaza para la relación de la pareja.

El doctor Masters señala que, puesto que muchos médicos, ponen arbitrariamente a dieta durante dos o tres meses, a hombres sexualmente activos, muchos maridos se alejan por primera vez en estas circunstancias del lecho conyugal (Beach, 1965, citado en SIECUS, 1986).

Mejerowitz y Feldman (1966, citados en SIECUS, 1986), indican que de 79 hombres encuestados, 18 declararon que durante el periodo de abstinencia forzosa al final del embarazo y posterior al alumbramiento, habían buscado satisfacciones sexuales fuera del matrimonio; según algunos de ellos esa había sido la primera vez que entablaban relaciones extraconyugales. Indican también en otro estudio, que muchas parejas no obedecen estrictamente el periodo de abstinencia que prescribe el médico, con los consiguientes sentimientos de culpa y turbación (SIECUS, 1986).

Los textos actuales de obstetricia dedican poco espacio al tema de la sexualidad y se limitan a decir que debe prohibirse el coito en los casos en que existe peligro de aborto, cuando se ha roto la bolsa, cuando hay o ha habido hemorragias y durante las 4 o 6 últimas semanas del embarazo, prohibición que es casi universal. Aunque no se especifican las razones de esta última prohibición, existe el consenso de que se funda sobre una u otra hipótesis entre varias, todas ellas no demostradas por ejemplo: que las embestidas del pene contra el cérvix o las contracciones uterinas del orgasmo pueden desencadenar el parto; que la bolsa puede romperse, aumentando las probabilidades de que se produzca una infección dentro del útero y que el acto sexual en sí mismo es físicamente incómodo para la mayoría de las mujeres durante las últimas semanas del embarazo (SIECUS, 1986).

La frecuencia del coito es un asunto basado en el deseo de la pareja, la cual varía de día a día y la necesidad de adoptar técnicas sexuales novedosas y diferentes, así como la posición durante el coito puede ser modificada a medida que avanza el embarazo. Muchas mujeres prefieren colocarse encima del compañero o descansando sobre su costado. Si existe una incomodidad vaginal, puede ser útil la lubricación previa de uno de los miembros de la pareja o de ambos (Guthmacher, 1973; Mitzinger, 1978).

Hay pocos testimonios directos y objetivos sobre los que el médico pueda fundar los consejos que da a las gestantes en materia de relaciones sexuales.

Fugh y Fernández (1953) comprobaron que 500 mujeres que habían copulado durante las últimas semanas del embarazo no sufrieron

efectos negativos (SIECUS, 1986).

Algunos obstetras han observado que las parejas de los sectores menos favorecidos y educados de la población copulan durante el embarazo sin que se produzcan resultados adversos. Lo mismo se puede decir de grupos más instruidos y colocados en una mejor situación económica (SIECUS, 1986).

Masters y Johnson (1966) (citados en SIECUS, 1986), recogieron mediante filmaciones y otros métodos, datos fisiológicos y las respuestas subjetivas es decir, extraídas por medios indirectos como entrevistas y/o cuestionarios de seis gestantes en el curso de los reiterados actos de copulación practicados durante la preñza.

Compilaron además informes verbales sobre los sentimientos, la conducta y las reacciones sexuales de otras 100 mujeres durante el embarazo y algunos meses después del parto. No obstante, la magnitud reducida de la muestra, son cinco conclusiones las que resultan interesantes por lo siguiente:

1- Durante el orgasmo, las mujeres embarazadas también tienen contracciones del útero análogas a las que se observan en las que no lo están gestando y se producen cualquiera sea el factor desencadenante del orgasmo, masaje, excitación, coito, etc. (SIECUS, 1986).

Cuatro de las mujeres entrevistadas declararon que las contracciones del parto empezaron inmediatamente después del orgasmo, en todos los casos cuando faltaban dieciocho o menos días para la fecha prevista.

2- El apetito sexual se intensificaba uniformemente durante el segundo trimestre del embarazo. Las mujeres discutieron ésta

sexualidad aumentada, que se reflejaba en un desempeño y una reacción más eficaces, no solo como interés por el acto sexual sino también en el contenido de sueños sexuales (SIECUS, 1986).

- 3.- El interés por el coito disminuía durante los tres últimos meses del embarazo, quizá influido por otros dos factores: Los médicos prohibieron la cópula a algunas de las pacientes y aproximadamente una quinta parte de los compañeros había perdido interés por diversas razones (SIECUS, 1986).
- 4.- Luego del alumbramiento muchas mujeres reanudaban la actividad sexual dentro de un periodo de tres semanas. Es evidente que las mujeres que se han recuperado en medida suficiente para sentirse cómodas desoyen la orden médica de esperar 6 semanas. La actividad sexual se restauraba antes en aquellas mujeres que amamantaban directamente a sus hijos (SIECUS, 1986).
- 5.- Las mujeres que amamantaban sentían que la succión del lactante estimulaba su sexualidad. Este hecho parecía despertar en varias de ellas un sentimiento de culpa (SIECUS, 1986).

2.8 CONTRAINDICACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTE PERIODO.

Muchos médicos dicen a sus pacientes que cesen sus relaciones sexuales en el último mes de embarazo a causa del peligro de infección vaginal o de que se produzca la ruptura de la bolsa de las aguas poco después del coito. Sin embargo, estudios recientes no han logrado confirmar el peligro de las relaciones sexuales en

las últimas semanas del embarazo.

Por su parte en el The Boston Children's Medical Center (1973) opinan que:

en caso de ruptura de la bolsa de aguas para evitar una posible infección es importante que la mujer se abstenga de realizar toda relación sexual. Aunque estas son inofensivas durante el embarazo cuando la bolsa de las aguas está intacta, una vez que se ha roto, existe siempre la posibilidad de producir una infección (The Boston Children's Medical Center, 1973).

Al igual que otros factores, como las complicaciones médicas (enfermedades crónicas), la preocupación ante la pérdida del feto o la presencia de anomalías genéticas en él, ejercen presión sobre el componente sexual de la vida de la mujer (Kolodny, 1982).

Algunas cuestiones prácticas con respecto a la actividad sexual durante el embarazo pueden ser que las mujeres que padecen de abortos, según se cree, se arriesgan a interrumpir el embarazo como resultado de las contracciones del útero durante el orgasmo del coito. Pruebas fisiológicas demuestran que las contracciones uterinas pueden ser más intensas en los orgasmos que no son producto del coito, tanto en mujeres embarazadas o no. Parece lógico recomendar a las mujeres que han tenido dificultades para mantener un embarazo que eviten la estimulación sexual hasta el orgasmo, cualquiera que sea la fuente, y se abstengan del coito en caso de hemorragia vaginal durante el tercer trimestre (Kolodny, 1982).

Se ha especulado sobre la posibilidad de la relación entre los

orgasmos durante el tercer trimestre y algunos casos de partos prematuros. Clínicamente por lo menos puede tener una íntima asociación temporal con este (Kolodny, 1982).

Aunque los datos actuales no lo afirman, la mayoría de las hemorragias y abortos espontáneos en el primer trimestre son debidos a defectos cromosómicos que dan como resultado la muerte del embrión (Grover, 1977, citado en White, 1982).

Las hemorragias ocurren en un 10 a 15% de todos los embarazos. (Pritchard y Mac Donald, 1976), pero debidas a golpes, lesiones o actividad física inadecuada, nunca el coito. La localización profunda intra pélvica del útero y el efecto amortiguador del líquido amniótico sirven para proteger al producto efectivamente de golpes externos.

Grover (1977) advierte abstenerse del coito, aunque algunas hemorragias previas son debidas a defectos uterinos congénitos o tumores fibroides (White, 1982).

En general, las relaciones sexuales durante el embarazo deben basarse en dos puntos básicos, en los datos médicos reales y en los propios sentimientos de la pareja gestante.

Los datos médicos sugieren evitar la actividad sexual cuando :

- 1.- Existen dolores vaginales o abdominales.
- 2.- Si hay hemorragia uterina.
- 3.- Si las membranas se han roto (lo que puede provocar una infección).
- 4.- Si hay amenaza de aborto.

(Guttmacher, 1973, Stoppard, 1987; Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982).

En suma, como puede verse, a partir de las recomendaciones de estos autores, la actividad sexual durante la preñez obedece a múltiples factores, los cuales desde luego, son susceptibles de investigación tan necesaria en el esclarecimiento de las ideas, mitos, falsas concepciones y creencias al respecto de la modificación en la conducta sexual en esta etapa de la vida de la mujer y su compañero.

ESTUDIOS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

CAPITULO III.

CAPITULO III.

ESTUDIOS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

3.1 LOS PRIMEROS ESTUDIOS.

A pesar de la importancia de la actividad sexual durante el embarazo, existe poca información objetiva acerca de cómo tiene lugar la satisfacción sexual durante este lapso (Butler, 1977).

El motivo más importante para evitar este aspecto de la relación de la pareja se encuentra en la actitud de la sociedad hacia la sexualidad. Las concepciones médicas, se refieren al punto de vista de la sociedad en el que no se acepta que el embarazo y la sexualidad existan simultáneamente en una misma persona; es decir, cuando la maternidad es inminente en la embarazada el médico (Por lo general hombre) crea resistencias inconscientes con la finalidad de evitar se unan dos cosas que supuestamente no pueden mezclarse, el ser amante y madre (Kodolny, 1982).

Otro motivo de la carencia de información la constituye la aparición reciente de las dos especialidades modernas de la medicina : la obstetricia y la ginecología y por consiguiente la sociedad da por hecho que sus consejos sobre sexualidad son incuestionables. Hasta hace poco el nacimiento era tarea de la partera, cuya especialidad nació en Europa en los siglos XVII, XVIII y XIX; el médico solo trataba los casos más graves. Una resistencia importante era el horror a la indecencia de la

exposición de los genitales de la mujer ante un médico hombre.

La creciente participación médica tuvo como objetivo reducir la mortalidad materno-infantil, es decir, esto era una meta científica que no se vinculaba con el sexo, excepto por una relación lejana con el coito que iniciaba el embarazo y que no se mencionaba para nada. Por ende, la actividad sexual no era susceptible de ser estudiada científicamente, ni toma apropiado para la ciencia (Butler, 1979); por lo anterior nos sorprende la reducida cantidad de investigaciones que existen acerca de la actividad sexual durante el embarazo (Kolodny, 1982).

En 1974, solo existían publicados 3 estudios relevantes publicados : el de Masters y Johnson en 1966, el de Solberg en 1973 y el de Falckov en 1973 que se describirán a continuación.

El primer estudio detallado de actividad sexual durante el embarazo lo realizaron Masters y Johnson en 1966. Trabajaron con 101 multiparas desde el principio del embarazo hasta su fase terminal (Butler, 1979; Kolodny, 1987; Masters y Johnson, 1966).

Este estudio mostró marcadas diferencias en las pautas de conducta sexual durante el primer trimestre; las mujeres que padecían náuseas matutinas y una gran fatiga, comunicaban decremento en el interés hacia el sexo y la frecuencia de la actividad sexual; por el contrario, otras mujeres presentaban un aumento en el interés sexual (Butler, 1979; SIECUS, 1996; Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Según esta investigación en el segundo trimestre, surge un aumento en el interés y actividad sexual (80% de los casos), lo que se asoció con la mayor vasodilatación pélvica. El apetito sexual se

interés uniformemente durante este trimestre: las mujeres incrementaron su nivel de sexualidad que se reflejaba en un desempeño y una respuesta física más eficaz, y esto se generalizó no sólo a la actividad sexual, sino al contenido del sueño y las fantasías eróticas.

En el último trimestre el interés por el coito tuvo una disminución importante, acompañada por fatiga y disminución de la libido, debido quizá a los consejos de los médicos que habían prohibido la cópula a algunos de los pacientes, así como el que las mujeres creyeran que su atractivo físico propiciaba el desinterés de sus compañeros. Se detectó que aproximadamente uno de cada 5 de los compañeros había perdido el interés, encontrándose entre otras razones el temor a dañar al feto y a la mujer (Butler, 1979; SIECUS, 1986; Masters, Johnson y Kolodny, 1967; Kolodny, 1982).

En este mismo año, mediante filmaciones y otros métodos, recogieron datos fisiológicos y por medio de cuestionarios y entrevistas recabaron las respuestas subjetivas que, acompañaban a las fisiológicas. Dichas investigaciones permitieron inferir que las mujeres embarazadas, al efectuar actos de copulación en la preñez así comodorante, el orgasmo, también tienen contracciones del útero análogas a las que se observan en las que no lo están, dichas contracciones se producen de la misma manera, cualquiera que sea el factor desencadenante del orgasmo : masturbación, coito, etc. (SIECUS, 1986). Masters y Johnson (1966) encontraron un incremento tanto del interés sexual como de la respuesta fisiológica en el tercer trimestre y por su parte

notaron que el 60% de las mujeres primíparas del estudio experimentaban temor de que el coito pudiera lastimar al feto, en contraste con las multiparas quienes no tuvieron decremento en el interés hasta avanzado el embarazo y manifestaron poca importancia al hecho de que el coito pudiera dañar al bebé esperado (Steege y Jelovsek, 1982; Kuding, 1984; Perkins, 1984; Perkins, 1982; White, 1982; Reamy, 1982; Robson, 1981). Por su parte Solberg (1973) (citado en Kolodny, 1983) realizaron un estudio sobre sexualidad y embarazo con 300 mujeres después del parto, en el que estudiantes varones de medicina entrevistaban y les pedían a las mujeres que recordaran la frecuencia mensual de los coitos en las diferentes fases del embarazo; esta metodología creó imprecisiones.

No obstante un hallazgo importante en el estudio de Solberg (1973) fue la disminución uniforme e invariable de la actividad sexual durante el embarazo en la mayor parte de las mujeres; un dato sorprendente fue que ni la edad, ni la educación, ni la duración del matrimonio, ni otros indicadores similares se asociaron con la reducción de esta conducta. El único factor que tuvo relación con ello fue el nivel de interés sexual: sólo en el último mes, no existió relación importante entre el interés y la actividad sexual.

Durante el primer trimestre, 28% de las mujeres declararon una disminución del interés por la sexualidad; en el segundo trimestre, el 44%, y al llegar al tercer trimestre y noveno mes, el 75% informaba una disminución en la libido y mostraban una preferencia por otras posiciones para el coito, siendo más

frecuente la lateral (Kolodny, 1982).

En cuanto a la función orgásmica, el 7% mencionó no haber experimentado nunca el orgasmo; el 9% describió el orgasmo en tal forma que el entrevistador consideró que posiblemente se confundiera con la excitación (fase descrita por Masters y Johnson, 1966). La experiencia interna del orgasmo es personal y no es confiable que una persona juzgue la experiencia interna de otra.

En el caso de la relación sexual, el porcentaje de coito en los que alcanzó el orgasmo: disminuyó tanto en fuerza como intensidad al avanzar el embarazo; sin embargo, un pequeño porcentaje de mujeres informaron un aumento en la intensidad orgásmica en todas las fases de la gravidez.

En conclusión, este estudio detectó un declive sostenido y gradual de la conducta sexual a medida que avanzaba la gestación. (Kolodny, 1982; Ryding, 1984; White, 1982; Robson, 1981; Butler, 1979; Katchadourian, 1973; Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Otro de los estudios pioneros fue el realizado por Falicov en 1973, quien trabajó con 19 primigrávidas con embarazo planeado, sin abortos previos o complicaciones ginecológicas; así mismo, sin antecedentes psiquiátricos, ni impedimentos físicos, de raza blanca, de clase social media y que vivían con sus esposos.

Cada mujer fue entrevistada en cinco etapas durante el embarazo y el postparto por una mujer entrevistadora quién efectuó un seguimiento durante toda la gestación y el periodo temprano de postparto (Falicov, 1973).

Hacia el final del tercer mes de embarazo, 14 de las 19 mujeres

experimentaron un decremento marcado o moderado en la frecuencia coital, en el deseo sexual y en el erotismo.

En el segundo trimestre se encontró que la frecuencia de coitos y la satisfacción sexual hubo un ligero incremento en relación al primer trimestre, pero continuaron abajo de los niveles previos del embarazo. El deseo sexual permaneció disminuido como en el primer trimestre. Al mismo tiempo, 9 mujeres reportaron sus sentimientos sexuales como malos, totalmente asexuales o totalmente indiferentes, surgiendo también una verdadera ausencia de sensaciones sexuales. Sin embargo, para explicar esta ausencia de sensaciones sería necesario tomar en cuenta otros factores tales como la propia historia sexual de la gestante.

En el tercer trimestre, siete mujeres experimentaron fluctuaciones en el deseo sexual que oscilaban desde el total desinterés hasta sobre pasar sus niveles de normalidad previo al embarazo.

En el octavo mes, 15 sujetos cesaron las relaciones sexuales y dos las suspendieron 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto y una mujer sostuvo la actividad sexual durante todo el embarazo. Entre los factores encontrados que cesaron estos cambios aparecen el temor a dañar el feto, la ausencia de interés sexual y factores somáticos.

En el periodo de post-parto la frecuencia del coito continuó siendo baja hasta pasados varios meses, que se puede explicar por una influencia de la tensión y fatiga (Butler, 1979; Masters, Johnson & Kolodny, 1967; Robson, 1981; Falicov, 1973; Kolodny, 1982).

En resumen, Falicov (1973) observó un declive del interés, la

frecuencia y el goce de la actividad sexual durante el primer trimestre de embarazo; pero encontró que se dio un aumento en dichos parámetros durante el segundo trimestre antes de un nuevo decremento en la última fase de la gestación (Kolodny, 1982)

3.2 HALLAZGOS : CONGRUENCIAS Y DISCREPANCIAS.

Así como Masters y Johnson (1966) investigaron la respuesta sexual influenciada por el embarazo, otros siguiendo su camino realizaron reveladoras investigaciones; algunos utilizando entrevistas de confrontación directa y otros mediante cuestionarios. Todos estos pioneros han encontrado hallazgos similares, lo que podría indicar que el embarazo influye inescapablemente sobre el ejercicio de prácticas sexuales en la mayoría de las gestantes y sus parejas (Parkins, 1984)

La siguiente Tabla (3.1a y 3.1b) condensa la principal información sobre las investigaciones realizadas en torno a la sexualidad durante el embarazo. Es importante destacar que en estos estudios se encontró una tendencia general a que la mayoría de los estudios se hacía que actividad sexual disminuye a medida que avanza el embarazo, pero también existen otros estudios con estricto rigor metodológico que discrepan en este resultado.

Tabla 3.4. Procedimientos y hallazgos sobre los estilos realizados en torno a la actividad sexual durante el embarazo.

AUTOS	MUESTRA	MÉTODO	CONCLUSIONES COMUNES	CONCLUSIONES por los tres estudios	COMENTARIOS
Lewis, 1966 Culicsoy et al. Maire (1962) Maltzer (1973)	52 primíparas	Cuestionario por correo antes de 1, 3, 5, 7, 9 meses del parto. (Escala retroprospectiva)	(ver ver sexual).		Basado en errores graves de entendimiento, pocos errores de toma de cuenta.
Norma, 1975 Bauer, 1975 Schuler, 1982	100 Full-termers.	Entrevista retrospectiva, se sigue tras el parto hallando y retrocediendo al origen.	Incremento sexual. Incremento sexual.		Problemas metodológicos y en cuanto a la generalización de los resultados por cuestiones culturales.
Yoon y Birnbaum, 1976 Chalm y Spirakis (1976), Nelson, Johnson y Lalonde, 1987, Schuler, 1982	200 mujeres embarazadas y de post-parto.	Cuestionario retrospectivo.	Incremento sexual, aumento sexual, incremento de orgasmo, satisfacción y actividad.		Sin embargo, Nelson, Johnson y Schuler (1982), interpretaron los hallazgos de estas mujeres como evidencia para la posibilidad de que la actividad disminuya en el 1er. y 2do. trimestres y se incrementa en el 3er. trimestre, lo que da lugar a dudas en cuanto a la descripción clara de los hallazgos.
Neale, 1982 Bauer, 1982	52 primíparas multíparas.	Cuestionario durante el embarazo.	Mayor sexual, incremento sexual, orgasmo, felicidad y actividad.		Basado en descripciones de las diferencias posturas y prácticas sexuales durante los tres trimestres del embarazo.
Stump y Johnson, 1982 Stump y Johnson 1982	150 jóvenes embarazadas blancas y negras, primíparas y multíparas.	Cuestionario.	Incremento sexual, incremento sexual, satisfacción, respuesta orgásmica.		Los hallazgos tienen un sesgo importante por la inclusión de un controlado blanco participante blanco y por consecuencia una posible generalización de la muestra.

Tabla 1.05 (continuación).

ARTO	DEFINICIÓN	MÉTODO	INDICADORES Y CONCLUSIONES	CONCLUSIONES (ver la 2ª columna)
Pedregal, 1960 Lerchaga, 1962 y 1964.	55 personas. Cuentas de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Frecuencia mensual, frecuencia estacional, actividades, tipos de actividades mensuales.	Señala con precisión rigor estadístico que controla diferentes variables como la distancia, actividad, actividad mensual, periodicidad, frecuencia de actividad mensual, aspectos que se relacionan de manera apropiada de la investigación.
Argón, 1964. 50 personas. Lerchaga, 1964. Lerchaga y Barral, 1964. Barral (1973).	50 personas. Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Frecuencia estacional, aspectos de actividad mensual.	Esta investigación puede diferenciarse precisamente por haber sido la más representativa y más basada en resultados en cuanto al factor actividad (Lerchaga).
Emery, 1973. Gibson, 1962, Lerchaga y Barral (1973).	21 personas. Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Datos, frecuencia estacional y actividades mensuales.	En este estudio el 87% de los señales señalan que las relaciones mensuales deben continuar a lo largo de todo el año, justificadamente, no se puede afirmar en forma directa las relaciones del estudio.
Adams, 1961. Gibson, 1961.)	115 personas. Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Frecuencia estacional, aspectos, planes mensuales, (Bancos).	Esta investigación concluye aproximadamente la normalidad de la periodicidad, justificadamente controla las variables que rodean el objeto de estudio.
Lullier y McGee, 1974 Vidal y Barral, 1974 y Barral, 1962.)	54 personas. Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Control de Bancos prospectivos. (Bancos prospectivos). y (Bancos).	Datos.	La normalidad del estudio original puede abarcar la información sobre este estudio.

Los datos de las cuentas
mensuales no deben ser
representativos en que las
relaciones mensuales
del estudio, (Bancos)
del estudio en el "B"
trabaja debido al poco
extenso reportado por
estas líneas.

Al observar la citada Tabla II otro factor a considerar es que cada investigador abordó el tema de estudio de manera diferente implicando en sus variables dependientes una o varias formas de actividad sexual, conceptualizándolas de modo particular, en función de los objetivos de su investigación. Las conductas observadas comprenden el interés sexual, la frecuencia coital, la frecuencia orgásmica, satisfacción sexual, las actitudes, etc. por lo que debe distinguirse antes de comparar unos hallazgos con otros, la definición de actividad sexual hecha por cada investigador.

También se puede ver que algunos autores utilizaron las pruebas o paquetes estadísticos propios de los requerimientos de cada estudio.

Otros autores solamente describieron las características generales de la muestra y los principales resultados, y en otros investigadores son presentadas una amplia gama de relaciones y correlaciones entre las variables demográficas y las conductas, denotándose diferentes niveles y formas de aproximarse al conocimiento científico sobre el tema entre ellos, por consiguiente algunos estudios arrojan resultados más confiables en función del rigor metodológico y marco conceptual utilizados.

3.2 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

3.2.1 PROS Y CONTRAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

A lo largo de la exposición teórica de este trabajo, en algunos de

los estudios citados en el inciso anterior, se hace acento al temor que experimentan las gestantes ante la posibilidad de desencadenar un aborto o precipitar el parto, al realizar el acto sexual durante el embarazo, así como de provocar infecciones u otras adversidades durante este período. A este respecto se han realizado investigaciones que intentan demostrar la relación entre dichos eventos y la actividad sexual, obteniendo encontrados puntos de vista condensados en los siguientes cuadros (tabla 3.2a - 3.2b) para su mejor exposición. Como podrá distinguirse en la presentación de los estudios sobre la actividad sexual y adversidades al embarazo, los hallazgos y las conclusiones, oscilan entre estar a favor y estar en contra de las prácticas sexuales durante la gestación. Algunos autores se ubican en una postura ambivalente.

Tabla 1.2a. Evidencia sobre la actividad sexual y abstracción al embarazo (Pro y Contra)

AUTOR	ASPECTOS METODOLÓGICOS	EVENTOS INVESTIGADOS	hallazgos y conclusiones	COMENTARIOS
Pilla y Cole (1961) y Noyes (1961).	Entrevista 30,000 mujeres gestantes.	Crisis, parto prematuro, mortalidad perinatal	El coito durante el embarazo no incrementa la tasa de partos prematuros o muertes perinatales	Noyes (1961) confirma la credibilidad de estas resultados. Pilla no considera el coito como evento que incrementa el riesgo durante el embarazo.
Noyes (1959 y 1961), (Noyes, 1959 y 1961), Van de Berg (1961), Perlman (1961) y Herbert (1970).	2,000 partos observados y 11,265 puerperas entrevistadas	Crisis, infección del líquido amniótico, mortalidad perinatal, prematuridad, leucorrea ante parto, ruptura prematura de membranas	El coito frecuente en el 3o mes 14 veces al mes o 1 a la semana incrementa la infección de líquido amniótico y la mortalidad perinatal.	Van de Berg (1961) y Perlman (1961) concluyen que la deficiencia de coito frecuentemente se confunde y atribuye las deficiencias y sus términos. Además cabe destacar que la consecuencia de infección del líquido amniótico fue de 15:45 en quienes resistían el coito en el 3o mes, mientras que los que no tuvieron coito fue 1:100, diferencia que se representa que el coito durante el 3o mes sea resultado de infección de líquido amniótico observados corroborada por Herbert (1970).
Goodlin (1971), Goodlin (1972), Perlman (1961), Miller (1970), Herbert (1970)	5 embarazadas entrevistadas y de esas solo 1 observada con muerte fetal, al final del trimestre	Contracciones uterinas, órganos, peligran para el feto, teratogénos como abortif, parto prematuro, etc.	'La asociación del Peligro para el feto con el órgano uterino, aunque halla posibilidad teratogénica es difícil de documentar' (Goodlin, 1971). Las alteraciones del medio fetal son POSIBLES complicaciones del órgano al final del embarazo	El tamaño de su muestra no es significativa para hacer cualquier afirmación en cuanto a la relación entre órganos y abstracción del coito. Esta afirmación es adecuada en la expresión de sus conclusiones.

Tabla 3 (Continuación)

AUTOR	MUESTREO	EVENTOS INVESTIGADOS	HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	COMENTARIOS
Perkins, 1979 (Kolodny, 1982 Narsons, Johnson y Kolodny, 1987 White, 1982, Perkins 1984).	150 mujeres, en las que hubo 25 partos prematuros.	Corte, orgasmo u otras experiencias sexuales y parto prematuro.	Concluye que no hay relación entre los eventos sexuales y la capacidad orgásmica que se siente durante el parto prematuro, a menos que la masturbación sea relacionada con menor riesgo de partos prematuros en todas las etapas del embarazo. Aunque es posible que las contracciones uterinas del orgasmo en el ter. trimestre puedan desencadenar el parto. Perkins (1979) no acredita que haya una correlación estadística entre el orgasmo y el parto prematuro. Sin embargo, la estimación del orgasmo mediante la cresta o la masturbación, contribuye a la normalización del índice de partos prematuros.	Perkins especuló a partir de sus hallazgos que una alta sexual satisfacción y plena puede predisponer a la satisfacción y a la pérdida de control que podrían igualmente ser responsables de la pérdida del parto prematuro. Cuestionan el que algunos médicos afirman que el orgasmo puede provocar un parto prematuro. Desafortunadamente no uniforma las experiencias o estudios que apoyan su postura.
Pugh y Fernandez (1973). Citados en White, 1982 y Keller 1979.	150 mujeres	Corte, ruptura prematuro de membranas, infeción.	No hay diferencias significativas entre las variables estudiadas. Si las hay en los intervalos entre el corte y mujeres con parto prematuro y con parto normal.	Los autores que citan el estudio no aclaran la cuestión de los intervalos por lo que las conclusiones son indefinidas.

Tabla 3 (Continuación).

AUTOM	METODOLOGIA	EVENTOS INVESTIGADOS	HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	COMENTARIOS
Wagner, 1976 (Purina, 1964 y White, 1963).	18 primíparas	Coito, parto prematuro	El coito no es parte causal de la prematuro.	
Holtzman, 1976 (White, 1963)	Estudio retrospectivo en 25 puérperas.	Actividad sexual y prematuro	No hay relación entre la actividad sexual al final del embarazo y la prematuro.	
Cryzostomas 1979. (White, 1963)	70 primíparas	Coito, prematuro.	No hay asociación entre el coito y parto prematuro o prematuro	
Smith 1976 (Miller, 1979).	18 mujeres	Orgasmo múltiple y prematuro.	Demuestra que la prematuro y el orgasmo múltiple tienen relación durante el embarazo.	No se especifica el estudio.
Butler, 1979 (Miller, 1979)	Esposo teoricamente	Prostaglandinas, contracciones uterinas, parto prematuro.	Resonancia derivada de ácidos que se encuentran en el semen humano, promocionan contracciones uterinas, con acción analéptica para provocar abortos. Sin embargo, no hay pruebas de la relación que hay entre coito y el parto prematuro, pero tampoco hay pruebas de lo contrario.	

Tabla 3.26 (continuación)

AÑO	REFERENCIA	TEMAS INVESTIGADOS	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	COMENTARIOS
Año 1979	Revisión de libros de texto obstétricos, en relación a la actividad sexual durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Spence of Obstetrica se menciona el coito solo en relación con el embarazo múltiple. - Hay autores que dicen que debido a la tendencia del parto prematuro, debe tomarse precauciones, como evitar el coito durante los últimos 3 meses, las repeso y los viajes aéreos. - Reid (1973) dice que la relación se permite incluso hasta el septim mes solamente, limitándose debido a la posibilidad de infección intrauterina, si la paciente está en trabajo de parto después de la relación. - Wilson en On The Management of Obstetrical Difficulties (1961) menciona la actividad sexual como parte de las instrucciones prenatales. Recomienda que las pacientes con abortos o cesáreas anteriores a este embarazo eviten el coito durante la primera mitad del embarazo y en otros mujeres se abstengan hasta 4 meses antes del término. - Reid y Rowenthal (1975) dicen que las relaciones sexuales pueden causar aborto en los primeros meses o parto prematuro en la última parte del embarazo e aumentar el riesgo de infección. Se recomienda restricción y abstinencia durante los últimos dos meses. Cuando peligro el embarazo la actividad sexual deberá evitarse. - Taylor (1973) menciona que el editor de Obstetrical and Gynecological Survey afirma que 'Probablemente el coito no juega parte de la etiología del aborto o Parto prematuro'. 	97	
Año 1982				

Tabla 3 de (Herman).

AUTOR	ETIOLOGIA	FUENTES INVESTIGADAS	MALLADOS Y CONCLUSIONES	COMENTARIOS
<p>Milite 1982 Orellana Borroca y Ferris 1975. Eichenbach 1980. Ledger 1977. McComart 1979. McCreadin 1973. Rabinov 1976. Widomars y Chev, 1980.</p>	<p>Crita, E.T.S. 1 Enfermedad de transmisión sexual</p>	<p>El cota puede causar problemas como la infección por la transmisión de E. T. S. La sífilis puede contraerse al sacar o ser congenita. El recién nacido puede contraer infecciones letales a través del canal del parto como el herpes, gonorrea, listeria, estreptococo grupo B, y síndis.</p>	<p>Según estos autores, pareciera que durante la gestación se tuviera mayor susceptibilidad a las ITS que en cualquier época de la vida. Sin embargo se explica así así.</p>	
<p>Aronson 1967. (Aronson, 1967).</p>	<p>Revisión de 6 casos.</p>	<p>Estudios serológicos, cultivos, insuflación de aire por la vagina, muerte materna.</p>	<p>Una vez que el aire ha entrado en la corriente venosa del útero, la progresión de la vena crea un obstáculo para el coágulo en rápida. En el ventrículo derecho las turbulencias crean efectivamente la salida de sangre para los pulmones y una muerte súbita sobreviene rápidamente si el tratamiento no es inmediato.</p>	<p>Aunque también se aunque el coágulo es una práctica sexual poco común, es peligrosa por que sus consecuencias son fatales durante la gestación en caso de insuflar aire por la vagina.</p>

También se hacen comentarios respecto al rigor metodológico, y la relatividad de las conclusiones y se exponen algunas posiciones, de los autores de los textos obstetpícos en torno al objeto del estudio que se revisa, encontrándose ambigüedad principalmente en sus afirmaciones, observando, curiosamente, que las restricciones de la actividad sexual se sostienen abiertamente, en tanto que no se asume una postura definida en cuanto a ser permisivos con respecto al ejercicio de la sexualidad durante la gestación.

3.2.12 HORMONAS Y RECEPTIVIDAD SEXUAL EN LA PREZ.

Beach (1947) (citado en White, 1962) indica que existe una relación entre el avance de la escala filogenética y el grado en el cual la conducta sexual femenina está controlada por hormonas.

White (1962) refiere a Kaplan (1979) quien ha indicado que la progesterona probablemente no tiene ningún efecto sobre la libido.

Esta información, sin embargo, sugiere que la progesterona actúa como un depresivo sexual, estudios electrofisiológicos revelan que la progesterona baja el umbral de excitación de neuronas hipotalámicas para la estimulación genital (Williams, 1974); se ha demostrado que la progesterona exógena disminuye la libido (Schmidt, 1980) y la conducta agresiva (Abel, 1980) dramáticamente en los hombres; y según Williams (1974) la mayoría de las mujeres experimentan una disminución en el interés sexual durante la fase lútea o post-ovulatoria del ciclo menstrual (Autores citados en White, 1962).

Existe una asociación entre hormonas y estado de ánimo sugerida por la frecuente depresión e irritabilidad premenstrual, el post-parto y durante la menopausia (Smith, 1976, Williams, 1974 citados en White, 1982). Estos episodios se caracterizan por descensos rápidos, en los niveles de estrógenos y progesterona.

El embarazo ha sido caracterizado por un estado hiperestrógenico (encontrado como estradiol) (Pritchard, 1980) Speroff (1978) indica que la secreción de estríol maternal se incrementa. Estas hormonas esteroides son producidas originalmente por el cuerpo luteo del ovario en el embarazo, luego la placenta asume este rol entre la séptima y la décimo segunda semana de gestación. El estrógeno y la progesterona son esenciales para el mantenimiento de todos los embarazos suávidos (Fuchs y Klopper, 1977 citados en White, 1982).

Durante la gestación, el estrógeno y la progesterona actúan sinérgicamente para incrementar el tamaño de la mama con el crecimiento de elementos vasculares y glandulares y reducir la vasocongestión genital. La vasocongestión pélvica fue asociada con el incremento de tensión sexual durante el segundo y final del tercer trimestre en los estudios de Masters y Johnson (1968 citados por White, 1982).

En la mujer la estimulación sexual efectiva se logra rápidamente debido al alto nivel hormonal y la total excitación sexual se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo. Muchas partes del cuerpo como los senos, pezones y órganos genitales son más sensibles por lo que se vuelve más susceptible a la excitación que antes. Además, la mujer está más relajada porque existe la ventaja

de no tener que recurrir a métodos anticonceptivos (Stoppard, 1997).

Kaplan indica que el estrógeno, incluyendo al estradiol pueden decrementar el deseo sexual. Si Kaplan tiene razón, puede especularse según White (1982) que el incremento de la libido y respuestas sexuales durante la mitad del embarazo reportado por Fallov (1973) y Masters y Johnson (1966) y otros pueden reflejar la alta nivelación de la producción de estrógeno.

Janowsky (1971 citado en White, 1982) sostiene que la elevada producción de estrógeno al final del embarazo, parece precipitar un decremento en la libido, hipótesis que queda por confirmar.

3.2.1.3 POSTURAS COITALES Y TIPOS DE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE

LA GESTACION.

Reamy (1982) afirma que el éxito y la felicidad marital puede depender grandemente de la satisfacción sexual de la pareja, incluyendo la compatibilidad orgásmica de ella. En su estudio longitudinal (referido al inicio del presente capítulo), en el que se revisan diversos aspectos de la actividad sexual en el embarazo, encuentra en lo referente a las posiciones usadas para el coito, que la postura más frecuentemente reportada, tanto antes del embarazo como en cada fase de la gestación examinada, es la de el hombre arriba/mujer abajo. (postura del misionero ¹). La siguiente posición más frecuente fue el coito en que la mujer se

¹ Postura del Misionero : llamada así por ser la más utilizada por los misioneros en tiempos de Conquista.

coloca arriba. Las posturas coladas lado a lado y el costo posterior fueron seleccionadas como las más frecuentemente usadas por un amplio número de parejas conforme avanzaba el embarazo. Las posiciones para la relación sexual usadas con mayor frecuencia en el tercer trimestre avanzadas contrastadas con la línea base pre-embarazo, presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Por su parte, Butler y Wagner (1979) realizaron que la posición, varón arriba que había sido la más usada antes del embarazo (80% de la veces) disminuyó con este. La posición lado a lado fue la más frecuente en el último trimestre y la edad mayor preferencia fue la penetración en vaginade de atrás. No hubo correlación estadística entre la frecuencia las posiciones y el índice orgasmico.

El índice orgasmico producto de la masturbación durante el embarazo, no difiere significativamente al índice orgasmico de la misma actividad en estado no gravido. Tampoco encontraron diferencias importantes en cuanto a la frecuencia con que se practica el felatio y el coitus antes de la gestación y durante esta, sin embargo, la tasa de orgasmos por estimulación buco-genital disminuyen al avanzar la gestación.

Sólo el 28 recibió recomendaciones médicas sobre las actividades sexuales que podrían sustituir al coito durante la gestación y fue la estimulación manual, la que los médicos recomendaban para satisfacer a ambos miembros de la pareja. (Butler, 1971).

Se clasificaron las causas del cambio de las posturas pre-embarazo y durante el embarazo encontrándose los siguientes motivos:

RECIBIDO
1979
SIA/11/100

Malestar físico (46%), temor a lesionar al bebé (37%), pérdida del interés (37%), torpeza durante el coito (37%), por recomendaciones del médico (8%), motivos ajenos al embarazo (6%), pérdida del atractivo a juicio de la mujer (4%), sugerencias de otras personas (1%), otros motivos (15%) (Butler, 1979)

De toda la revisión de estudios al respecto de la actividad sexual en la preñez, se encontró que sólo Butler (1979) y Reamy (1982) describen en sus hallazgos datos en relación a las posturas y tipos de actividades sexuales más utilizadas por las gestantes. Por lo que es necesario profundizar en este aspecto.

3.3 PORQUE INVESTIGAR LA SEXUALIDAD DURANTE LA GESTACION.

La mujer embarazada a una tema que la relación sexual pueda provocar un aborto o un parto prematuro o dañar al feto; muchas mujeres dudan hasta cuando continuar con la relación sexual antes del parto.

La conducta y el ajuste sexual durante el embarazo han recibido poco estudio sistemático; en parte, tal vez por los tabúes sexuales y culturales y por otra parte el problema de la veracidad y la validez cuando se toca el tema. Esto en consecuencia, dificulta la forma de responder a las ansiedades maternas al proporcionar un conocimiento formal de la sexualidad durante el embarazo. Como ya se vio, muchas investigaciones sobre embarazo y sexualidad han sido prospectivas, y algunas de ellas se refieren a la conducta después del parto, o se han comparado grupos separados

de mujeres de diferentes estadios de embarazo (Robson, 1981).

Debe señalarse que en comparación con el número de estudios realizados en otras esferas de la conducta humana en general, y en el ámbito de la sexualidad humana en particular, las investigaciones empíricas en sexualidad y embarazo son relativamente pocas, y existe un sesgo metodológico característico. Incluso el estudio de Kinsey (1953) de la conducta sexual femenina con más de 3000 mujeres omitió notoriamente la evaluación de los hechos sobre la sexualidad durante el embarazo (Reamy, 1982).

Todavía existe división en la opinión médica acerca de la seguridad de la relación sexual durante la gestación. Una parte prohíbe la relación sexual durante los 9 meses. Otros enfatizan que debe evitarse los días del mes en los que deberían producirse las primeras menstruaciones (Guttmacher, 1973).

Por tanto, no es sorprendente que los médicos no incluyan en su interrogatorio obstétrico la frecuencia del coito, frecuencia relativa del orgasmo, satisfacción personal con la actividad sexual durante el embarazo, cambios en la autoimagen, posiciones preferidas en la cópula, juego sexual no copulativo, prácticas masturbatorias, estado de la relación de pareja, etc. Muy probablemente, aún si obtuvieran esta información, les sería difícil utilizarla eficazmente (Butler, 1979).

Por lo anterior Prekine (1984) sostiene que parece indiscreto, si no poco profesional denegar arbitrariamente a la gran mayoría de las mujeres gestantes. Este tipo de comportamiento interpersonal -

Consecuentemente el interés de las mujeres y sus parejas acerca de sus relaciones sexuales y maritales durante el embarazo, debe recibir la atenta consideración de los clínicos (Steege y Jelovsek, 1982).

En general estudioso como el de Tebor y Et Grazia (1976), descrito anteriormente, desempeña un papel importante pues indica que las reacciones sexuales son extremadamente sensibles a los cambios físicos y psicológicos asociados al embarazo y debe ser tomado en cuenta en las asesorías a las parejas que desean tener hijos. Los conocimientos de los efectos más probables del embarazo sobre la vida sexual debe ayudar a disipar la ansiedad que puede por otra parte ser movilizada en las parejas inexpertas, aunque naturalmente ocurran cambios en el funcionamiento sexual (Tebor y Et Grazia, 1976).

Para ayudar a la mujer embarazada y a su compañero a enfrentar el impacto del embarazo es importante que el médico, así como todo el personal dedicado al área de salud que se relacione con la gestante, los provea de asesoría y guía anticipatoria acerca de los aspectos emocionales y sexuales del embarazo. Una discusión de la normalidad de las fluctuaciones del interés sexual y del placer, posiciones coitales recomendadas, adaptándose al volumen del abdomen de la gestante cuando la pelvis está avanzada; Así mismo, sugerencias de opciones no coitales para la íntima expresión del afecto y el mutuo placer podrían hacer mucho para enriquecer la calidad del embarazo y los lazos maritales (Eassey, 1982).

Con base en todos estos argumentos y partiendo del hecho de que

Las particularidades de un grupo social o una cultura intervienen inesorablemente en sus pautas de comportamiento sexual y de que en la cultura mexicana no existe hasta el momento un estudio serio, profundo y sistemático que describa los patrones de conducta sexual durante la preñez en mujeres con embarazo de curso normal, el presente trabajo se aboca al estudio de estos aspectos, en un intento por abrir el camino de la investigación en este ámbito. Se espera que los hallazgos que del presente surjan, contribuyan a describir la conducta sexual durante el embarazo para cuestionar, en la medida de lo posible, los mitos, prejuicios, taboes y falsas concepciones y creencias que existen al respecto y apoyar a que los programas institucionales de cuidado prenatal tanto a nivel público como privado, incluyan en sus tareas de informara las mujeres embarazadas, a sus compañeros y a la comunidad en general las aportaciones que surjan.

METODO

CAPITULO IV.

CAPITULO IV.

METODO.

4.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA:

Cómo influye el periodo de gestación en la actividad sexual de las mujeres con embarazo normal?

4.2 HIPOTESIS:

HIPOTESIS CONCEPTUAL—Los estados psicológicos y conductuales sobre las actividades sexuales durante la gestación han mostrado que la respuesta y expresión sexual se altera en la mujer embarazada y que en general se decrecienta el interés y la participación en la actividad sexual como progresa el embarazo (Reamy y White,1985 pag.8).

HIPOTESIS DE TRABAJOLa actividad sexual disminuye conforme avanza el embarazo.

HIPOTESIS ESTADISTICA: No. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actividad sexual y la progresión del embarazo.

4.3 VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: Actividad sexual durante la gestación.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Fase o trimestre del embarazo en que se ubique la gestación.

DEFINICION OPERACIONAL.

V.D: Actividad sexual durante la gestación: conductas y acciones vinculadas con el motivo sexual, manifestadas durante el embarazo.

V.I: Momento específico de la gestación en que se encuentre la mujer, dependiendo de la edad gestacional, que para fines del presente estudio será al final de cada trimestre de la gestación.

DEFINICION CONCEPTUAL.

V.D.: actividad sexual. En teoría, debería haberse incluido toda forma de expresión erótica. Como este es un ideal imposible Kinsey (1948) contó únicamente los orgasmos logrados mediante seis tipos de actividad sexual: masturbación, sueños sexuales, caricias sexuales, coito, actividades homosexuales y contacto con animales. (Katchadourian, 1975 pag. 237).

V.I.: En ocasiones tienen algún valor dividir el período de gestación en unidades de tres meses de calendario cada una o en los trimestres, puesto que algunos eventos obstétricos importantes pueden ser convenientemente clasificados por trimestres (Pritchard J. Macdonald P. 1980).

CONTROL DE VARIABLES.

Se consideraron para su control las siguientes variables:

Una variable extraña pudo ser que las mujeres que participaron se sintieran invadidas en su intimidad, por lo que se les hizo saber con toda claridad que el cuestionario fue anónimo, que corresponde a una investigación muy importante y que las respuestas serían tratadas estadísticamente. Además les fue aplicado individual o colectivamente, con absoluta seriedad y respeto pidiéndoles que contestaran con toda honestidad agradeciendo de antemano su colaboración.

Diversas co-variables podrían ejercer influencia en la conducta de la gestante o delinear ciertos patrones de comportamiento sexual en este periodo, por lo que se tuvieron presentes, a la hora de analizar e interpretar los resultados, pudiendo así conocer o no su intervención sobre la variable estudiada.

COVARIABLES:

-Escolaridad:

-Ocupación:

-Religión y nivel de religiosidad:

-Estatos de la pareja:

-Edad:

-Escolaridad:

-Ocupación:

-Número de embarazos:

- primigrávidas
- multigrávidas
- (Para las multigrávidas)
- Antecedentes de parto prematuro
- Abortos previos
- Amenazas de aborto anteriores
- Antecedentes de hemorragias vaginales
- Antecedentes de infecciones vaginales
- Antecedentes de infecciones de vías urinarias
- Antecedentes de ruptura prematura de membranas
- Antecedentes de distocias
- Cesáreas practicadas anteriormente.
- Actividad sexual previa.

Todas estas variables fueron consideradas al inicio del instrumento y en el análisis estadístico por lo que oportunamente se especificará su situación con respecto a la V.B.

4.4.DISEÑO DE INVESTIGACION.

Las comparaciones que se hicieron para cubrir el objetivo del presente, corresponde a un diseño de tipo *expost-facto* para más de dos muestras independientes, dado que las sujetos se distribuyeron según la etapa de embarazo en que se ubican. De éste modo, aunque

no se tuvo control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones, se hacen inferencias de la relación entre la fase de gestación sobre la actividad sexual de la gestante.

4.5. MUESTRA.

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, pues se eligieron un total de 146 mujeres con embarazo normal, es decir sin complicaciones que pongan en riesgo el buen término del periodo gestacional, y que vivieran con su pareja por lo menos desde tres meses antes del embarazo hasta el momento de la aplicación, ubicadas en determinada fase de la gestación. De ésta manera, para los fines de este estudio se realizó la siguiente distribución de las muestras:

- a) 1a. Muestra. Se compuso de 51 gestantes entre la doceava y la catorceava semana de embarazo, es decir al final del primer trimestre
- b) 2a. Muestra. Estuvo formada por 52 mujeres ubicadas entre la veinticincoava y la veintisietava semana de gestación o sea al final del segundo trimestre.
- c) 3a. Muestra. Se conformó por 43 mujeres ubicadas entre las semanas treinta y ocho y cuarenta y uno de gestación, lo que equivale al final del tercer trimestre.

La figura 4-1 ilustra la composición de la muestra según los trimestres, como puede verse los grupos fueron semejantes en número de participantes, permitiendo la comparación entre ellos.



Fig. 4-1 Porcentajes de gestantes por trimestre.

Como puede verse en la figura 4-11 las edades de las participantes oscilaron entre los 18 y 42 años siendo el rango de edad más frecuente el comprendido entre los 26 y los 30 años con un modo de 27 y una media de 25.9 años.

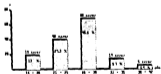


Fig. 4-11 Edades de las participantes.

La figura 4-III muestra las escolaridades tanto de las gestantes como de sus compañeros. Para fines de poder realizar comparaciones tomando en cuenta estas variables, se determinó nombrar escolaridad Baja a aquella de cualquiera de los niveles primarios, secundaria y/o técnica; y se consideró Alta la escolaridad preparatoria, licenciatura y postgrado. Tanto en las mujeres como en los parejas el nivel Alto predominó en este estudio.

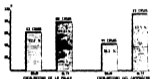


Fig. 4-III Escolaridad de las gestantes y sus parejas.
 Alta Preparatoria, licenciatura y postgrado.
 Baja Primaria y preprimaria.

La ocupación de las gestantes fué predominantemente (53.5%) las actividades del hogar, 21.2% ejercían su profesión, 9.6% personal de oficina (secretarias, cajeras, etc.), 3.4% y 2.7%, con las frecuencias menores, con ocupación de comerciantes y estudiantes respectivamente, y 3.5% de obreras.

Las religiones encontradas (Fig.4-IV) son principalmente la católica (77.4%), 13% no pertenecen a ninguna y el resto se divide entre creyentes, evangelistas y cristianos con frecuencias mínimas. La tendencia con respecto al nivel de religiosidad es de considerarse medianamente religiosos (41.5%) Fig. 4-V.



Fig. 4-IV Religiones en las participantes.

Nota: Los datos son 100% religión respecto, 100% católicas, 10.0% de otras y 13.3% sin religión.

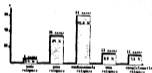


Fig. 4-V Nivel de religiosidad en las mujeres del estudio.

A continuación se describen una serie de aspectos ginecobstétricos de las mujeres que colaboraron como sujetos en el estudio. En la figura 4-VI pueden verse las mujeres que se encontraban disfrutando de su primer embarazo (primigrávidas o primigestas) y las que gozaban de su segundo o mayor número de gestas (multigrávidas o multigestas), el número de sujetos en cada caso permite las comparaciones.



Fig. 4-VI Número de embarazos.

Obviamente ninguna de las mujeres primigrávidas no presentaron alguno o varios de los problemas del embarazo durante la gestación actual al estudio; sin embargo, las multigestas en sus embarazos anteriores, podrían haber vivido alguna de las situaciones y en esos eventos influir en su actividad sexual por lo que se indagó obteniendo las frecuencias mostradas en la fig. 4-VII aquellos eventos con los mayores puntajes se sometieron a análisis que más adelante se describen, cabe destacar la mayoría de las multigrávidas carecen de antecedentes de problemas obstétricos.

Con relación a la pareja de la embarazada se encontró que las edades van de los 15 a los 47 años siendo los rangos semejantes a los de ellas en cuanto a distribución, la moda para ellos fue de 29 años y el promedio de 27 años. (Fig.4-VIII).

El dedicarse al ejercicio de una profesión así como al desempeño de un oficio fueron las ocupaciones más frecuentes (28.1% y 28.8 % en cada caso) entre los compañeros de las participantes del estudio, así mismo se encontraron en orden decreciente

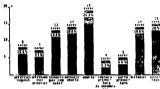


Fig.4-VII Antecedentes de problemas obstétricos en multigravídas, donde 100% equivale a 73 casos.

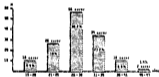


Fig. 4-VIII Edades de los compañeros de las participantes.

comerciantes (13%), empleados de oficina (12.3%), conductores de diferentes tipos de vehículos (6.2%), estudiantes (2.7%), judiciales y artistas (7% respectivamente).

4.6 INSTRUMENTO

El instrumento fue construido con el propósito de conocer si la actividad sexual durante la gestación se modifica durante la preñez y si esto fuera así conocer el porqué de esta modificación. Por tal motivo, inicialmente se identificaron los tipos de actividad más frecuentes y se pensó en preguntar si eran practicadas antes durante la gestación para establecer una comparación. Al indagar en la literatura y encontrar que algunos factores como los síntomas de la preñez, el deseo sexual, el placer, entre otros, influían en la sexualidad de la embarazada, surgió la idea de tomar estos indicadores y a partir de ellos construir un número aproximado de 8 reactivos por indicador. Fue entonces como se obtuvo la primera aproximación del instrumento el cual fue depurado y reordenado a sugerencia de algunos expertos: ginecólogos, sexólogos y educadores sexuales, 10 en total, eliminando los reactivos de la escala de actividad sexual que no cumplieran el requisito de obtener el 80% de aprobación del grupo de jueces expertos, después de lo cual se obtuvieron 44 ítems, mismos que junto con los tipos de actividad sexual se sometieron a un piloto (anexo 1) con 20 sujetos con características de la muestra, quitándose finalmente, producto de este round, la parte de actividad sexual del inicio del instrumento pues al parecer, causaba consternación en los sujetos y se procedió a hacer un análisis de reactivos lo que se denomina

validez de construcción por grupos contrastados para los reactivos individuales, obteniendo 21 frases discriminantes, con un alfa menor o igual al .05 que formaron parte del instrumento definitivo (anexo 2).

El instrumento aplicado a la muestra final constó de un cuadernillo de preguntas (reutilizable) y un aboja de respuestas. El cuadernillo contenía una introducción en la que, de manera general, se expuso el objetivo de la investigación. También constaba de instrucciones generales enfatizando la importancia de obtener información real, etc e instrucciones específicas sobre la manera de responder cada una de las partes en que se dividió el instrumento:

HISTORIA OBSTETRICA.

Esta sección se compuso de una serie de preguntas abiertas o dicotómicas sobre el estado de salud de la mujer en este y otros embarazos.Su objetivo fué constatar que efectivamente las participantes en el estudio gozaban de un embarazo normal. Así mismo, determinar el número de gestantes y en el caso de las multigravidas saber si existen antecedentes de dificultad o riesgo en sus embarazos previos, de modo tal, que se pueda establecer el control estadístico de las co-variables del estudio

PARTE I

Esta primera parte contiene 21 reactivos tipo Likert de 5 opciones y la escala va desde Disminuyó completamente hasta Aumentó

completamente, su objetivo es medir si las gestantes atribuyen a factores como el cuerpo, los estomas, el deseo sexual, la excitación sexual, la satisfacción física y emocional, el placer y el orgasmo el que la actividad sexual se modifica o no, o establecer si la escala en su totalidad refleja el sentido de la modificación de la actividad sexual en función de las fases del embarazo.

PARTE II

Este apartado está compuesto de 13 tipos de actividad sexual, un ítem sobre dispareunia (dolor al realizar el coito) y un ítem sobre el orgasmo (grado máximo de placer sexual). La información se concentra en un cuadro y el objetivo es conocer el tipo de actividad sexual y la frecuencia con que se practica en el trimestre de gestación respectivo a cada muestra y previo al embarazo con el fin de conocer la conducta sexual anterior o en estado no grávido de las mujeres en la investigación.

En cuanto al procedimiento de aplicación del instrumento final, se hizo de manera individual y colectiva, algunas veces aplicado por el ginecólogo de la gestante y otras por las propias investigadoras, por lo que las sujetas respondieron el instrumento en diferentes escenarios, (naturales todos ellos pues se trataba de un estudio de campo, algunos al esperar obtener una cita en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER), otras en consultorios ginecológicos privados y algunas otras en su ámbito ocupacional (oficina, casa, escuela) o en cursos de preparación para el parto.

siempre y cuando cumplieran los requisitos de inclusión a la muestra.

4.7 ANALISIS DE DATOS.

Para analizar los dato emanados del instrumento se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), que permitió a través de los diferentes programas, que a continuación se describen, esclarecer los resultados.

Se hizo la descripción de las frecuencias de las variables demográficas, así como de otras consideradas como relevantes, utilizando el programa FRECUENCIES, que al mismo tiempo proporciona porcentajes (frecuencias relativas), medidas de tendencia central y de dispersión, pudiendo mostrar un panorama general de las muestras.

Se utilizó el programa ANOVA (análisis de varianzas), cuyo fin fue detectar diferencias entre los medio de lo grupos y así poder asumir los efectos que, en su caso, el trimestre de gestación, la sociabilidad de la embarazada así como de su pareja, el número de gests; y para la multigravidez: los antecedentes de aborto, amenaza de aborto, hemorragias vaginales, distocias y/o cesáreas anteriores, ejercen sobre la actividad sexual en la preñez; medida a través de la escala que corresponde a la parte I del instrumento, cuyo nivel de medición es intervalar (Ver Anexo 3)

Otro programa utilizado en el análisis de datos fue el T-TEST cuyo

uso permitit encontrar diferencias entre los valores de la variable dependiente en este caso la frecuencia mensual con que la gestante practicaba la actividad sexual previamente al embarazo y durante este, a partir del supuesto de que las medias en ambos casos (antes del embarazo y en la fase o trimestre en que se ubique), son iguales. Con el fin de probar si, la prefer en general y/o los estudios en particular producen efectos diferentes en la actividad sexual de la mujer, siendo el nivel de medición para esta sección, intervalar.

Se efectuó la prueba de Rangos de Duncan la cual se compara promedios entre grupos y brinda un nivel de significancia indicando cuando hay diferencias significativas entre las muestras, para contrastar las medias del primero, segundo y tercer trimestre en cuanto a la frecuencia de actividad sexual medida a nivel intervalar.

También se usó el programa CROSSTABS, mismo que brindó el valor de χ^2 (Chi cuadrada) así como su nivel de significancia, pues la parte II del instrumento contiene una sección dicotómica (Nivel de Medición Nominal) y es necesario saber si existen diferencias, entre los grupos con respecto a la práctica de varios tipos de actividad sexual, de acuerdo a la forma en que se distribuyen las frecuencias (se determina la cercanía o lejanía que existe entre las frecuencias observadas de las esperadas).

Como se menciona en su oportunidad, la parte I del instrumento corresponde a una escala que mide actividad sexual y que va desde disminuye completamente hasta aumenta completamente.

analizando la varianza se encontro que hay diferencias estadísticas significativas no entre las fases del embarazo, sino en función de la escolaridad de la gestante entendiéndose que la alta escolaridad produce efectos diferenciales en la actividad sexual de la mujer en estado grávido. (Tabla A1), sin distinguir otras características como covariables

Tabla A1 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación y la escolaridad de la gestante.

	Suma de cuadrados		F	P
Trimestres	100	F	100	0,00
Escolaridad	1,000	F	0,010	0,92
Interacción Trim. vs Esc.	100	F	100	0,00
Residual	10,000	100	0,10	
Total	10,100	100	0,10	

* Datos son no significativos

Según la escala, la tendencia en los tres trimestres es hacia una disminución leve de la actividad sexual, estando más cerca del 50 HUSO CAMBIO las mujeres del tercer trimestre. En cuanto a la escolaridad de la gestante se obtuvo un promedio también con tendencia general a la ligera disminución de la actividad sexual mayormente marcado en las mujeres de escolaridad baja (primaria, secundaria y técnica) (Tabla A2).

Tabla A.2 Promedios de Actividad Sexual para los trimestres de gestación y para la escolaridad de la mujer.
(Mujer: Prim. Sec. y Ter. ALTA; Profesional y Preparatoria)

1er. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.
$\bar{X} = 2.42$	$\bar{X} = 2.71$	$\bar{X} = 2.83$
Escolaridad		
ALTA		ALTA
$\bar{X} = 2.53$		$\bar{X} = 2.86$

En relación a la influencia de la escolaridad del compañero sobre la actividad de la gestante no se obtuvo nivel de significancia estadístico alguno, que permita establecer relación entre estas variables, como podrá constatarce en la tabla A.3.

Tabla A.3 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación y la escolaridad del compañero.

* Datos en el apéndice

	suma de cuadrados	q	P	F	P
TRIMESTRES	0.000	1	.999	.000	.999
ESCOLARIDAD (de p)	0.000	1	.999	0.000	.999
INTERACCION TRIMES. vs ESC.	0.000	1	.999	.000	.999
RESIDUAL	07.000	12	.999		
TOTAL	08.000	14	.999		

La tabla A.3 muestra los valores de F y su probabilidad asociada producto del análisis de varianzas entre los trimestres de embarazo, y el número de gestas, y como puede verse hay diferencias estadísticas significativas entre las primigrávidas, existiendo al mismo tiempo una significativa interacción entre los trimestres y

el número de gestas. Así pues, puede observarse (tabla A.4) que al interactuar estas variables, las mujeres primigrávidas de primer trimestre tienen un promedio de actividad sexual que indica que no hubo cambio al estar embarazadas y tienen una tendencia al aumento leve de su nivel de actividad sexual; mientras que la multigrávidas declararon en el mismo primer trimestre haber disminuido levemente su actividad sexual. Por su parte en el trimestre intermedio, el promedio entre prim y multigestas es muy semejante e indica una muy ligera disminución de la actividad y permanece así al final del embarazo aunque en las multigrávidas se nota menos leve la disminución de la actividad sexual.

Tabla A.3 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación y el número de gestas.

	$\frac{SSA}{dfA}$	g	df^2	F	p
No. Gestas	2.710	1	1.501	4.345	0.03 *
Trimestres	2.510	2	501	2.510	0.08
Interacción Trim vs Gest	4.104	2	1.501	11.04	0.01 *
Residual	31.171	374	374		
Total	31.481	376	376		

* Indica que es significativo.

Al observar los resultados anteriores y como se señaló en la sección de variables, diversas co-variables deberían analizarse para conocer su intervención, sobre la actividad sexual de la mujer embarazada, cabe aclarar que las que se omitieron a prueba fueron aquellas que tuvieran un número de personas aceptable para poder

TABLA A.4 Promedios de actividad sexual habiendo interacción entre el trimestre y el número de gestas.

	1o. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.
Primigrávidas	3.06 (18 casos)	2.47 (12 casos)	2.70 (18 casos)
Multigrávidas	2.34 (18 casos)	2.42 (18 casos)	2.88 (18 casos)

desagregar el que las diferencias, en caso de existir, se debieran al tamaño de los grupos comparados. De este modo se realizó análisis de covarianza entre los antecedentes de aborto, la escolaridad de la gestante y los trimestres, encontrando que no existe, ni covarianza, ni interacción entre las variables. Sólo se encontró significatividad estadística entre los trimestres de gestación con respecto a su nivel de actividad sexual (tabla A.5). Del mismo modo los antecedentes de amenaza de aborto no influyen significativamente sobre la sexualidad en esta época (tabla A.7)

Tabla A.5 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación la escolaridad y antecedentes de aborto.

	suma de cuadrados	g	F	F	P
TRIMESTRES	1.90	2	1.94	5.971	* .01
ESCOLARIDAD	0.08	1	.08	0.258	0.61
INTERACCION TRIM. X ESC.	0.08	2	.14	.44	.64
ABORTOS ANTEC. DE	1.90	1	1.91	5.971	.01
RESIDUAL	25.08	18	1.39		
TOTAL	28.04	21	1.33		

* Valor es < 0.05 (significativo)

Tabla A.7 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación la escolaridad y antecedentes de amenaza de aborto.

	casos de actividad sexual		g	F	P
TRIMESTRES	1.90	1	1.88	5.00	0.01
ESCOLARIDAD	1.90	1	90	1.88	0.01
INTERACCION TRIM. vs ESC.	1.90	1	1.11	90	0.01
AMENAZAS ABORTO	1.90	1	0.71	90	0.01
RESIDUAL	1.90	11	90		
TOTAL	1.90	11	90		

* Tabla que no es significativa.

Tabla A.8 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación la escolaridad y antecedentes de hemorragias vaginales.

	casos de actividad sexual		g	F	P
TRIMESTRES	1.81	1	1.70	5.00	0.01
ESCOLARIDAD	1.81	1	80	1.77	0.01
INTERACCION TRIM. vs ESC.	1.81	1	1.01	80	0.01
HEMORRAGIAS VAG.	1.81	1	0.01	80	0.01
RESIDUAL	1.81	10	80		
TOTAL	1.81	11	80		

* Tabla que no es significativa.

En las siguientes tablas (de la A.8 a la A.10) se refleja como el haber experimentado en embarazos anteriores hemorragias vaginales o partos difíciles (distocias) o el haber tenido cesáreas no interviene en la actividad sexual de las embarazadas.

es decir, no hay diferencias significativas entre las covariables del estudio y la actividad sexual practicada durante la preñez.

Tabla A.9 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación la escolaridad y antecedentes de distocias (dificultad en el parto).

	g	F	F	p
TRIMESTRES	0.78	1	1.98	0.17
ESCOLARIDAD	0.88	1	0.87	0.51
INTERACCIÓN TRIM. vs ESC.	0.80	1	0.88	0.50
DESARROLLO ANT.	1.10	1	1.00	0.33
RESIDUAL	0.68	8	0.78	
TOTAL	0.78	9	1.0	

* Datos en el apéndice

Tabla A.10 Valores de F y su Probabilidad asociada para actividad sexual en función de los trimestres de gestación la escolaridad y antecedentes de cesáreas.

	g	F	F	p
TRIMESTRES	1.00	1	1.78	0.19
ESCOLARIDAD	1.00	1	1.00	0.33
INTERACCIÓN TRIM. vs ESC.	1.10	1	0.88	0.35
DESARROLLO ANT.	1.10	1	1.00	0.33
RESIDUAL	0.68	8	0.78	
TOTAL	1.00	9	1.0	

* Datos en el apéndice

Finalmente observamos que en todas las tablas de análisis de covarianza, hay significancia estadística entre los trimestres, lo que indica que en las mujeres que han tenido más de un embarazo, o multiparosas, los niveles de práctica sexual difieren

en función de la fase de embarazo en que se encuentren (Tabla A.11). Si se comparan entre sí los promedios, se puede observar que el descenso de la sexualidad es mayormente marcado al inicio de la preñez recupera un poco su nivel en el 2º. trimestre y queda cerca de sus niveles pre-embarazo hacia el final del periodo de gestación.

Tabla A.11 Promedios de actividad sexual en las multigrávidas según el trimestre al que pertenecen, datos varían de significativos en los análisis de correlación.

1er. Trim.	2o. Trim.	3er. Trim.
N= 233	N= 242	N= 270
(8 meses)	(8 meses)	(8 meses)

La parte II del instrumento en su sección dicotómica permitió identificar los tipos de actividad practicados antes del embarazo y durante este se obtuvo el valor de χ^2 para observar si hay diferencias entre los tipos de conducta expresados tanto antes como durante el embarazo (sin distinguir por fase o trimestre) y

Las actividades expresadas antes y durante cada etapa y como se ve en la tabla 4-100 los tipos de expresión sexual difieren significativamente en cuanto a su práctica antes y durante el embarazo, en la primera fase también se obtuvo un alfa de .00 en 14 de los 15 tipos de expresión sexual (en caso de la masturbación no puede ser procesado por este análisis pues no había información suficiente para comparar debido al insignificante número de mujeres que la practicaban).

Tabla 4-100. Diferencia de tipo y frecuencia sexual a los trimestres antes al número de mujeres que practican los tipos de actividad sexual antes y durante la gestación. (Cronos durante: Tercer Trimestre del embarazo)

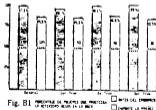
ACTIVIDAD	Antes		1er. Trm.		2do. Trm.		3er. Trm.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
SEXO ORAL	142	36	117	28	135	32	140	34
SEXO VAGINAL	207	51	211	50	189	45	189	45
SEXO PERINEAL	17	4	17	4	17	4	17	4
SEXO ANAL	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LA MANO	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LA OREJA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL PECHO	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LA CABELLA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LA LENGUA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL PIE	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LOS UÑAS	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LA MASCARILLA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON LA GASETILLA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL VESTIDO	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA MANO	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA PIerna	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA PANTALON	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA CAMISETA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA ZAFETA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA GORRA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA ZAFETA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA ZAFETA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA ZAFETA	1	0	1	0	1	0	1	0
MASTURBACION CON EL CABELLO DE LA ZAFETA	1	0	1	0	1	0	1	0

Al igual que en el primero, en el segundo trimestre de embarazo existen diferencias estadísticamente significativas en todos los tipos de actividad con respecto a su práctica antes y durante esta fase y finalmente en los tres últimos meses la única actividad en la que no existen significativas diferencias estadísticas es caricias en los senos lo que indica que el respeto de los tipos de actividad varían en cuanto a la frecuencia de mujeres que las practicaban antes de la preñez y durante la última etapa del

embarazo (para los casos donde aparece no computable quiere decir que por el número de celdillas esperadas no podía efectuarse el procesamiento)

En suma es indiscutible que el embarazo interviene en la modificación de las prácticas sexuales en cuanto a la frecuencia de mujeres que ejercían ciertos comportamientos sexuales antes de la gestación y la frecuencia de mujeres que los ejerce durante ésta, tanto a nivel general como en cada etapa de la preñez.

En las figuras 81 a 85 se visualizan las frecuencias y los porcentajes de mujeres que participaban en las diferentes formas de expresión erótica antes del embarazo y durante la preñez tanto a nivel general, es decir, sin separación de fases, como distinguiendo las tres fases como se aprecia en todas ellas la tendencia fue a la baja en el número de mujeres que manifestaban la expresión en cuestión durante el embarazo, este dato es consistente tanto en los diversos tipos de actividad, como en la comparación general y por trimestres.



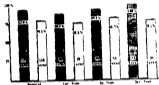


Fig. 82 PORCENTAJE DE MUJERES QUE PRACTICAN COITUS EN EL CUERPO.

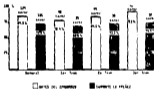


Fig. 83 PORCENTAJES DE MUJERES QUE PARTICIPAN EN LA ACTIVIDAD COITUS EN LOS SENO.

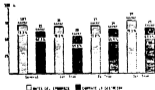


Fig. 84 PORCENTAJES DE MUJERES QUE PRACTICAN MANIPULACION DE GENITALES HACIA SU PAREJA.

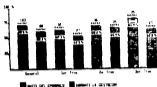


Fig. 85 PORCENTAJES DE MUJERES QUE PRACTICAN INSEMINACION DE ESPERMAS DE SU PAREJA HACIA ELAS.

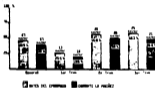


Fig. 86 PORCENTAJES DE GESTANTES QUE PRACTICAN COITUS INTERRUPTUS.

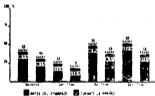


Fig. 87 PORCENTAJES DE GESTANTES QUE PRACTICAN COITUS INTERRUPTUS.

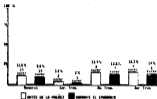


Fig. 88 PORCENTAJES DE GESTANTES QUE PRACTICAN LA PASTEURIZACIÓN.

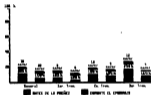


Fig. 89 PORCENTAJES DE MUJERES QUE PRACTICAN EL COITO APICAL.

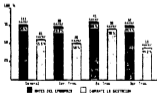


Fig. 910 PORCENTAJE DE MUJERES QUE PRACTICAN EL COITO POSTURA DEL "MOSONERO".



Fig. 8.11 PORCENTAJE DE MUJERES QUE PRATICAN EL COITO LATERAL.

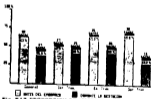


Fig. 8.12 PROPORCION DE MUJERES QUE PARTICIPAN EN EL COITO SUPERIOR.

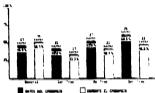


Fig. 813 PROPORCIÓN DE MUJERES QUE PARTICIPAN EN EL COITO POSTERIOR.

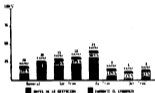


Fig. 814 PORCENTAJES DE MUJERES QUE EXPERIMENTAN MÁS PLEASURE AL REALIZAR EL COITO POSTERIOR.

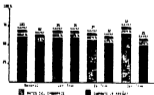


Fig. 815 PROPORCIÓN DE MUJERES QUE EXPERIMENTAN TAMBIÉN ORGASMO CON ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES.

La información contenida en todas estas figuras corresponde también (como en Chi²) al número de mujeres que contestaron afirmativamente la sección dicotómica de la parte II del instrumento donde se les preguntó cual de estos tipos de actividad practicaban tanto tres meses antes de estar embarazadas como en los tres meses de la fase a la que pertenecían. Observando cada figura puede comprenderse y explicarse pues, los hallazgos obtenidos en Chi².

Las frecuencias con que son practicados los diversos tipos de actividad sexual antes de la gestación y durante cada fase de esta, se analizaron por medio de la prueba t; obteniendo los puntajes que se muestran en las tablas 4-1, 4-2 y 4-3 que corresponden respectivamente a cada uno de los trimestres y que comparan el promedio de cada actividad practicada antes y durante las etapas.

Se realizó al mismo tiempo un análisis por prueba t general, es decir, sin distinguir los trimestres, solamente comparando las actividades pre-embarazo y las actividades practicadas en estado grávido, puntajes que aparecen en la tabla 4-4. Así pues puede verse la probabilidad o nivel de significancia que permite reconocer (cuando $P \leq 0.05$) las actividades en las cuales hay diferencias estadísticamente significativas con relación a su ejercicio previo y en el transcurso del embarazo.

Como puede apreciarse en los tres primeros meses solo hay diferencias estadísticamente significativas en la actividad con la postura del misionero y como puede observarse por las medias

obtenidas la actividad decrementsa su frecuencia mensual de 6.4 a 4.7 veces al mes. Con respecto al resto de las conductas puede inferirse que la primera fase del embarazo no ejerce influencia significativa estadísticamente o que los niveles pre-gestación vs. primer trimestre son relativamente iguales (Tabla 4-1).

TABLA 4.1 Valores de t para Actividad Sexual ANTES y DURANTE el embarazo (1er. Trimestre)

ACTIVIDAD	I A	I O	t	gl	P
sexo en la boca	16.7	15.1	1.58	26	.06
sexo en el cuerpo	16.2	14.5	1.68	26	.05
sexo en el sexo	16.1	15.1	1.08	26	.29
sexo en el sexo + g.	14.8	13.5	1.30	26	.21
sexo en el sexo + g + coito	14.2	13.1	1.08	26	.31
sexo	14	12.8	1.20	26	.24
sexo + g.	13.1	12.1	1.00	26	.32
sexo + g + coito	12.1	11.5	0.56	26	.58
sexo + g + coito + postura	11.5	10.8	0.70	26	.49
sexo + g + coito + postura + coito	11.1	10.4	0.70	26	.49
sexo + g + coito + postura + coito + postura	10.8	10.1	0.70	26	.49
sexo + g + coito + postura + coito + postura + coito	10.4	9.7	0.70	26	.49
sexo + g + coito + postura + coito + postura + coito + postura + coito + postura	10.1	9.4	0.70	26	.49

En los meses intermedios del embarazo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia mensual de las actividades besos en la boca, caricias en el cuerpo, coito anal y coito postura del misionero y como podrá observarse (Tabla 4.2) la frecuencia decrementsa, de lo cual puede concluirse que esta fase intermedia ejerce influencia en el descenso de las practicas sexuales señaladas.

Los últimos tres meses de la preñez provocan cambios significativos, estadísticamente hablando, en las frecuencias al

TABLA 4-2 Valores de λ para Actividad Sexual ANTES y DURANTE el embarazo (2o. Trimestre).

ACTIVIDAD	I A	I D	I	g	λ
SEXO DE LA MUJER	26.9	27.8	27.8	27.8	27.8
SEXUALIDAD DE LA MUJER	26.1	25.4	25.4	25.4	25.4
SEXO DE LA MUJER	25.2	24.4	24.4	24.4	24.4
SEXUALIDAD DE LA MUJER	24.3	23.5	23.5	23.5	23.5
SEXO DE LA MUJER	23.4	22.6	22.6	22.6	22.6
SEXUALIDAD DE LA MUJER	22.5	21.7	21.7	21.7	21.7
SEXO DE LA MUJER	21.6	20.8	20.8	20.8	20.8
SEXUALIDAD DE LA MUJER	20.7	19.9	19.9	19.9	19.9
SEXO DE LA MUJER	19.8	19.0	19.0	19.0	19.0
SEXUALIDAD DE LA MUJER	18.9	18.1	18.1	18.1	18.1
SEXO DE LA MUJER	18.0	17.2	17.2	17.2	17.2
SEXUALIDAD DE LA MUJER	17.1	16.3	16.3	16.3	16.3
SEXO DE LA MUJER	16.2	15.4	15.4	15.4	15.4
SEXUALIDAD DE LA MUJER	15.3	14.5	14.5	14.5	14.5
SEXO DE LA MUJER	14.4	13.6	13.6	13.6	13.6
SEXUALIDAD DE LA MUJER	13.5	12.7	12.7	12.7	12.7
SEXO DE LA MUJER	12.6	11.8	11.8	11.8	11.8
SEXUALIDAD DE LA MUJER	11.7	10.9	10.9	10.9	10.9
SEXO DE LA MUJER	10.8	10.0	10.0	10.0	10.0
SEXUALIDAD DE LA MUJER	9.9	9.1	9.1	9.1	9.1
SEXO DE LA MUJER	9.0	8.2	8.2	8.2	8.2
SEXUALIDAD DE LA MUJER	8.1	7.3	7.3	7.3	7.3
SEXO DE LA MUJER	7.2	6.4	6.4	6.4	6.4
SEXUALIDAD DE LA MUJER	6.3	5.5	5.5	5.5	5.5
SEXO DE LA MUJER	5.4	4.6	4.6	4.6	4.6
SEXUALIDAD DE LA MUJER	4.5	3.7	3.7	3.7	3.7
SEXO DE LA MUJER	3.6	2.8	2.8	2.8	2.8
SEXUALIDAD DE LA MUJER	2.7	1.9	1.9	1.9	1.9
SEXO DE LA MUJER	1.8	1.0	1.0	1.0	1.0
SEXUALIDAD DE LA MUJER	0.9	0.1	0.1	0.1	0.1

mes con que se ejercen las actividades dadas en los senos, manipulación de genitales de la gestante hacia su pareja y de él hacia ella, así como nuevamente en la posición hombre arriba-mujer abajo para realizar el coito (misiónero). A partir de las medias calculadas las diferencias entre esta fase y la actividad sexual preembarazo consisten en el decremento de la frecuencia mensual tanto en las conductas no-coitales como la coital (tabla 4-3).

Así pues, puede denotarse que el número de actividades que decrecientan en los dos últimos trimestres es semejante entre ellos pero mayor con relación al primero, la única actividad que permanece descendiendo durante los tres periodos es la postura del misiónero para el coito.

TABLA 4-3 Valores de t para Actividad Sexual ANTES y DURANTE el embarazo (Ser. Embarazo)

ACTIVIDAD	A	D	t	p
ACTIVIDAD SEXUAL	174	204	1.54	0.128
OROSION DE LA MUJER	174	161	1.40	0.162
OROSION DE LA MUJER	164	177	1.05	0.292
OROSION DE LA MUJER (C)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (D)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (E)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (F)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (G)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (H)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (I)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (J)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (K)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (L)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (M)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (N)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (O)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (P)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (Q)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (R)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (S)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (T)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (U)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (V)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (W)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (X)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (Y)	164	177	1.11	0.263
OROSION DE LA MUJER (Z)	164	177	1.11	0.263

Al contrastar las medias de frecuencia mensual de las prácticas sexuales ejercidas ante de la preñez y durante ella sin separar por fases, se observa que difieren significativamente la actividad bucal en la boca, caricias en el cuerpo, caricias en los senos, estimulación manual de genitales, tanto de la gestante hacia su compañero, como de él hacia ella, la estimulación oral de los genitales de la mujer (cunilingus O y la posición del misionero para realizar el coito, reflejando que estadísticamente es significativo el descenso en la frecuencia en estas prácticas sexuales y por consiguiente es factible inferir que el embarazo parece ejercer influencia sobre la sexualidad de la mujer, e inmensurablemente interviene en el decremento del ejercicio de la sexualidad (Tabla 4-4).

TABLA 4-4 Valores de t para Actividad Sexual ANTES y DURANTE el embarazo por etapas de gestación

ACTIVIDAD	I A	I O	I g	s
SEXO EN LA BODA	80.3	75.1	72	1.9 10.000
RELACION DE COITO	65.1	72.3	71	1.27 10.000
RELACION DE SEXO	71.5	67.1	71	1.68 10.000
RELACION DE SEXO EN COITO	60.7	65.2	71	1.35 10.000
RELACION DE SEXO EN COITO	61	67.1	71	1.45 10.000
COITO	57	63	71	1.47 10.000
RELACION	64	67	71	1.16 10.000
RELACION DE	68	66	71	1.24 10.000
SEXO SEXO	71	67	71	1.39 10.000
SEXO "RELACION"	69	64	71	1.51 10.000
SEXO SEXO	63	63	71	1.00 10.000
SEXO SEXO	67	64	71	1.12 10.000
SEXO SEXO	63	67	71	1.16 10.000
SEXO SEXO	67	67	71	1.00 10.000
SEXO SEXO	63	67	71	1.16 10.000
SEXO SEXO	67	67	71	1.00 10.000
SEXO SEXO	67	67	71	1.00 10.000
SEXO SEXO	67	67	71	1.00 10.000

Considerando los hallazgos descritos anteriormente se efectuó la prueba de Rangos de Durbin estableciendo en relación a los tipos de actividad sexual DURANTE el embarazo, las diferencias entre los grupos de primera, segunda y tercera fase e indicando el nivel de significancia para considerar estadísticamente significativas las desigualdades entre las medias de los grupos y de este modo contrastar los niveles de frecuencia mensual de las actividades sexuales investigadas entre los tres etapas de la preñez.

Observando el contenido de la tabla 4-5 que indica las medias por trimestre para las actividades no coitales; puede verse que la actividad besos en la boca, practicada durante el primer trimestre de embarazo difiere significativamente de la ejercida en el segundo y en el tercer trimestre (no así entre el segundo y tercero), notándose que aumenta significativamente la frecuencia

mensual en el trimestre intermedio y en el último trimestre en relación a los tres meses del inicio. Las conductas sexuales restantes de tipo no coital no observan significancia diferencial con respecto a sus niveles de práctica entre las tres fases de la preñez.

TABLA 4-5 Contraste entre los grupos las medias de las actividades sexuales de tipo no coital durante la preñez.

Actividad	1. 1a.	2. 2a.	3. 3a.	Signif. (p)
COITO	14.1	15.5	14.4	1.0 > 0.05
COITO DE LA MUJER	14.1	14.8	14.1	siguiente
COITO DE LOS HOMES	14.1	14.1	14.1	siguiente
PROTECCIÓN DE SUCUBOS SEXO O.	14.4	14	14.5	siguiente
PROTECCIÓN DE SUCUBOS A OVA	14.8	14.8	14.8	siguiente
Oral	15	15	15	siguiente
Anal	14	14	14	siguiente
Perineal	14	14	14	siguiente

Al analizar las medias de las prácticas de tipo coital se ve que ninguna difiere significativamente entre las etapas (tabla 4-6). Del mismo modo la ocurrencia de la dispareunia y el orgasmo no manifiesta que entre los trimestres había niveles diferentes significativamente (tabla 4-7). Por consiguiente puede inferirse que el contraste entre las medias de las actividades sexuales dentro del mismo embarazo, es decir, entre los grupos DURANTE de primero, segundo y tercer trimestre, refleja que los niveles de práctica sexual son relativamente semejantes entre las fases.

salvo el caso de la actividad besos en la boca citada más arriba.

TABLA 4-6 Contrasta entre los grupos las medias de las actividades sexuales de tipo costal durante la preñez.

Actividad	I Ia.	I Ib.	I Ic.	Diferencia estadística
SEXO VAG. (penetrant)	1.1	1.1	1.3	no hay
SEXO "POLICION" (sin penetrant)	1.0	1.2	1.0	no hay
SEXO LÍPICO (Lips o Lips?)	1.0	1.1	1.0	no hay
SEXO BUCAL (Cariar or Cariar?)	1.1	1.0	1.1	no hay
SEXO PERINEAL (Anus or Anus?)	1.0	1.0	1.0	no hay

TABLA 4-7 Compara entre las fases las promedios de los eventos relacionados a la actividad sexual.

Evento	I Ia.	I Ib.	I Ic.	Diferencia estadística
EMBARAZO (Inicio al realizar el acto)	1.1	1.1	1.1	no hay
EMBARAZO (Pract. sexual de planeo sexual)	1.1	1.0	1.1	no hay

Por todo lo anterior y en respuesta a las hipótesis formuladas al inicio del presente capítulo, puede concluirse que la actividad sexual disminuye en estado grávido con respecto a sus niveles pre-embarazo. Sin embargo, sería aventurado afirmar que esta disminución es mayor en la fase terminal del periodo, por lo que puede afirmarse que existen diferencias estadísticamente significativas en la actividad sexual con relación a su práctica antes y durante la gestación.

DISCUSSION.

DISCUSION

Por los hallazgos antes descritos, la hipótesis planteada al inicio de esta investigación, queda parcialmente contestada por lo siguiente; la hipótesis dice que la actividad sexual disminuye conforme el embarazo progresa y es evidente que la gestación conlleva una serie de cambios, algunos drásticos, en la expresión erótica de la mujer; encontrando por ejemplo que la actividad -besos en la boca- es practicada por menos mujeres durante la preñez que antes de ella, pero sin embargo, sin siendo menos las gestantes que la practican, los niveles o la frecuencia mensual con que es practicada dicha actividad, aumenta durante el segundo y tercer trimestre con respecto al primero, aunque estos niveles permanecen inferiores en relación a antes del embarazo. Mientras tanto el resto de las actividades sexuales, tanto coitales como no coitales observaron disminución tanto en número como en frecuencia mensual.

Esto puede deberse a que la actividad besos en la boca es considerada socialmente con mayor aceptación en relación a las conductas coitales que tienen una valoración negativa asociada a la maternidad. Situación cuestionada en este trabajo ya que en ésta sociedad se observa que la mujer es ubicada bajo un escudo a ser madre acusada o mujer acusada, es decir, parecería que ejercer la capacidad de ser madre, le limitara la facultad de ejercer su sexualidad. Esta concepción priva a la mujer de desarrollarse como un ser integral, vinculando todas las áreas que

La conforman.

En cuanto al número de coitos practicados al mes, como se encontró en los análisis por prueba t la postura del 'misionero' (hombre arriba, mujer abajo), fue la actividad tanto coital, como no coital, que disminuyó significativamente en comparación a antes del embarazo, para los tres trimestres, lo que puede deberse al temor experimentado por las parejas a dañar el feto y/o a la incomodidad causada por el aumento del volumen abdominal. Por los promedios observados en las respectivas tablas (4-1,4-2 y 4-3), su frecuencia disminuye de 4.7 coitos en promedio durante el primer trimestre, a 3.4 durante el segundo y 3.0 coitos en esta posición en el último trimestre. Este hallazgo coincide con las conclusiones en cuanto a la frecuencia coital reportados por Solberg, 1973; Morris, 1973; Toler y Robinson, 1974; Reamy, 1982; Stegge y Jelovsek, 1982; Perkins, 1983 y Nydling, 1984; quienes obtuvieron un decremento sostenido y gradual de la frecuencia coital conforme la gestación progresaba. No obstante, ellos no especifican a qué postura se refieren, mientras que en el presente estudio se hace la distinción entre la posición del 'misionero' y el coito lateral, superior y posterior, encontrándose que los promedios de estas tres conductas coitales son menores en cada fase de la gestación, aunque sin un nivel de significancia estadística, que establezca diferencias en relación a antes del embarazo.

Un aspecto interesante en este estudio es que se puede observar al comparar los cuadros con los puntajes t que es evidente durante el período gestacional que la mujer decrecienta principalmente las

conductas de tipo no coitales, a pesar de que este aspecto no se presenta en el primer trimestre ni en la fase intermedia (en la que son disminuidas las frecuencias de dos expresiones no coitales y dos de tipo coital), se observa que en la fase terminal de la gestación se presenta este decremento, así como también en la comparación antes-durante sin distinción por fase. Este hecho relacionado a que el número de mujeres, que practicaban los tipos de actividad sexual investigados, disminuyó significativamente tanto entre los trimestres como en la comparación general (resultados de chi²), lo que refleja es que al aceptar participar en la interacción sexual a nivel precoital, muy posiblemente llevaba a la mujer y a su compañero a subirse con el coito, situación poco probable por las tasas de frecuencia obtenidas, o a tener que suspender la consecución del intercambio sexual, que en caso de ser así, produce en los participantes mayor incomodidad o desagrado, quizá a ello se debe el alto número de mujeres que optaron durante el embarazo así como en cada fase, por abstenerse totalmente de realizar las diferentes prácticas sexuales y el que quienes las continuaron practicando, hayan disminuido su frecuencia mensual sobre todo, como ya se dijo, en los comportamientos que con frecuencia son utilizados para la procuración de placer a fin de excitar a los participantes. Todor y Sidranski (1974), refieren que una tercera parte de su muestra de 250 mujeres embarazadas y en el postparto, se mantuvo en abstinencia sexual total durante la gestación. En el caso de la investigación realizada por Robson (1991), las mujeres de tercer trimestre se abstuvieron totalmente del coito o practicaban en

promedio un coito a la semana, sin embargo no mencionan claramente la proporción de mujeres abstinentes.

Por otro lado, algunas mujeres que participaron en el estudio comentaron, en charla informal que "...preferimos no hacer nada para no excitarnos..." es decir, como se mencionó en el capítulo anterior los resultados señalan una disminución en la frecuencia de coitos durante el embarazo.

Es probable la explicación de que las parejas para no excitarse sexualmente y después tuvieran que interrumpir la relación de coito optaban por "no hacer nada" sexualmente. Por su parte los motivos que las condujeron a estos decrementos de sus actividades no fueron analizados al detalle en este estudio, solo puede concluirse que la disminución es muy leve entre los tres trimestres de gestación, de manera que no pudo llegar a los niveles de significancia estadística reportados con base en lo obtenido en la escala de actividad sexual que contempló aspectos de síntomas, cuerpo, deseo sexual, excitación, satisfacción física y emocional, placer y orgasmo, reiterando que no se analizaron por separado como factores, lo que sugiere que todos estos aspectos en global se disminuyen durante el embarazo del mismo modo que las prácticas sexuales en si se decrementan.

Ahora bien, según los aspectos de la actividad sexual medidos a través de la escala, es evidente que la actividad sexual se ve influida por la escolaridad de la mujer, así como por el ser primigrávida o multigrávida Kolodny (1982), menciona que los modelos de conducta sexual están determinados además de los aspectos biológicos, por factores psicosociales, contando a la

escolaridad o nivel educacional como uno de ellos. Indudablemente ejerce influencia en los patrones de conducta sexual obtenidos en el presente estudio, pues los correspondiente al que a un nivel educacional bajo se de un nivel de actividad sexual menor, mientras que las gestantes con alta escolaridad manifiestan un nivel de actividad sexual mayor.

Hay coincidencia entre los resultados aquí obtenidos y los descritos por (Steege y Jelovsek (1982) y Robson (1991), quienes enfatizan que las mujeres primigravidas obtienen decrementos de la actividad sexual mayores que las multigravidas a lo cual puede argumentarse que el temor a producir adversidades al embarazo es mayor en quienes están gestando por primera vez. Cabe mencionar que ninguna covariable contemplada entre las multigravidas con respecto a las dificultades en embarazos, fue significativa, por lo que se concluye que aun las mujeres que han tenido abortos previos, amenazas de aborto anteriores, hemorragias vaginales, infecciones vaginales, partos prematuros, partos difíciles (distócias) o cesáreas en sus otros embarazos, mantienen niveles semejantes de actividad sexual a los de aquellas mujeres sin problemas o antecedentes de dificultades durante el embarazo.

Lo anterior, relacionado con el hallazgo de las diferencias entre las primigestas y multigestas, indicaría que existen factores de aprendizaje a través de la experiencia que incrementarían la seguridad que las gestantes tienen al realizar la actividad sexual, sobre todo en los dos últimos trimestres, y por otro lado el mayor puntaje en las primigravidas de primer trimestre, puede asociarse a, que según respuestas verbales externalizadas a las

investigadoras. Tales mujeres se encuentran viviendo su vida sexual activa conjuntamente con la llegada del embarazo.

Estos hallazgos ubican en una esfera de la conducta humana en la que al igual que en otras áreas del comportamiento, intervienen factores biopsico-socio-culturales que como estudiosos de la psicología clínica se está obligado a considerar.

Aunque se incluyeron gestantes en edad adolescente la gran mayoría pertenecen a la edad adulta, cuando la personalidad se encuentra en un punto de su desarrollo en el que ha integrado casi la totalidad de los elementos que la conforman, sin embargo, la interacción entre esta personalidad adulta y su entorno no es estática y sigue evolucionando conforme se recorre el ciclo de vida. Los cambios acontecidos durante la preñez, implican por la rapidez con que estos suceden (en lo biológico, psicológico y sociocultural) un tiempo de transformación y de adaptación por lo que la personalidad tendrá que adecuarse rápidamente a una nueva manera de enfrentarse ante estas situaciones de modo que si se considera al embarazo como "crisis" del desarrollo, según la conceptualización de Erikson (citado en Ramírez, 1973) al pasar el período crítico, esta mujer habrá evolucionado y por ende se encontrará con nuevos elementos para responder ante el mundo. El componente sexual también está sujeto a las interacciones que lo transformarían evolutivamente por la experiencia de la gestación. En particular la actividad sexual durante la preñez no está exenta de la influencia de múltiples factores, tales como la educación formal e informal, la religión, los valores y principios morales individuales y de grupo, la historia sexual, los

antecedentes ginecológicos, etc., que determinan las actitudes y por consiguiente los patrones de conducta sexual manifestados tanto por la mujer como por su pareja.

Como puede verse en los hallazgos propios del presente trabajo, el nivel escolar de la embarazada jugó un papel importante en la actividad sexual, en tanto que los antecedentes ginecológicos no representan una causa suficiente para la modificación de la conducta en cuestión.

Por lo que respecta a los otros factores mencionados tales como, deseo sexual, satisfacción física y emocional, placer, etc., se sugiere que en investigaciones futuras se indaguen, a través de una entrevista dirigida, para conocer su correlación.

Por otro lado, los médicos obstetras que es por lo general a quienes se dirigen las gestantes para preguntar acerca de sus inquietudes sexuales, no cuentan con una preparación o formación en sexualidad humana, suficiente y necesaria para brindar la orientación que ellas demandan (Chaz, 1970) lo que implica una desinformación o información equivocada, que obstaculiza al que estas mujeres se permitan expresar una sexualidad placentera.

Por lo anterior se considera que el presente estudio contribuye a describir la conducta sexual durante el embarazo, pretendiendo erradicar mitos y falsas concepciones que existen al respecto de igual manera es la intención de este estudio, proporcionar elementos factuales que pueden ser utilizados por los profesionales de la salud y la educación, para informar a las parejas y/o a la mujer sobre los cambios que producto del embarazo tendrán en su comportamiento sexual, tomando en cuenta que en la

medida que sean conocidos estos cambios y principalmente sus causas, las ideas a priori o prejuicios se cuestionaban.

Dentro de las limitaciones que se presentaron se cita como la principal, el hecho de que los reactivos del instrumento fueron interpretados, según la expresión de algunas mujeres participantes en el estudio como "muy directos", lo que produjo la negativa de contestar, en otros casos el dar información parcial, primordialmente en la sección en la que tenían que reportar la frecuencia semanal y mensual con que practicaban la actividad sexual.

Debe señalarse como una limitante al que, por ser este un trabajo de tesis que en principio fue planteado como un proyecto ambicioso en el sentido de indagar ampliamente en los aspectos relacionados con la sexualidad durante el embarazo, sin embargo, el análisis se restringió a los hallazgos más importantes en función de los objetivos de este estudio. Por otro lado se considera que existe información basta, presentada en gráficos y cuadros para desglosar un sin número de porcentajes y detalles sobre el tema, lo cual para los fines del presente representaba una gran inversión en recursos materiales y humanos difícilmente costeados.

Se considera que pudo haber influido en las respuestas de las participantes, el hecho de realizar la aplicación del instrumento tanto los médicos particulares de algunas de las mujeres, como en otras por las propias investigadoras. Por lo que se sugiere que en futuras investigaciones sea uniformado este criterio y así, poder desechar cualquier posible duda sobre la influencia de la relación entre el encuestador y el sujeto por lo que es preferible que sea

el investigador quien desempeña esta labor.

Finalmente puede considerarse necesaria la mayor profundidad en estudios ulteriores en los aspectos casuales de los determinantes de la actividad sexual experimentados en el presente estudio. Analizar los factores contenidos en la escala de actividad sexual como indicadores de la sexualidad de la mujer embarazada, podría aportar conocimientos interesantes, así como el conocer las actitudes de las gestantes y poder correlacionarlas con las tasas de frecuencia de conductas sexuales expresadas.

Creando firmemente que al presentar una serie de datos inéditos en población, respecto sobre la sexualidad de la mujer embarazada, se contribuye al avance del conocimiento sobre sexualidad humana como disciplina científica; la psicología clínica como área de estudio de la personalidad y la psicología como ciencia aplicada al estudio de la conducta del ser humano.

R.M.V.R. y A.L.C.P.

CD. UNIVERSITARIA D.F. NOVIEMBRE, 1990.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Aronson N. E., Nelson P.K. : FACTOR, 1967 'Fatal Air Embolism in Pregnancy Resulting from an Unusual Sexual Act'. Obstetrics and Gynecology Vol 30, No 3, June
- 2- Bing E. Goldman I.: 1967 El amor durante el embarazo. Ed Pan-México, New York.
- 3- Butler J., Reicher, D. Vagner N. 1979 'Sexuality during Pregnancy and Post-Partum'. Human Sexuality. Ed Williams and Wilkins, Baltimore p.p. 179-191
- 4- Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982 Mujeres Conoces, Mujeres Libres (versión española) Ed Icaria, Barcelona
- 5- CONAPO, 1982 La Educación de la Sexualidad Humana. Sociedad y Sexualidad. Ed CONAPO. Tomos I y II México.
- 6- Diaz, B. A. 1970, Importancia de la educación sexual en la práctica obstétrica Rev. de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol XXX No 3, Septiembre
- 7- Fallick, C. 1973, 'Sexual adjustment during first pregnancy and Post-Partum' Am. Journal of Obstetrics and Gyn. No. 177.

Illinois, p.p. 891-9000

- 8- Frisay, S. 1977. My Sadre Yo Miera, Ed. Argos-Vergara Barcelona
- 9- Gardner, S., DeLamare T. 1960 Diccionario de los Terminos Medicos, Ed. Norman, Madrid
- 10- Gordon, R., F.A.C.O.G., Schmidt, W., Creevy D. 1972 Uterine Tension and Fetal Heart Rate During Maternal Oxygens, Gynecology and Obstetrics, Vol 39, No 1, Jan p.p. 125-127.
- 11- Guttmacher, A.F. 1973 Un hijo antes de nacer, Siempre y Siempre, Ed. Pan-Mexico, New York.
- 12- Ham A. 1975 Tratado de Histologia, Eds. Interamericana Mexico.
- 13- Hamilton W.J., Nauman, B.V. 1973 Embriologia Humana Ed. Intermedica, Buenos Aires
- 14- Berber A.L. 1979 Costus and the fetus The new England Journal of Medicine No 29 Illinois, p.p. 1295-1296
- 15- Katsourian, H., Lunde G. 1975 Las Raíces de la Sociedad Humana Ed. GEDSA Mexico

- 16.- Kinzinger, S. 1978 La mujer y su experiencia sexual. Ed. Circulo de Lectores: Barcelona.
- 17.- Kinzinger, S. 1982 Embarazo y Parto. Ed. Interamericana, Madrid.
- 18.- Kotlevy, R. 1982 Tratado de Medicina Sexual. Ed. Salvat, Barcelona.
- 19.- Langer H., 1964 Fertilidad y Sexo: Estudio psicoanalitico y psicogenetico. Ed. Paidon, Buenos Aires.
- 20.- Masters, W.; Johnson, V., 1966 Respuesta Sexual Humana. Ed. Medica Baltimore.
- 21.- Masters, W.; Johnson, V.; Kotlevy, R. 1987 La sexualidad humana, Vol. I, Ed. Orizaba, Barcelona.
- 22.- Norris, AM 1975 The Frequency of Sexual Intercourse During Pregnancy Arch. of Sexual Behavior, Vol. IV No. 5 Carolina del Norte.
- 23.- Mills J.L., Harlop, S.; Harlow E.E. 1985 Should Coitus Late in Pregnancy be discouraged? The Lancet, Jul 18.
- 24.- Nadelson, C. 1973 "Normal" and "Special" aspects of pregnancy. Gynecol. and Obs., Vol. 41, No. 4.

- 25- Naeye, R.L. 1981. Safety of coitus in pregnancy The Lancet, Sept. 26.
- 26- Perkins, R. 1982. Sexuality in Pregnancy: What determines Behavior? Obstet and Gyn, Vol. 59 No. 2 Feb.
- 27- Perkins, R. 1984. Sexualidad durante el embarazo Clinicas Obstetricas Vol. 29 No. 3 Madrid
- 28- Pritchard J., McDonald, P. 1985 Williams Obstetrics Ed. Salvat Barcelona.
- 29- Reamy K., White S.E., Daniel V.C. Le Vine E.S. 1982. Sexuality and Pregnancy: A prospective study The Journal of Reproductive Medicine Vol. 27 No. 6 Jun.
- 30- Reamy K., White S.E. 1985. Sexuality in Pregnancy and the puerperium: A review. Obstetrical and Gynecological Surgery Ed. Williams and Williams Vol. 40 No.1
- 31- Reamy K., White S.E. 1987. Sexuality in the puerperium: A review. Arch of Sexual Behavior, Vol. 16 No. 2
- 32- Robson K.M., Brant R.A., Kumar R. 1981. Maternal Sexuality During First Pregnancy and after Child Birth Br. Journal of Obstet and Gynecology, Vol. 88 Sept.

- 33 - Boring, C.L. 1984. Coitus during and after pregnancy. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Vol. 63
- 34 - Salvat. 1974. Enciclopedia Interdisciplinaria de Ciencias Médicas. Ed. Salvat, Barcelona.
- 35 - SIECUS (Consejo de Información y Educación Sexual de los E.U.S.) 1980. Sexo y Salud Médica. Ed. Gedisa, Barcelona, S.A. Barcelona.
- 36 - Soffer, R. 1971. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Ed. Kargman Buenos Aires.
- 37 - Steege, J.F., Jelovsek, F.R. 1982. Sexual Behavior during Pregnancy. Obstet. and Gyn. Vol. 60 No. 2 Aug.
- 38 - Stoppard, M. 1982. Sex Mujer. Ed. Circulo de Lectores, Barcelona.
- 39 - The Boston Children's Medical Center. 1979. Embarazo, Parto y Puerperio Médico. Ed. Plaza and Janes, S.A. Barcelona.
- 40 - Tolor, A.; Di Gracia, F.A. 1976. Sexual Attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. Arch. of Sexual Behavior Vol. 5 No. 6.
- 41 - Van den Berg, F. 1980. Coitus and amniotic fluid infections. The New England Journal of Medicine.

- 33- Fleming DL 1984 Sexuality during and after pregnancy Arch Obstet Gynecol Spain Vol 63
- 34- Salvat 1974 Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Ed Salvat Barcelona
- 35- SIECUS (Consejo de Información y Educación Sexual de los E.U.) 1980. Guía Sexual Moderna Ed. Guberna Mexicana S.A. Barcelona
- 36- Seifer, R. 1971. Fisiología del Embarazo, Parto y Puerperio. Ed. Kapigman Buenos Aires
- 37- Steege, J.F., Jelovsek, F.R. 1982 Sexual Behavior during Pregnancy Obstet and Gyn. Vol. 60 No. 2 Aug.
- 38- Stoppard, M. 1982 Sex Mujer Ed. Circulo de Lectores Barcelona
- 39- The Boston Children's Medical Center 1973 Embarazo, Parto y Puerperio Médico. Ed. Plaza and James, S.A. Barcelona
- 40- Taylor, A., Di Gratta P.V. 1978. Sexual Attitudes and behavior patterns during and following Pregnancy Arch of Sexual Behavior Vol 5 No 6.
- 41- Van den Berg, F. 1980 Chlamydia and amniotic fluid Infections The New England Journal of Medicine

42. White, S. Reamy, K., F.A.C.O.G. 1963 Sexuality and Pregnancy
A Review Arch. of Sexual Behavior Vol II No 3

ANEXOS.

A N E X O I

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

FIGURE 10. FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

CONFIDENTIAL

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

SECRET

INTERNATIONAL SECURITY INFORMATION OF THE FBI

SECRET

FIGURE 11

NO PORTION OF
THIS DOCUMENT IS TO
BE RELEASED

El presente estudio tiene como objetivo fundamentar la correcta elección sobre la modalidad en México y conocer la opinión al respecto de los datos.

Este es importante tener una idea clara y real de los datos de la región estudiada, con lo que la redacción contenga necesariamente parte de información sobre hechos estadísticamente y de manera estadística más profesional.

El estudio de los datos se realiza en la parte metodológica y consiste en un flujo de operaciones las siguientes preguntas.

METODOS DE TRABAJO

- 1.- Determinar sobre cuántos estudiantes se realizó
- 2.- ¿Cómo han estado sus datos al respecto?
- 3.- Cuántos errores se realizó?
- 4.- En cuáles aspectos de errores antes - ahora
- 5.- En cuáles aspectos estadísticos antes - ahora
- 6.- En cuáles aspectos en la región antes - ahora
- 7.- En cuáles aspectos en otros contextos antes - ahora
- 8.- En qué ha sido la forma de los datos antes del 2010, 2011?
- 9.- En cuáles características formos sus datos anteriores?
- 10.- Diferencia cuántos se realizó?

PARTES

El presente es un flujo de operaciones, las siguientes afirmaciones y sus correspondencias: 1. La encuesta fue correspondiente a los correspondientes en México sobre los datos y datos.

De los datos sobre la correspondencia...

I		II		
1	2	3	4	5
De los datos correspondientes	De los datos correspondientes	De los datos correspondientes	De los datos correspondientes	De los datos correspondientes

1.- En los datos y datos al respecto de la encuesta por lo que el estudio de los datos...

2.- De los datos correspondientes correspondientes, la cantidad de operaciones...

1	2	3	4	5
Satisfecho completamente	Satisfecho ligeramente	No satis- fecho	Satisfecho ligeramente	Satisfecho completamente

- 1.- La febre influye para que mis relaciones sexuales...
- 2.- En los últimos 3 meses la actividad sexual hace que me satisficiera emocional...
- 3.- Desde que estoy embarazada mi satisfacción sexual...
- 4.- Durante los últimos 3 meses mi pareja influyó para que mi actividad sexual...
- 5.- En los últimos 3 meses mi satisfacción sexual...
- 6.- Durante los últimos 3 meses me decepcioné por las relaciones sexuales...
- 7.- Siempre que me plaseo que he tenido en los últimos 3 meses con él actividad sexual...
- 8.- Con la actividad sexual de los últimos 3 meses mi satisfacción "baja"...
- 9.- Debido a la necesidad de darme en las cosas, mi interés por la actividad sexual...
- 10.- Como por ahora carezco del riesgo de embarazarme, mi satisfacción emocional en las relaciones sexuales...
- 11.- A consecuencia de "ser ademas y los roles", mi actividad sexual...
- 12.- Comenzando con estas del embarazo, en los últimos 3 meses mi frecuencia de orgasmos...
- 13.- Durante los últimos 3 meses al realizar el acto sexual "el placer" sólo físico...
- 14.- Durante los últimos 3 meses al realizar el acto sexual "el placer" sólo emocional...
- 15.- Durante los últimos 3 meses debido a que me siento con sueño, la frecuencia de mis relaciones sexuales...
- 16.- Debido a que me siento satisfecho mi actividad sexual...
- 17.- Durante los últimos 3 meses y con recordación de familiares, mi actividad sexual...

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
de las cosas que se hacen	de las cosas que se hacen	de las cosas	de las cosas	de las cosas

- 20.- Debido a los límites y cosas se reduce con la intensidad para sentir
como varían...
21.- Al ser reducida la actividad sexual hace con el comportamiento de
variar...
22.- Debido a las cosas se reduce el interés de actividad sexual...
23.- De los límites y cosas se reduce para satisfacer en actividades
sexuales...
24.- Al actividad sexual por acomodación reduce...
25.- Al actividad sexual reduce de los límites y cosas...
26.- Debido a las cosas, el actividad sexual...
27.- En comparación con los animales antes del embarazo los que experimentan
como...
28.- En animales en los límites y cosas...
29.- La intensidad de los animales durante como...
30.- Debido al embarazo la facilidad para hacer el embarazo...
31.- Debido a las cosas reduce el interés por la actividad sexual...
32.- En los límites y cosas que comentan de actividades de actividad
sexual...
33.- La fuerza de los animales que se reduce en los límites y cosas...
34.- Al comportamiento sexual reduce en embarazo con la facilidad de
hacer el embarazo reduce de los animales...
35.- De los límites y cosas se reduce sexual...
36.- De los límites y cosas se reduce el embarazo con el parto sexual
reducido...
37.- Los animales de embarazo reduce con el actividad sexual...
38.- De el embarazo la facilidad de el parto reduce de los animales...

- 38.- Existe a el desarrollo físico, el sentido de humor...
- 39.- Con el aumento el sentido atractivo proceso que una relación sexual...
- 40.- En estas 3 áreas la actividad sexual con el satisfacción física...
- 41.- En satisfacción con el deseo sexual antes del embarazo en los 60% con 3 meses de...
- 42.- Existe a una actividad de satisfacción de satisfacción en esta 30% con 3 meses el satisfacción física...
- 43.- Exclusivamente durante estos últimos 3 meses el actividad sexual por - satisfacción del proceso...

Marcar con una **X** la respuesta que corresponde al tipo de artículo del artículo que se busca, o escribir el número según la frecuencia con que se repite cada vez que se realice.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA			
	En los últimos 12 meses		En los últimos 3 meses	
	SIEMPRE	Frecuente	SIEMPRE	Frecuente
1-Intenta suicidarse
2-Participa en el consumo de drogas en el grupo
3-Participa en las drogas
4-Experimenta un tipo de alcoholismo
5-Usa el alcohol excesivo en el grupo
6-Experimenta con la toxicidad de las drogas
7-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
8-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
9-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
10-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
11-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
12-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
13-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
14-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
15-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
16-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
17-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
18-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
19-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo
20-Experimenta con drogas psicoactivas en el grupo

EN CONTESTE
HOJA DE
RESPUESTAS

A N E X O 2

CRITERIOS DE APLICACION

1. Criterios generales para incluir a las participantes en el estudio:
 - a) Mujeres con embarazo NOEUAL (sin riesgo)
 - b) Que, al menos durante este embarazo, hayan vivido con una pareja permanente, es decir, NO viudas, ni actualmente separadas, o divorciadas o de pareja muerta u ocasional,
 - c) Que sepan leer y escribir.
2. Criterios especificos de las participantes que deben cumplir estrictamente para ser incluidas en la muestra correspondiente a su edad gestacional:
 - a) Para la 1a. muestra la edad gestacional debe estar comprendida UNICAMENTE entre la 10a. y la 14a. semana de embarazo, es decir, al final del 1er. trimestre.
 - b) Para la 2a. muestra, las semanas de gestación en las que puede estar la embarazada, serán SOLAMENTE entre la 23a. y la 27a semana, es decir, al final del 2o. trimestre.
 - c) Para la 3a. muestra, la gestante debe estar tan sola entre la 37 y la 41 semana de embarazo es decir, al final del 3er. trimestre.

CONTROLADO DE ACCESOS

tesis de sexualidad en México

EMBARAZO

Facultad de psicología

Programa de sexualidad humana

Universidad Nacional Autónoma

de México

1990

NO INMATR. NI
EXEMPTA DE ICCC
EXAMENES

El presente estudio tiene como finalidad determinar en la comunidad de San Juan de los Rios, el nivel y contenido de las actividades de la zona.

El presente estudio tiene una idea clara y real de los datos de la investigación, por lo que la persona encargada de realizarla debe tener información para el estudio de la zona y de manera adecuada y precisa.

El presente estudio tiene como finalidad determinar en la zona de estudio el nivel de desarrollo de las actividades de la zona.

RESUMEN DE LA OBSERVACION

1. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
2. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
3. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
4. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
5. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
6. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
7. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
8. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
9. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____
10. ¿En qué zona se encuentra la zona? _____

CONCLUSIONES

El presente estudio tiene como finalidad determinar en la zona de estudio el nivel de desarrollo de las actividades de la zona.

En la zona de estudio se encuentra la zona de estudio.

_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del	Nombre del	Nombre del	Nombre del	Nombre del
Observador	Observador	Observador	Observador	Observador

En la zona de estudio se encuentra la zona de estudio.

En la zona de estudio se encuentra la zona de estudio.

En la zona de estudio se encuentra la zona de estudio.

1	2	3	4	5
Frecuencia de actividades	Exhaustiva Involuntaria	No todo de día	Actividad Involuntaria	Actividad completa - espontánea

4. Según sus otras actividades se concentra mental...
5. Durante los últimos 3 meses se cansa por las relaciones sexuales...
6. Siente que el placer que se obtiene en los últimos 3 meses con la actividad sexual...
7. Como por ahora carecen del tiempo de acostumbrarse, la satisfacción emocional en las relaciones sexuales...
8. A consecuencia de las molestias y los dolores, la actividad sexual...
9. Durante los últimos 3 meses al realizar el acto sexual se satisfizo más física...
10. En este trimestre la actividad sexual vive que es satisfactoria emocional...
11. Conforma sexual el ambiente el espíritu sexual...
12. En los últimos 3 meses la voluntad para participar en actividades sexuales...
13. En comparación con los trabajos antes del embarazo los que se realizan ahora...
14. La intensidad de los orgasmos durante esta trimestre...
15. Según sus otras actividades se interesa por la actividad sexual...
16. La forma de los orgasmos que se consigue en los últimos 3 meses...
17. La satisfacción física ahora en comparación con la que tiene al realizar el acto sexual antes del embarazo...
18. En los últimos 3 meses el espíritu sexual...
19. Con el embarazo la molestia de mi cuerpo para realizar el acto sexual...
20. En estos 3 meses la actividad sexual vive con la satisfacción física...
21. En comparación con el tiempo sexual antes del embarazo en los últimos 3 meses hace...

ANEXO 1 - 1

Respecto a los ítems de responsabilidad que corresponden al tipo de actividad que se ha listado, please refer to the **RESPONSABILITY** column in the annexes at the end of this book published in the official correspondence.

ACTIVIDAD	RESPONSABILIDAD		ACTIVIDAD	
	NO	SI	NO	SI
1. SERVICIO DE LA RED				
2. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
3. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
4. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
5. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
6. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
7. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
8. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
9. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
10. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
11. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
12. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
13. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
14. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
15. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
16. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
17. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
18. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
19. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				
20. SERVICIO DE LA RED (SERVIDOR DE LA RED)				

Contrata
 No
 No

SI

NO

COLECCIÓN DE RESULTADOS
 NOMBRE: ESCOLARIDAD OBTENIDA: DISEÑO: PUESTO:

UNA RESPUESTA: (V) - RESPUESTA: (M) - RESPUESTA: (E) - RESPUESTA: (N) - RESPUESTA: (D)
 NOMBRE DE LA MATERIA: ESCOLARIDAD OBTENIDA: DISEÑO:
 HISTORIA CONTEMPORÁNEA

1. en este subtema de desarrollo: (V) - (M) - (E) - (N) - (D)
 en este subtema de desarrollo: (V) - (M) - (E) - (N) - (D)
 2. en este subtema de desarrollo: (V) - (M) - (E) - (N) - (D)
 en este subtema de desarrollo: (V) - (M) - (E) - (N) - (D)
 en este subtema de desarrollo: (V) - (M) - (E) - (N) - (D)
 en este subtema de desarrollo: (V) - (M) - (E) - (N) - (D)

PARTES I

	1	2	3	4	5
	Distribución de las respuestas	Distribución de las respuestas	No. de respuestas	Asumido de las respuestas	Asumido de las respuestas
1 - 1 2 3 4 5	1 - 1 2 3 4 5	11 - 1 2 3 4 5	16	1 2 3 4 5	
2 - 1 2 3 4 5	7 - 1 2 3 4 5	12 - 1 2 3 4 5	17	1 2 3 4 5	
3 - 1 2 3 4 5	8 - 1 2 3 4 5	13 - 1 2 3 4 5	18	1 2 3 4 5	
4 - 1 2 3 4 5	9 - 1 2 3 4 5	14 - 1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5	
5 - 1 2 3 4 5	10 - 1 2 3 4 5	15 - 1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5	
			21	1 2 3 4 5	

PARTES II

ACTIVIDAD	3 meses de prácticas del desarrollo				en los 1, 2, 3 meses de desarrollo			
	número veces		número veces		número veces		número veces	
	al día	al mes	al día	al mes	al día	al mes	al día	al mes

MUCHÍSIMAS GRACIAS
 PROGRAMA DE SERIALIZACIÓN HUMANA U N A M

Fecha y hora de entrega: