

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I. S. S. S. T.E.

**“CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL
DURANTE EL EMBARAZO”**

PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DRA. CLAUDIA A. ^{funcion} LOPEZ ESCAMILLA.
ASESOR: DR. SERGIO FUENTES MORALES



ISSSTE

MEXICO, D. F.

285256.
OCTUBRE DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

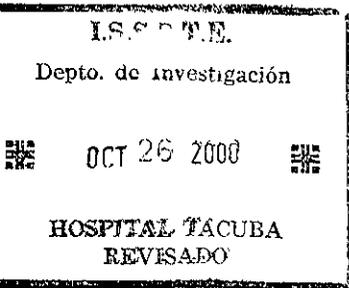
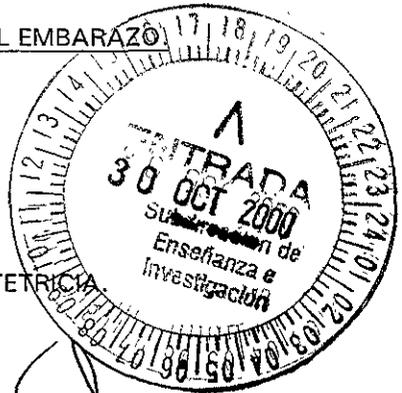
HOSPITAL GENERAL TACUBA

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO



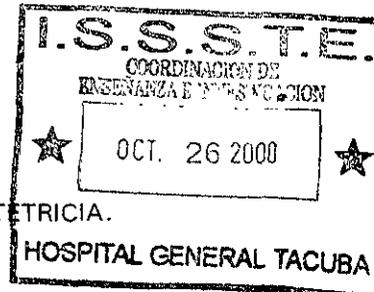
Vo. Bo. **DR. RAUL MENDEZ SOTO**
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE.



Vo. Bo. **DR. MANUEL DE J. UTRILLA AVILA**
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE.



Vo. Bo. **DR. SERGIO FUENTES MORALES**
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
ASESOR DE TESIS.



INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
INTRODUCCION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
HIPOTESIS	13
OBJETIVOS.....	14
JUSTIFICACION.....	15
METODOLOGÍA Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	16
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS:.....	17
VARIABLES:.....	18
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	19
CONCLUSIONES.....	24
ANEXOS.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS** POR TODO LO QUE ME HA DADO.

A **MAMA Y PAPA**, POR EL INMENSO AMOR QUE ME BRINDAN, APOYÁNDOME EN TODAS MIS METAS; Y POR ENSEÑARME EL EJEMPLO A SEGUIR. SIN USTEDES NO LO HUBIERA LOGRADO.

A **MIS HERMANOS**, POR DARME SU AMOR INCONDICIONAL ACEPTANDO MIS DEFECTOS, Y POR TOLERAR LOS MOMENTOS QUE NO HEMOS PASADO JUNTOS.

A TODOS LOS MAESTROS QUE HAN INTERVENIDO EN MI FORMACION COMO PROFESIONISTA COMPARTIENDO CONMIGO SUS CONOCIMIENTOS DESINTERESADAMENTE.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LA FAMILIA **FUENTES VELASCO**, POR TODO EL APOYO QUE ME HAN BRINDADO; ESTO ES PARTE DE LOS RESULTADOS.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES Y MEDICOS ADSCRITOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA, POR LAS EXPERIENCIAS QUE COMPARTIMOS.

INTRODUCCION

El embarazo constituye para la mujer una época de cambios importantes, que implican una adaptación física, de su conducta y cognoscitiva. Estos cambios en las áreas física, psíquica, compartamental y también social afectaran mas o menos a cada pareja en función de la información que se posea acerca del proceso del embarazo (cuantas más ideas erróneas, dudas y miedos, mas ansiedad), de las experiencias previas, de la personalidad y estado psicopatológico y del nivel del estrés. Durante la gestación, la actividad sexual se vera así mismo afectada por este proceso de cambio, que requerirá una adaptación específica. En los mamíferos, la mayoría de las hembras evitan el coito durante la gestación⁽¹⁾. En los primates, algunas hembras parecen aceptarlo cuando la presión es muy grande, pero únicamente la hembra humana presenta la posibilidad de mantener una relación sexual continuada cuando no existen tabúes sociales que la reprimen y razones de salud que lo desaconsejen⁽¹⁾. Los estudios antropológicos muestran, a pesar de todo, que de sesenta culturas diferentes, veinte de ellas aproximadamente reprimen o prohíben la actividad sexual durante el embarazo. Sin embargo, el aspecto sexual es un elemento fundamental para el ser humano. La razón por la cual en una cultura avanzada como la nuestra no haya demasiados estudios sobre la sexualidad durante el embarazo se deba a una actitud medica excesivamente prudente, que ha desaconsejado las relaciones sexuales durante el embarazo incluso en casos en los cuales no estaba médicamente justificado, y ello por influencia de tabúes sociales. Así, se ha aceptado de forma implícita que la sexualidad durante la gestación era algo peligroso, incomodo e incluso indecoroso o inmoral. Hasta los años sesenta no se mencionaba en los libros de obstetricia este tema. Embarazo y sexualidad eran dos cosas aparentemente incompatibles. Incluso, el mundo médico ha reflejado con

exactitud el punto de vista de la sociedad: no se acepta que la sexualidad y el embarazo puedan coexistir en la misma persona. Un factor importante es el hecho biológico que en la inmensa mayoría de los mamíferos la actividad sexual no ocurre durante el periodo de embarazo, solo hasta el nivel de los primates ocurre conducta sexual en este lapso (2)

Uno de los trabajos pioneros que rompe con esa tradición de silencio, y quizás el mas conocido, es el realizado por Masters y Johnson en 1966, cuyo objetivo era conocer los cambios fisiológicos de la respuesta sexual en la mujer que espera un hijo y tras el nacimiento de este(3). Si resumimos los resultados de los primeros estudios sobre el tema, parece que en general puede llegarse a la conclusión de que durante el embarazo disminuye el deseo, la frecuencia de coitos, la capacidad de orgasmo y la satisfacción sexual de la mujer. Oruc y Eßen, (1999) en *Sexual Behaviour During Pregnancy* mencionan que en un estudio de 158 embarazadas, sometidas a un cuestionario de su actividad sexual, la presencia de dispareunia era común en su grupo de estudio, contribuyendo esto a una disminución en la calidad orgásmica de la pareja, y de la frecuencia de la relación sexual y coito, de acuerdo al avance en la edad gestacional(4)

Pero si nos atenemos a los estudios recientes, realizados con metodología más correcta y con técnicas de medición mas objetivas, podemos ver que los cambios que se producen en la sexualidad durante la gestación varían según la fase en que se halla el embarazo, y no esta claro que interfieran en una respuesta sexual normal(5).

Debido al dominio de Masters y Johnson en el campo, los resultados han sido aceptados por muchos profesionales, a pesar de su desacuerdo con otras investigaciones. La mayoría de los estudios de la interrelación de embarazo y nacimiento, y la sexualidad sufre de problemas metodológicos (3)

Ciclo de la respuesta sexual humana.

La organización mundial de la salud, definió la salud sexual como la integración de los aspectos sociales, normativos, afectivos e intelectuales de la

sexualidad humana para enriquecer positivamente la personalidad, la comunicación y la afectividad; y en la actualidad se considera como un derecho fundamental recibir esta educación ⁽⁶⁾.

El ciclo de la reacción sexual en la mujer es medido por una interacción compleja de factores psicológicos, ambientales y fisiológicos (hormonales, vasculares, musculares y neurológicos). La fase inicial de los ciclos de la reacción sexual es del deseo, seguido por cuatro fases sucesivas descritas originalmente por Masters y Johnson: excitación, meseta, orgasmo y resolución.⁽³⁾

- ❖ Fase de deseo. El deseo es la motivación y a la inclinación a la actividad sexual. Es un “estado de sensaciones objetivas” que se puede desencadenar mediante indicios sexuales tanto internos (fantasías) como externos (compañero interesado), y que depende del funcionamiento neuroendócrino adecuado⁽⁷⁾. El deseo se ve influido por orientación sexual, preferencia, estado mental psicológico y situación ambiental.
- ❖ Fase de excitación. La fase de excitación es mediada por el sistema nervioso parasimpático, y se caracteriza por sensaciones eróticas y aparición de lubricación en la vagina. La excitación incrementa el flujo sanguíneo hacia la vagina, y la vasocongestión y los posibles cambios en la permeabilidad capilar resultantes producen un estado que incrementa la fracción de filtración capilar. Además de las sensaciones de tensión sexual, las mujeres excitadas experimentan taquicardia, respiración rápida, elevación de la presión arterial, sensación generalizada de calor, ingurgitación mamaria, tensión muscular generalizada, erección de los pezones, moteado de la piel y erupción eritematosa maculopapular sobre el tórax y las mamas. Clítoris y labios vulvares se ponen tumefactos, la vagina se alarga, distiende y dilata, y el útero se eleva y sale hacia arriba de la cavidad pélvica ⁽⁸⁾.
- ❖ Fase de meseta. Durante la fase de meseta se intensifican la tensión sexual y las sensaciones eróticas, y la vasocongestión alcanza su intensidad

máxima. La piel se pone mas moteada, las mas se vuelven mas ingurgitadas y los pezones se ponen erguidos. Los labios vulvares se ponen mas tumefactos y se vuelven de color rojo oscuro, y el tercio inferior de la vagina se hincha y engrosa para formar la "plataforma orgásmica". El clítoris se pone mas tumefacto y se eleva para colorase mas cerca de la sínfisis del pubis. El útero se eleva por completo fuera de la pelvis. la mujer alcanza el punto del orgasmo con estimulación sexual adecuada (9)

- ❖ Fase orgásmica. El orgasmo es una reacción miotónica mediada por el sistema nerviosos simpático. Se experimenta como descarga repentina de la tensión que se ha acumulado durante las etapas de excitación y meseta. El orgasmo es la mas intensamente placentera de las sensaciones sexuales. Consiste en contracciones rítmicas reflejas múltiples (de 3 a 15) que duran 0.8 de segundo de los músculos que rodean la vagina, y los perineales, anales y de la plataforma orgásmica. Muchas mujeres experimentan también contracciones uterinas durante el orgasmo. Las mujeres son potencialmente multiorgásmicas y capaces de experimentar mas de un orgasmo durante una sola relación sexual. Por tanto, pueden experimentar orgasmos tanto antes del coito como durante el mismo si se les aplica estimulación adecuada del clítoris.
- ❖ Fase de resolución. Después de la descarga repentina de la tensión sexual producida por el orgasmo, las mujeres experimentan una sensación de relajación y bienestar. Los cambios fisiológicos que se producen durante la excitación se invierten, y el cuerpo regresa a su estado de reposo. Descenso uterino completo, destumescencia del clítoris y de la plataforma orgásmica y descongestión de la vagina y los labios vulvares requieren entre cinco y diez minutos.

La sexualidad en el primer trimestre de la gestación.

Esta primera fase del embarazo es quizás la más rica en experiencias emocionales y cognitivas. Las alteraciones hormonales provocan en la mujer en ese periodo las demostraciones de atención y afecto de su completo.

Físicamente, algunas mujeres no experimentan grandes cambios, pero la mayoría se ve afectada por molestias tales como náuseas, vómitos, cansancio o somnolencia (3)

Deseo.- podemos comprobar que muchas embarazadas hablan de una disminución del mismo, sin embargo una gran mayoría manifiesta tener su impulso igual que antes y un porcentaje menor experimenta un aumento. No podemos dejar de insistir en el hecho de que, aparte de los cambios físicos ya conocidos, psicológicamente la pareja entra en una etapa en que se revisa el afecto mutuo, pues la mujer explora sus instintos maternos. Mientras algunas mujeres pueden sentirse incómodas, los hombres generalmente encuentran el cuerpo gestante muy erótico y deseable. Aparecerán ciertos miedos relacionados con el temor a causar daño al feto si se mantienen relaciones sexuales: en ese trimestre. El más extendido es el temor al aborto espontáneo.

Excitación.- durante esta primera fase de la gestación se observa a nivel genital, y ya entrado en el segundo trimestre, un aumento de la lubricación vaginal que se mantendrá durante todo el embarazo y que facilitara el coito. El aumento de sensibilidad de las mamas es el síntoma más manifiesto de ese trimestre: es evidente la tumefacción de la areola. Un significativo aumento del tamaño de los senos y, acompañando estos cambios, una mayor sensibilidad que hace que a menudo sea molesta una estimulación que antes era grata, por lo que es recomendable más suavidad en estos primeros meses. En cuanto a la frecuencia de la realización del coito, parece que esta es menor que lo habitual por el temor de provocar un aborto, por las molestias físicas y por la falta del deseo. La capacidad e intensidad de excitación se mantiene igual que antes en la mayoría de las mujeres, las que aprecian un aumento e igualmente las que notan una disminución de su capacidad de respuesta.

Orgasmo.- la frecuencia de orgasmos durante el primer trimestre se mantiene prácticamente igual para la mayoría de las mujeres, pero aproximadamente un veinte por ciento de ellas habla de una mayor facilidad para obtenerlo.

Respecto a la intensidad del mismo, la mayoría manifiesta no haber percibido cambios, un pequeño porcentaje dice haber notado un aumento.

La sexualidad en el segundo trimestre de gestación.

Deseo.- los cambios en este periodo mantienen las mismas características que en el primer trimestre, pero son mas las mujeres que manifiestan un aumento del deseo. Ya que han desaparecido las molestias físicas que caracterizan el primer trimestre y para las mujeres que las sufrían ello redundaba en un mayor bienestar. Por otra parte, al disminuir el temor a perder el feto, la pareja se muestra mas cómoda a la actividad sexual.

Excitación.- la lubricación y la vasocongestión pélvica no se presentan únicamente ante la estimulación sensorial, ya que existen de forma continuada. Hasta la mitad aproximadamente de este segundo trimestre las sensaciones son igualmente placenteras, pero parece que hacia el final la congestión es tan intensa, tanto en la vulva como en la vagina y el clítoris que la intensidad de las sensaciones es menor, por otra parte, con el aumento de volumen propio del segundo trimestre, algunas mujeres se muestran preocupadas por su atractivo físico y, por lo tanto, por su capacidad de despertar el interés sexual del compañero, razón por la cual sigue siendo fundamental mantener una comunicación afectiva activa.

Orgasmo.- la intensidad de las sensaciones orgásmicas también disminuye a medida que avanza la gestación por las mismas razones mencionada cuando hablamos del decrecimiento y de la mayor dificultad de excitación hacia el final del segundo trimestre, y disminuye así mismo la frecuencia con la que se consigue llegar a esta fase de la respuesta sexual. En la fase de resolución, cuando toda la tensión y vasocongestión se reducen tras el clímax, se producen alteraciones en la embarazada a partir del segundo trimestre, debido a que la vasocongestión es permanente, y la sensación de alivio y bienestar habitual tras el orgasmo es muy lenta y no total. En el segundo trimestre esta fase tarda entre diez y quince minutos en producirse en las primíparas, y entre

30 a 45 minutos en las multíparas. la sensación durante este periodo produce en algunas mujeres una tensión sexual desagradable.

La sexualidad en el tercer trimestre de la gestación.

Deseo.- la disminución del deseo en esta ultima etapa del embarazo es muy frecuente. Las mujeres aducen un aumento del deseo sexual, cierto grupo dicen que el deseo es el mismo de siempre y algo mas se queja de una disminución o ausencia del mismo.

Excitación.- todos los cambios mencionados en el segundo trimestre son más claros e intensos en las últimas etapas del embarazo. Las sensaciones ante la estimulación y el orgasmo son menores así como la frecuencia de este ultimo, y la fase de resolución es my lenta. En esta etapa los cambios físicos han llegado a su punto máximo: El tamaño del abdomen, la pesadez de piernas, la congestión pélvica, el cansancio. Son conocidos los cambios posturales que requiere el coito en esos últimos meses, sustituyéndose las posturas de uno encima del otro por posturas laterales, a gatas o en cualquier posición que evite presión sobre el abdomen y que permita a la mujer una cierta libertad de movimientos. En general, en esa fase del embarazo la mayoría de las parejas actúa con prudencia, evitando empujes coitales muy profundos y una excesiva rapidez.

Orgasmo.- es valorado como menos intenso y menos frecuente en un porcentaje de mujeres superior a la media, y los cambios posturales habitualmente adoptados hacen que algunas no consigan sensaciones suficientemente intensas para alcanzarlo, ya sea por falta de habito o de estimulación en sus zonas más sensibles ⁽³⁾

WILSON (1961), menciona la actividad sexual como parte de las indicaciones prenatales, recomendando que las pacientes que han presentado abortos anteriores o amenazas de abortos, deben evitar el coito durante la primera mitad del embarazo⁽¹⁰⁾; así también, Beck y Rosenthal (1975), mencionan como causas posibles de parto prematuro, los deportes y al coito excesivo⁽¹²⁾. Reid y

cols (1972) mencionan que la relación sexual se permite hasta el séptimo mes del embarazo pero que debería limitarse en ese momento, debido a la posibilidad de infección intrauterina, si la paciente entra en trabajo de parto después de ésta. Sin embargo, Driscoll y Hoffman, en *sexual Health Care* (1990), demuestran que no hay evidencia actual importante de investigación de riesgo aumentado de infección del sexo durante el embarazo⁽¹³⁾ Godlin y cols observaron que la incidencia de orgasmos después de las 30 semanas de gestación era significativamente mas elevada en las mujeres que habían tenido partos pretermino que en un grupo de controles con partos a término. El mismo investigador pidió a cinco mujeres gestantes que decían ser capaces de alcanzar el orgasmo que los tuvieran en el propósito de inducir el trabajo de parto cuando estaban a termino. Cuatro de estas mujeres comenzaron el trabajo de parto en las siguientes 9 horas al orgasmo y la quinta tuvo un episodio de falso trabajo de parto⁽¹⁴⁾ Naeye, utilizando datos del *Collaborative Perinatal Project*, ha demostrado que la incidencia de infecciones del liquido amniótico en presencia de membranas intactas era significativamente mayor en madres que habían tenido uno o más coitos semanales durante el mes anterior al parto que en las que no los había tenido⁽¹⁵⁾ El significado de este estudio es que la actividad coital durante el embarazo puede ser un factor que facilite la aparición de trabajo de parto pretermino. Otros investigadores que también han utilizado los datos del *Collaborative Perinatal Project* no han podido demostrar una asociación entre el coito y un desarrollo adverso del embarazo⁽¹⁶⁾ Por el contrario, Georgakopoulus y Dodos, en *Sexuality in Pregnancy and premature labour* (1984), investigaron la actividad sexual durante el embarazo en 358 pacientes, en las cuales 58 desencadenaron parto pretermino y 300 con parto a término espontáneamente; Se demuestra que no hay diferencia importante en la frecuencia orgásmica entre las mujeres que presentaron parto pretermino y aquellas en las cuáles el parto se desencadenó espontáneamente a termino⁽¹⁷⁾ White y Reamy (1982) refieren que el aborto raramente es causado por la presencia de coito; la frecuencia de coito con

orgasmo y aparición de parto pretermino y distrés fetal no está claramente establecida; el coito puede producir indirectamente en aumento de la morbilidad y mortalidad materno-fetal debido a presencia de enfermedades de transmisión sexual⁽¹⁸⁾. Esto por posibilidad de provocar arrastre de microorganismos a la cavidad uterina y órganos genitales superiores, siempre que existan condiciones que favorezcan esto, tal como cervix incompetente, ruptura de membranas modificaciones cervicales y sangrado (placenta previa)^(19,20).

A pesar de la importancia de estos aspectos en su salud general, muchas mujeres encuentran difícil hablar con sus médicos sobre sus preocupaciones sexuales y para muchos médicos es incomodo hablar de aspectos sexuales con sus pacientes⁽²¹⁾. Las encuestas efectuadas con médicos de asistencia primaria revelan que menos de la mitad preguntan a sus nuevas pacientes sobre sus practicas y sus preocupaciones sexuales, y que muchos médicos hacen suposiciones incorrectas sobre la actividad sexual de sus pacientes con base en edad, raza o estado socioeconómico⁽²²⁾. Los médicos pueden preocuparse de que las pacientes se ofendan por preguntas sobre sus practicas sexuales, o quizá crean que obtendrán muy poca información de utilidad al preguntar sobre estos temas a sus pacientes o sobre sus antecedentes de agresión sexual. Por añadidura, algunos médicos pueden experimentar ansiedad al percibir su incapacidad para tratar las preocupaciones sexuales y pueden creer que tienen muy poco tiempo para obtener la historia sexual, o quizá experimentar incomodidad personal al hablar de asuntos sexuales con sus pacientes ⁽²³⁾

Sin embargo, las encuestas realizadas con las pacientes revelan que esperan que su medico sea capaz de ayudarles con sus preocupaciones relacionadas con el sexo, y creen que es apropiado que incluyan preguntas sobre la sexualidad como parte sistemática de la historia ginecológica ⁽²⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo y parto representan un periodo de transición importante en la vida de toda mujer embarazada, por lo tanto es necesario conocer que cambios provoca el embarazo con relación a las fases del ciclo de la respuesta sexual humana en cada uno de los tres trimestres que dura la gestación.

HIPOTESIS

La respuesta sexual de la mujer se modifica con los cambios fisiológicos y físicos que ocurren durante el embarazo.

Esto se agrega a la falta de orientación por parte del personal de salud durante el control prenatal.

OBJETIVOS

- Conocer los cambios de la respuesta sexual humana durante las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución en cada trimestre del embarazo.
- Conocer la influencia de los factores socioculturales, educativos religiosos en la vida sexual de la mujer embarazada.
- Conocer los temores existentes de la mujer embarazada a tener relaciones sexuales.

JUSTIFICACION

Al reconocer los cambios provocados en la respuesta sexual de la mujer embarazada, brindar mas información al médico especialista para ejercer una correcta orientación en el aspecto sexual en la mujer gestante.

METODOLOGÍA Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente es un estudio de investigación observacional, longitudinal, prospectivo, descriptivo y abierto, llevado a cabo en el lapso de Junio de 1999 a abril del 2000.

1. Grupo de estudio. Pacientes embarazadas que acudan a consulta externa del hospital general TACUBA del ISSSTE
2. Grupo problema. Grupo de pacientes embarazadas en los diferentes trimestres del embarazo.
3. Tamaño de la muestra. 500 pacientes embarazadas.
4. Criterios de inclusión. Pacientes embarazadas de consulta externa en obstetricia y que acepten responder cuestionario de su vida sexual.
Pacientes embarazadas sin complicaciones obstétricas.
5. Criterios de exclusión. Pacientes embarazadas con patología existente que complique el embarazo y que se contraíndique la actividad sexual, como amenaza de aborto, placenta previa, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, incompetencia istmico-cervical y preeclampsia.
6. Criterios de eliminación. Pacientes que se complique el estado grávido en cualquier momento.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS:

"CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA DURANTE EL EMBARAZO"

NUMERO: _____ NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN: _____ INGRESO MENSUAL FAMILIAR: _____
GESTAS: _____ PARAS: _____ CESAREAS: _____ ABORTOS: _____ FUM: _____

1. PRIMER TRIMESTRE:

CAMBIOS EN RELACION:

- A) DESEO: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- B) EXCITACIÓN DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- C) MESETA: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- D) ORGASMO: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- E) RESOLUCIÓN DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()

2. SEGUNDO TRIMESTRE:

CAMBIOS EN RELACION :

- A) DESEO: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- B) EXCITACIÓN DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- C) MESETA. DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- D) ORGASMO: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- E) RESOLUCIÓN DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()

3. TERCER TRIMESTRE:

CAMBIOS EN RELACION:

- A) DESEO: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- B) EXCITACIÓN DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- C) MESETA: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- D) ORGASMO: DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()
- E) RESOLUCIÓN DISMINUCIÓN () AUMENTO () SIN CAMBIOS ()

4. PRESENCIA DE RELACIONES BUCOGENITALES DURANTE EL EMBARAZO:

PRIMER TRIMESTRE: SI () NO ()

SEGUNDO TRIMESTRE: SI () NO ()

TERCER TRIMESTRE: SI () NO ()

5. ¿EXISTIA ALGUN TEMOR DE TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO?

SI () NO ()

¿PORQUE? _____

6. ¿SE LE PROPORCIONO INFORMACIÓN POR EL MEDICO TRATANTE, DE SU VIDA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO?

SI () NO ()

7. ¿HUBO ALGUN CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO?

SI () NO ()

8. ¿CAMBIO LA POSICIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO?

PRIMER TRIMESTRE: SI () NO ()

SEGUNDO TRIMESTRE: SI () NO ()

TERCER TRIMESTRE: SI () NO ()

9. ¿TIENE RELACIONES SEXUALES PLACENTERAS DURANTE EL EMBARAZO?

PRIMER TRIMESTRE: SI () NO ()

SEGUNDO TRIMESTRE: SI () NO ()

TERCER TRIMESTRE: SI () NO ()

VARIABLES:

Edad, escolaridad, ocupación, religión, nivel socioeconómico, gestas, partos, abortos, cesáreas, presencia de relaciones bucogenitales en el embarazo, cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales, cambios en la posición de las relaciones sexuales, presencia de relaciones sexuales placenteras durante el embarazo.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Se realizaron un total de 500 encuestas, aplicadas a pacientes que acudieron a consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital General TACUBA, recopilando los siguientes datos:

Las pacientes se clasificaron por grupos de edad, resultando de 15 a 19 años, 20 mujeres (4%); de 20 a 24, 104 mujeres (20.8%); de 25 a 29 años, 189 mujeres (37.8%); de 30 a 35, 151 mujeres (30.2%); de 36 a 40, 36 mujeres (7.2%).

La escolaridad por grupo de edad, de 15 a 20 años 8 cursaron primaria (1.6%), 12 secundaria (2.4%); de 20 a 24 años 3 cursaron primaria (0.6%), 6 secundaria (1.2%), 42 preparatoria (8.4%), 41 nivel profesional (8.2%) y 12 carrera técnica (2.4%); de 25 a 29 años, 9 cursaron primaria (1.8%), 34 secundaria (6.8%), 22 preparatoria (4.4%), 90 nivel profesional (18%), 28 carrera técnica (5.6%) y 6 comercio (1.2%); de 30 a 35 años, 6 cursaron primaria (1.2%), 22 secundaria (4.4%), 8 preparatoria (1.6%), 97 nivel profesional (19.4%), 10 carrera técnica (2%), y 8 comercio (1.6%); en el grupo de 36 a 40 años, 18 cursaron nivel profesional (3.6%), y 10 carrera técnica (2%) y 8 comercio (1.6%).

La ocupación de las pacientes entrevistadas varia ampliamente, encontramos: 126 dedicadas al hogar (25.2%), 70 secretarias (14%), 61 profesoras (12.2%), 58 enfermeras (11.6%), 42 empleadas (8.4%), 29 contadoras (5.8%), 22 estudiantes (4.4%), 22 médicos (4.4%), 13 educadoras (2.6%), 12 trabajadoras sociales (2.4%), 12 licenciadas en informática (2.6%), 10 abogadas (2%), 6 intendentes (1.2%), 5 administradoras (1%), 4 capturistas de datos (0.8%), 2 dentistas (0.4%), 2 químicas (0.4%), 2 recepcionistas (0.4%) y 2 arquitectas (0.4%).

La religión de las pacientes que predominó en los resultados fue la católica con 422 pacientes (84.4%), cristianas 44 (8.8%), evangélicas 3 (0.5%) y sin religión 31 pacientes (6.2%).

aumento la frecuencia, 71 pacientes(14.2%) únicamente contestaron que si, y 111 pacientes (22.2%) se limitaron a contestar que no.

La posición que mas se prefería por las pacientes influyo de acuerdo al trimestre gestacional en el cual se encontraban, teniendo los siguientes resultados: en el primer trimestre, 145 pacientes si cambiaron de posición (29%); 347 no cambiaron de posición (69.4%). para el segundo trimestre encontramos que 250 pacientes cambiaron de posición (50%) y 190 no cambiaron de posición (38%), las 60 restantes (12%) no se encontraban en el segundo trimestre. finalmente dentro de esta apartado, para el tercer trimestre, 228 pacientes si cambiaron de posición (45.6%) y 75 pacientes no cambiaron (15%) de posición, las 197 restantes (39.4%) no se incluyeron por no encontrarse en el tercer trimestre.

Con respecto al placer relacionado con las relaciones sexuales placenteras, encontramos que, de acuerdo a la edad gestacional, en el primer trimestre, 321 pacientes (64.2%) si mantuvieron relaciones placenteras; 173 pacientes (34.6%) no tuvieron placer; 6 pacientes (1.2%) no contestaron. En el segundo trimestre, 218 pacientes obtuvieron placer durante el coito (43.6%), 224 no obtuvieron placer (44.8%); 58 pacientes(11.6%) no contestaron por no encontrarse en el segundo trimestre; durante el tercer trimestre, 75 pacientes (15%) obtuvieron placer sexual; 75 pacientes (43.2%) no obtuvieron placer coital, 209 pacientes (41.8%) no se ubicaron en este rubro por no cursar con el tercer trimestre del embarazo. La gran mayoría de las pacientes refería la disminución del placer coital a diversas causas, entre las que podemos encontrar aumento de volumen abdominal, dispareunia, cambios físicos, que a su juicio, disminuían el atractivo físico y el nivel de excitación y el deseo.

De acuerdo al ciclo de la respuesta sexual humana, se investigo cada uno de los componentes de éste, teniendo como referencia el ciclo de la respuesta sexual humana descrito por Masters y Johnson;

Los cambios encontrados con relación a la fase de deseo en las pacientes fueron según trimestre gestacional, y encontramos que en el primer trimestre,

27 pacientes experimentaron un aumento del deseo (5.4%), 323 pacientes experimentaron disminución del deseo (64.6%), 150 se mantuvieron sin cambio en cuanto al deseo (30%); durante el segundo trimestre, en 118 pacientes (23.6%) aumento la fase de deseo, 198 pacientes (39.6%) presentaron disminución del deseo, 128 pacientes (25.6%) no presentaron cambio alguno y 56 pacientes no se encontraban en este trimestre; para el tercer trimestre, 50 pacientes aumentaron el deseo (10%), 147 presentaron disminución de éste (29.4%), y 101 pacientes se mantuvieron sin cambios (20.2%) y 202 pacientes (40.4%) no se ubicaron en este trimestre.

Los cambios en la excitación nos arrojan los siguientes resultados, de acuerdo a cada trimestre: en el primer trimestre, 44 pacientes (8.8%) experimento un aumento, 323 pacientes (64.6%) una disminución, 133 pacientes (26.6%) se mantuvieron sin cambios. Durante el segundo trimestre, 140 pacientes presentan aumento de la excitación (28%), 177 presentan disminución (35.4%), 127 pacientes se mantuvieron sin cambios (25.4%) y 56 pacientes (11.2%) no se encontraban en el segundo trimestre. En el tercer trimestre.

En lo que respecta a la fase de meseta, se obtuvieron los siguientes resultados: en el primer trimestre, 43 pacientes presentaron aumento de la fase de meseta (8.6%), 255 pacientes tuvieron disminución (51%), 202 pacientes se mantuvieron sin cambios (40.4%). En el segundo trimestre, 162 pacientes presentaron aumento en esta fase (32.4%), 158 pacientes presentaron disminución (31.6%), 124 pacientes (24.8%) sin cambios y las 56 restantes (11.2%) no se incluyeron en este trimestre. Durante el tercer trimestre, 60 pacientes presentaron aumento (12%), 142 pacientes presentaron disminución (28.4%), 96 pacientes se mantuvieron sin cambios (19.2%) y 202 pacientes (40.4%) no se incluyeron en este trimestre.

En la fase de orgasmo, de acuerdo a cada trimestre de la gestación, obtuvimos los siguientes resultados: en el primer trimestre, 59 pacientes presentaron un aumento del orgasmo (11.8%), 215 pacientes presentaron disminución (43%) y 226 pacientes se mantuvieron sin cambios (45.2%); en el segundo trimestre,

154 pacientes experimentaron un aumento del orgasmo (30.8%), 172 pacientes con una disminución en el orgasmo (34.4%), 118 pacientes (23.6%) sin cambios en el orgasmo y 56 pacientes (11.6%) no se incluyeron en el segundo trimestre. Durante el tercer trimestre, 56 pacientes (11.6%) presentaron aumento en el orgasmo, 145 pacientes (29%) presentaron disminución, 97 pacientes (19.4%) se mantuvieron sin cambio, y 202 pacientes (40.4%) no se encontraban en el tercer trimestre.

Con relación a la fase de resolución de la respuesta sexual humana, se encontró: En el primer trimestre, 45 pacientes (9%), experimentaron aumento de esta fase, 211 pacientes (42.2%) sufrieron disminución, 244 pacientes (48.8%) sin cambios en la resolución; en el segundo trimestre: 136 pacientes presentaron aumento de la resolución (27.2%), 185 sufrieron disminución (37%), 123 pacientes (24.6%) se mantuvieron sin cambios y 56 pacientes (11.2%) no se incluyeron en este trimestre. Finalmente en el tercer trimestre, 42 pacientes presentaron un aumento de esta fase (8.4%), 169 pacientes (33.8%) experimentaron disminución, 87 se mantuvieron sin cambios (17.4%) y 202 pacientes (40.4%) no se incluyeron en este trimestre por la edad gestacional que presentaban.

CONCLUSIONES.

La población que fue abordada en este estudio, abarca a la mayoría de grupos sociales de nuestro país, desde personas pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos, medios y altos, así como de diversas escolaridades, y ocupación, sin embargo llama la atención que independientemente de su preparación, educación y creencias, hay en común en el grupo, un desconocimiento general acerca del comportamiento sexual durante el embarazo, así como un predominio de ideas, tabúes e información falsa de la actividad sexual durante el embarazo.

Tanto los médicos familiares como los ginecólogos encargados de vigilar el estado de la paciente durante el embarazo, debemos cambiar la actitud conservada hasta estas fechas, acerca de mantenernos con ciertas reservas sobre la forma de abordar los temas con relación al comportamiento sexual de la mujer embarazada, puesto que un manejo integral de esta, debe incluir también el consejo adecuado en cuanto a las expectativas de su vida sexual durante la gestación; de esta forma se logran disipar los mitos y las falsas creencias acerca de supuestos cuidados y actitudes que se deben mantener durante el embarazo, por parte de las pacientes y las fuentes erróneas de información que pueden llegar a ellas.

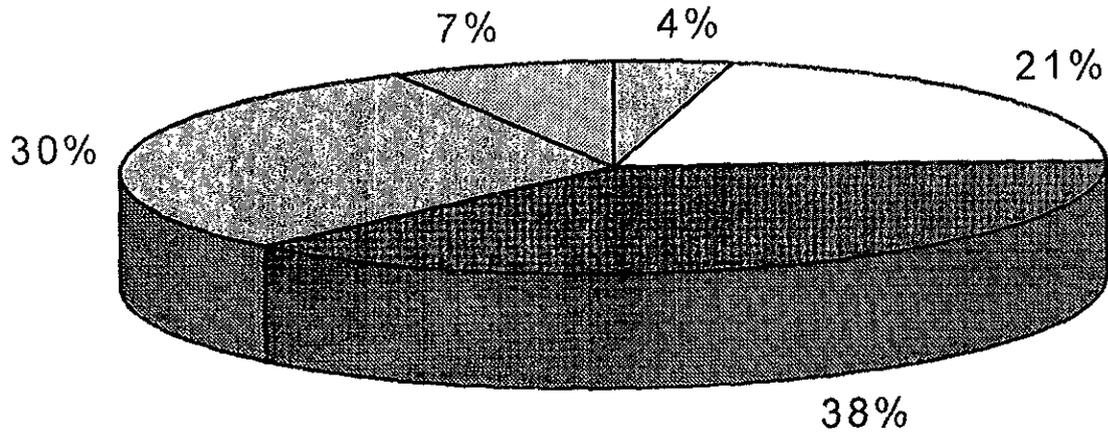
La información precisa puede ayudar a las mujeres embarazadas y a sus parejas sobre los modelos típicos de sexualidad durante el embarazo e incluso durante el periodo de puerperio. Se puede informar también sobre comportamientos y prácticas sexuales diferentes al coito como tal, que puedan practicar una vez que los factores como aumento abdominal, dispareunia, y otras, les impidan realizar el coito con la misma facilidad y satisfacción que antes del embarazo.

Es importante destacar que la satisfacción sexual se correlaciona con sentimientos sobre aceptar de buen grado el embarazo, así como el sentimiento de la mujer gestante sobre su aspecto físico durante el embarazo,

así también debido a los cambios hormonales que ocurren en la etapa gestacional.

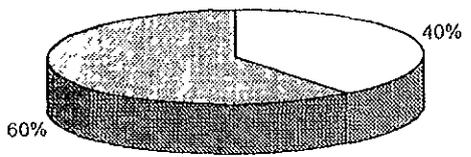
Por último, no debemos hacer a un lado el aspecto emocional de la paciente durante el embarazo, ya que presenta mayor necesidad de muestras de afecto no sexual, que serviría como compensación por la falta o disminución de manifestaciones sexuales.

DISTRIBUCION SEGUN GRUPO DE EDAD



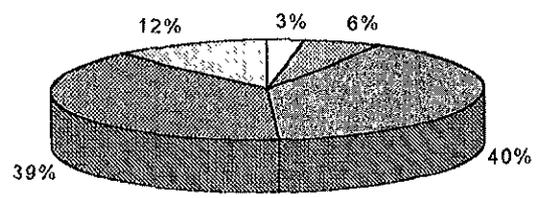
■ 15 A 19 □ 20 A 24 ■ 25 A 29 ■ 30 A 35 ■ 36 A 40

DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD SEGUN GRUPO DE EDAD, 15 A 19 AÑOS



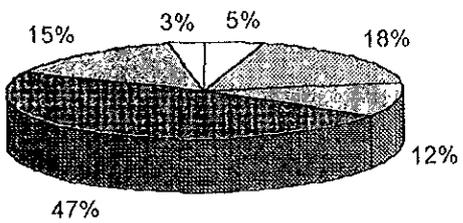
[□ PRIM □ SEC]

DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD SEGUN EDAD, 20 A 24 AÑOS.



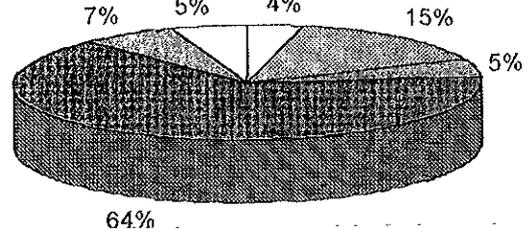
[□ PRIM □ SEC □ PREPA □ PROF □ TECNICO]

DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD POR EDAD, 25 A 29 AÑOS



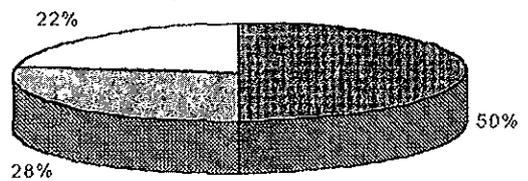
[□ PRIM □ SEC □ PREPA □ PROF □ TECNICO □ COMERCIO]

DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD SEGUN GRUPO DE EDAD, 30 A 35 AÑOS



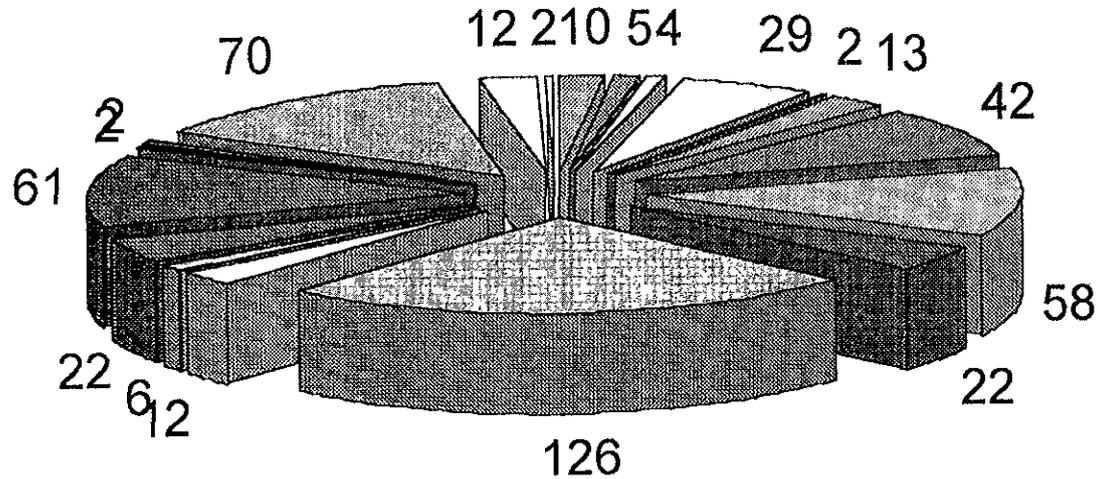
[□ PRIM □ SEC □ PREPA □ PROF □ TECNICO □ COMERCIO]

DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD POR EDAD, 36 A 40 AÑOS



[□ PROF □ TECNICO □ COMERCIO]

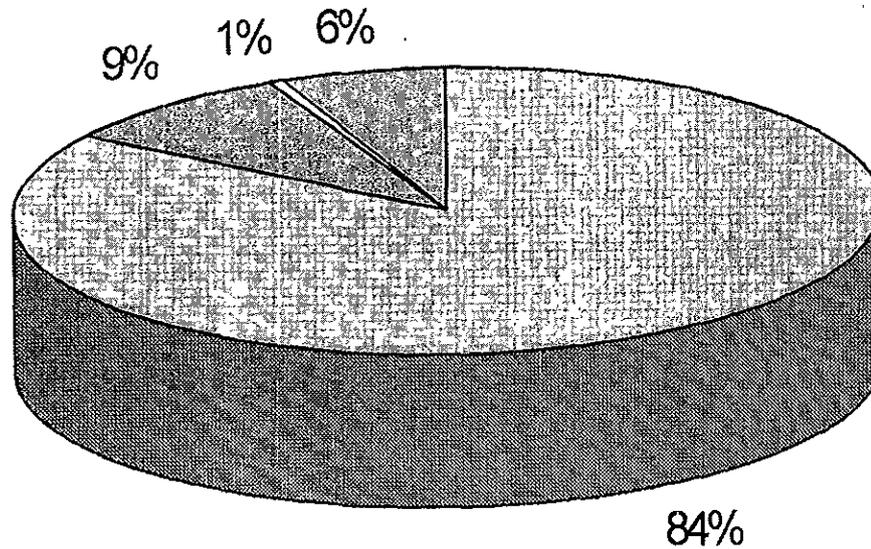
DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE LA PACIENTE



■ ABOGADA
 □ CAPTURISTA
 ■ DENTISTA
 ■ EMPLEADA
 ■ ESTUDIANTE
 □ INFORMATIC
 ■ MEDICO
 ■ QUIMICA
 ■ SECRETARIA
 □ ARQUITECTA

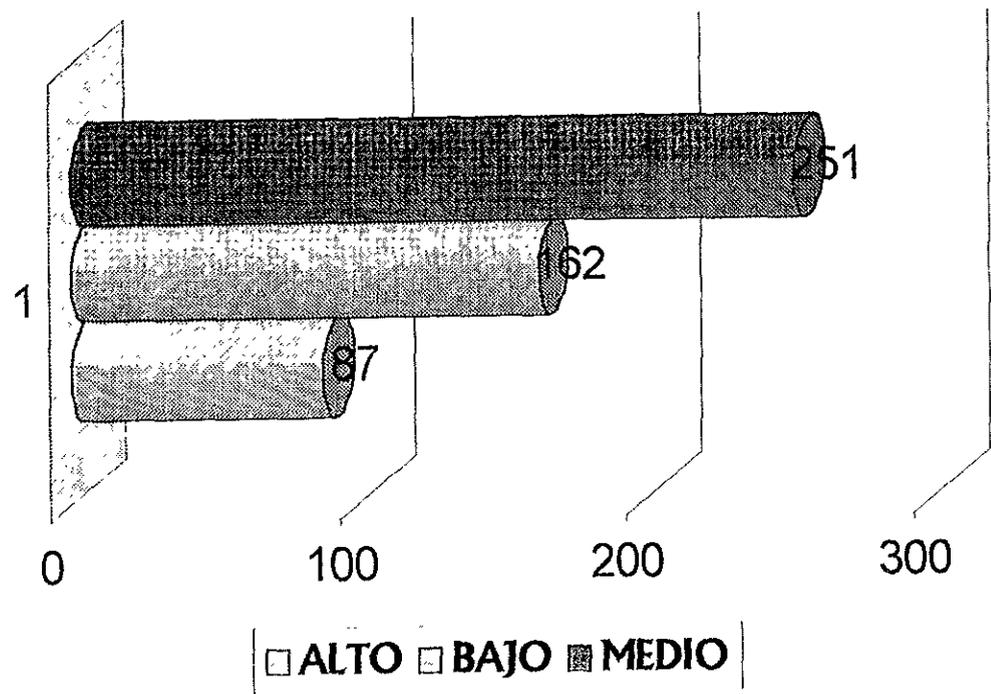
■ ADMINISTRA
 □ CONTADOR
 ■ EDUCADOR
 ■ ENFERMERA
 □ HOGAR
 □ INTENDENTE
 ■ PROFESOR
 ■ RECEPCIONISTAS
 □ TRAB SOC

DISTRIBUCION POR RELIGION



□ CATOLICAS □ CRISTIANAS □ EVANGELICAS □ NINGUNA

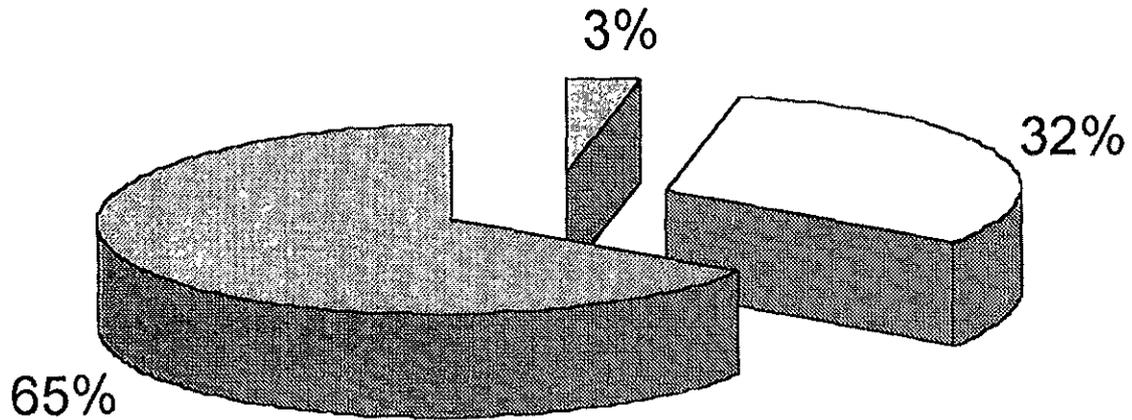
DISTRIBUCION SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO



DISTRIBUCION SEGÚN NUMERO DE GESTAS

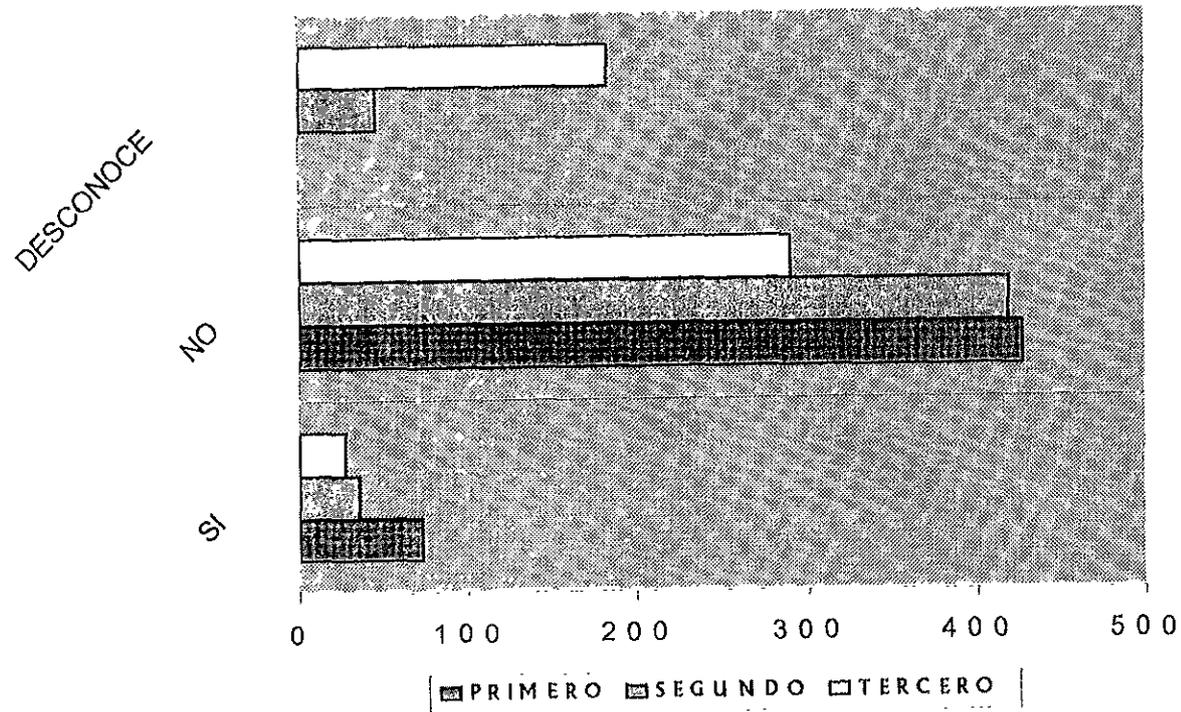


DISTRIBUCION SEGUN EDAD GESTACIONAL

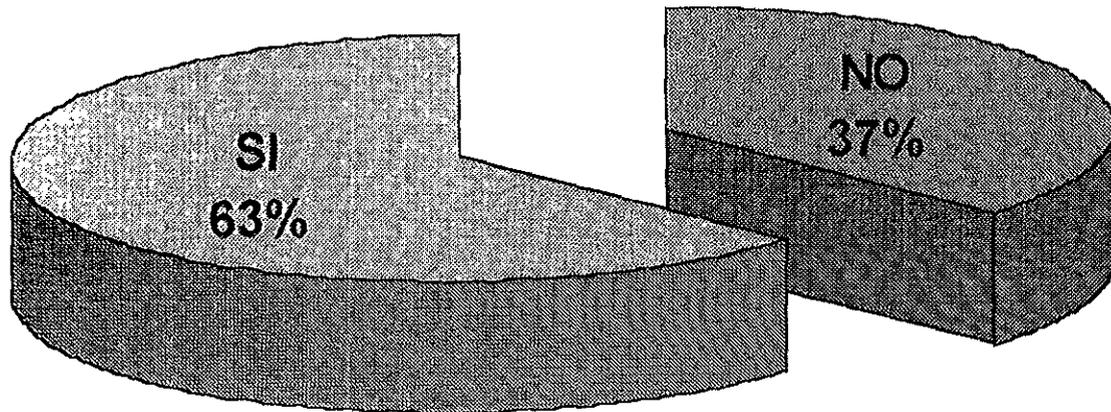


■ 1ER TRIM □ 2O TRIM ■ 3ET TRIM

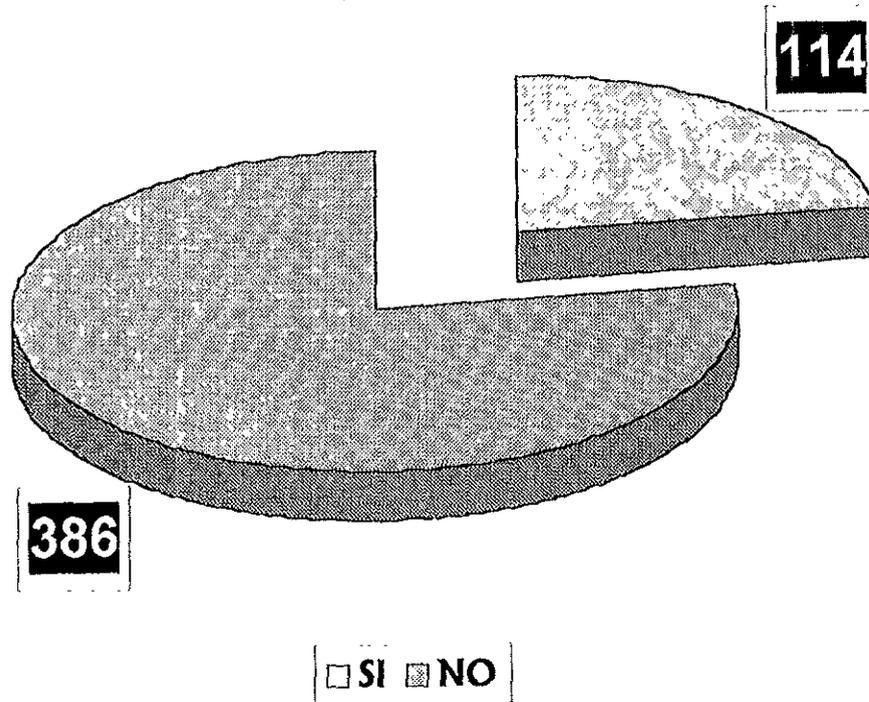
DISTRIBUCION SEGUN SEXO ORAL POR TRIMESTRE



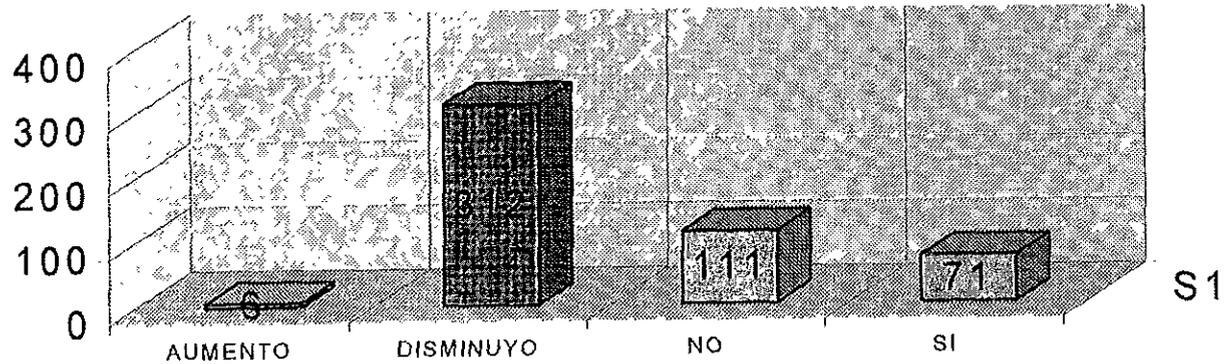
TEMOR A LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO



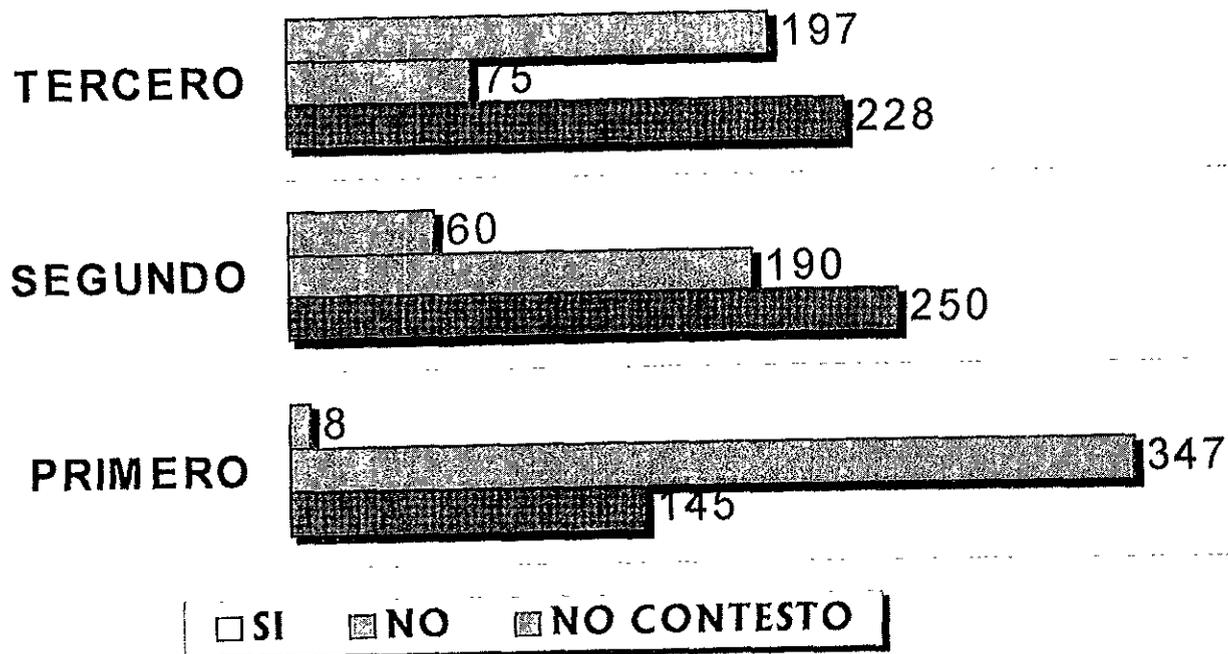
DISTRIBUCION SEGUN ORIENTACION MEDICA SEXUAL



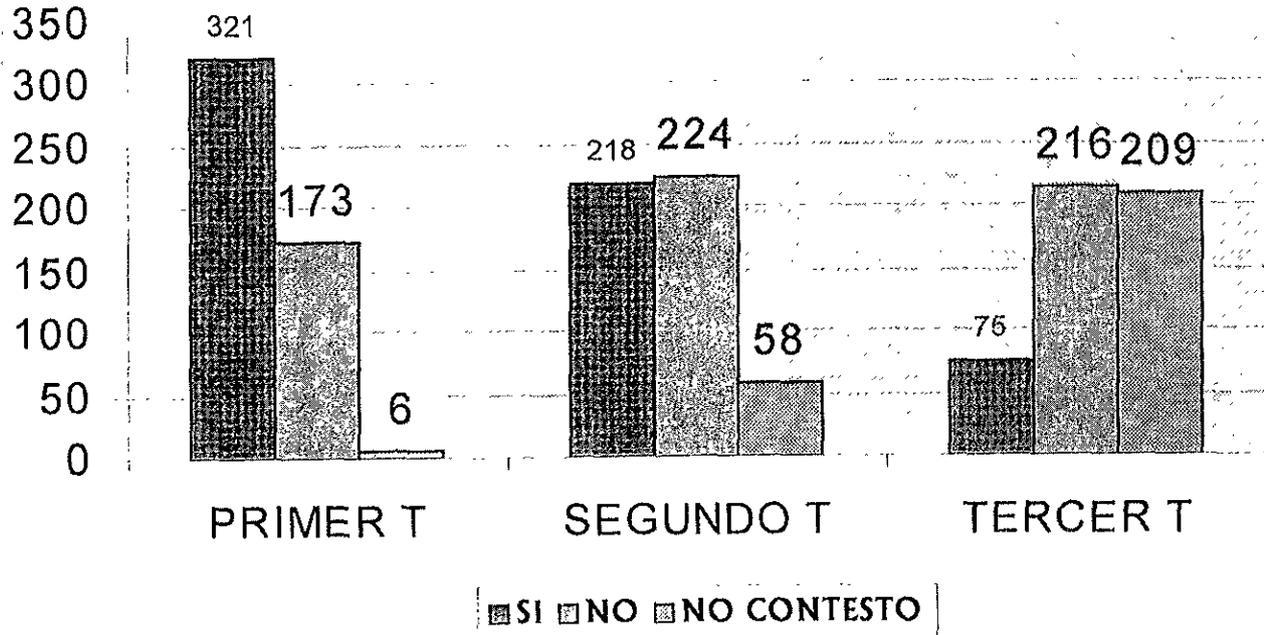
DISTRIBUCION SEGUN LA FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL.



CAMBIO DE POSICION POR TRIMESTRES

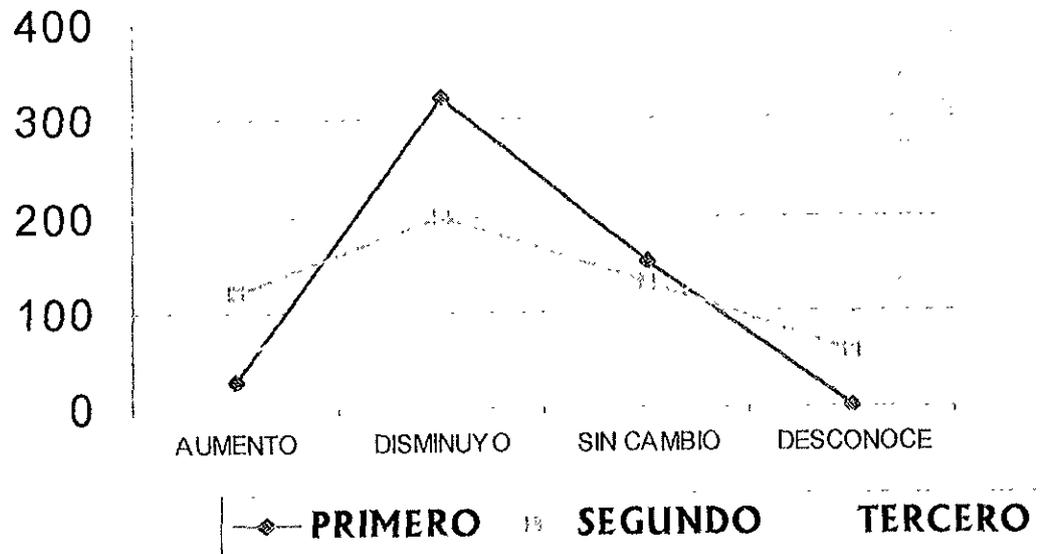


PRESENCIA DE SATISFACCION COITAL POR TRIMESTRE

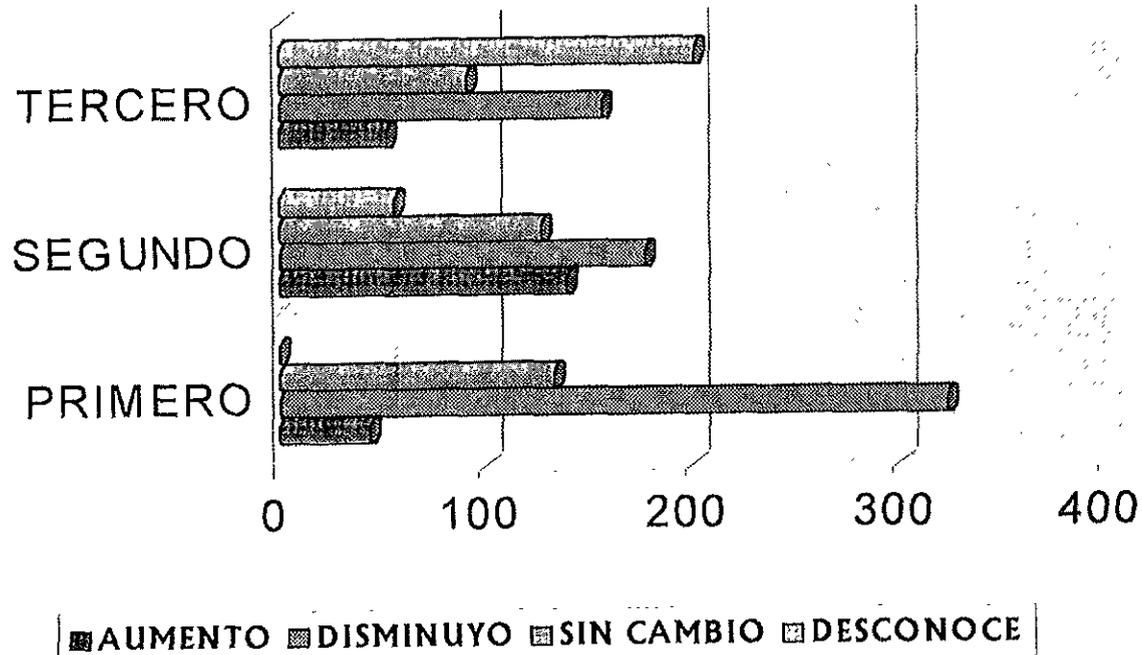


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

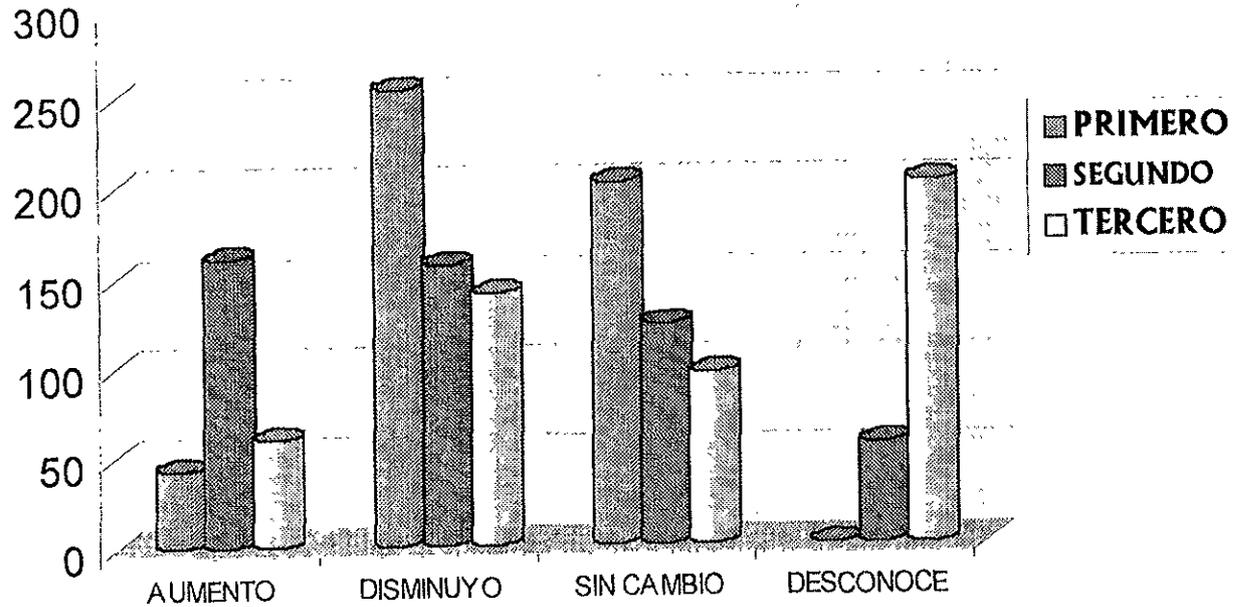
CAMBIOS EN RELACION AL DESEO DE ACUERDO A TRIMESTRES



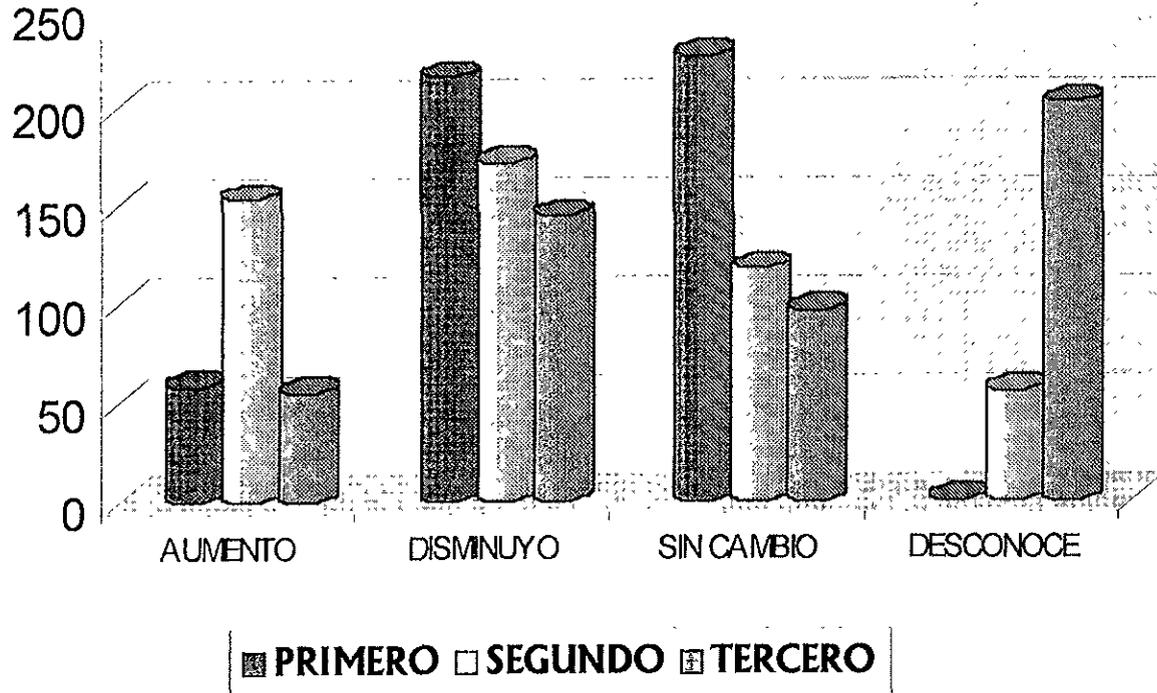
CAMBIOS EN RELACION A LA EXCITACION POR TRIMESTRES



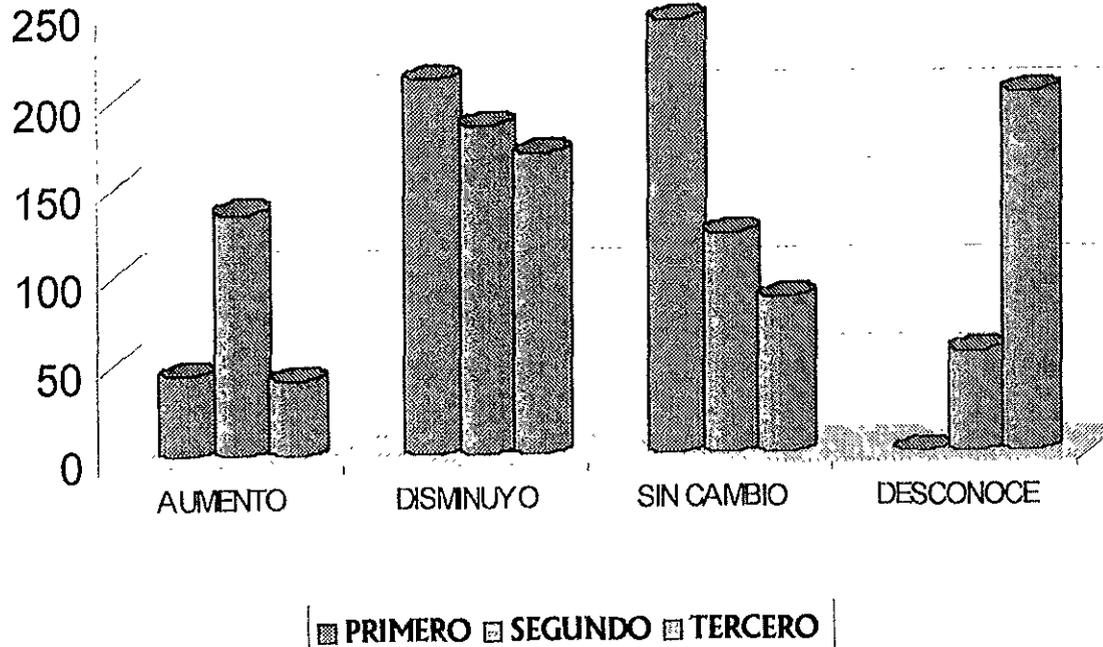
CAMBIOS EN LA RELACION DE MESETA DE ACUERDO A TRIMESTRES



CAMBIOS EN RELACION AL ORGASMO POR TRIMESTRES



CAMBIOS EN LA RESOLUCION DE ACUERDO A TRIMESTRES



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. BYRD J.E., HYDE J.S., De LAMATER J.D., PLANT E.A., SEXUALITY DURING PREGNANCY AND THE YEAR POSTPARTUM. 1998. DEPARTAMENTO OF PSYCHOLOGY, UNIVERSITY OF WISCONSIN, MADISON. OCT, 47 (4): 305-8.
2. WHITE SE, REAMY KJ, SEXUALITY AND PREGNANCY: A REVIEW. ARCH SEX BEHAV 1982; 11:429-44
3. MASTERS W.H. AND JOHNSON V.E. HUMAN SEXUAL RESPONSE. 1996. BOSTON LITTLE BROWN.
4. ORUC S, ESEN A, LACIN S, ADIGUZEL H, UYAR Y, KOYUNCU F. SEXUAL BEHAVIOUR DURING PREGNANCY. 1999, AUST N Z J OBSTETR GYNAECOL. FEB; 39(1):48-50.
5. ALDER EM. SEXUAL BEHAVIOUR IN PREGNANCY, AFTER CHILDBIRTH AND DURING BREASTFEEDING. BAILLERES CLIN OBSTET GYNECOL 1989; 3:805-21.
6. SUAREZ G.J. LA EDUCACION SEXUAL: ¿UN LUJO O UNA NECESIDAD?, PERSPECTIVA SEXOLOGICA. 1996, P:1-2.
7. LEIBLUM SR, ROSEN RC. SEXUAL DESIRE DISORDERS. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS. 1988.
8. WEISBERG M. PHYSIOLOGY OF FEMALE SEXUAL RESPONSE. CLIN OBSTET GYNECOL, 1984; 27:697-705.
9. SEIDMAN SN, RIEDER RO. A REVIEW OF SEXUAL BEHAVIOR IN THE UNITED STATES. AM J PSYCHIATRY 1994; 151:330-41.
10. WILSON J, R. ON THE MANAGEMENT OF OBSTETRICAL DIFFICULTIES. 1961. ST LOUIS, MOSBY. P 80.
11. CAPLAN P. THE CULTURAL CONSTRUCTION OF SEXUALITY. ROUTLEDGE, LONDRES, 1993.
12. BECK A.C., AND ROSENTHAL A. H. OBSTETRICAL PRACTICE. 7ª ED. 1975. BALTIMORE. WILLIAMS WILKINS.
13. DRISCOLL CE, HOFFMAN GS. SEXUAL HEALT CARE. IN: RAKEL RE, ED. TEXTBOOK OF FAMILY PRACTICE.4TH ED. PHILADELPHIA. PA: SAUNDERS; 1990: 1517:46.
14. GOODLIN RL, QUAIFE MA, IRKSEN JA, THE SIGNIFICANCE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MATERNAL HYPOVOLEMIA AS ASSOCIATED WITH FETAL/MATERNAL ILLNES. SEMIN PERINATOL 1981;5:163.
15. NAEYE RL, COITUS AND ASSOCIATED AMNIOTIC-FLUID INFECTIONS. N ENGL J MED 1979; 301:1198
16. KLEBANOFF MA, NUGENT RP, PHOADS GG: COITUS DURING PREGNANCY; IS IS SAFE? LANCET 1984; 2:914-917.
17. GEORGAKOPOULOS PA, DODOS D, MECHLERIS D. SEXUALITY IN PREGNANCY AND PREMATURE LABOUR. 1984 BR J OBSTET GYNAECOL. SEPT.; 91(9):891-3.
18. WHITE SE, REAMY K. SEXUALITY AND PREGNANCY: A REVIEW. 1982. ARCH SEX BEHAV. OCT; 11(5):429-44.

19. KLEBANOFF MA, SHIONG PH,. COITUS DURING PREGNANCY IS SAFE?. 1992 LANCET.4, P- 914:17.
20. CABERO ROURA LIOIS. RIESGO ELEVADO OBSTETRICO.1996.MASSON S.A., BARCELONA ESPAÑA. P. 52-29
21. ENDE J, ROCKWELL S, GLASGOW M. THE SEXUAL HISTORY IN GENERAL MEDICAL PRACTICE. ARCH INTERN MED 1984; 144:558-61.
22. BOWMAN M. THE NEW SEXUAL HISTORY: INQUIRING ABOUT SEXUAL PRACTICES. AM FAM PHYSICIAN 1989; 40:82-3.
23. BACHMAN GA, LEIBLUM SR, GRILL J. BRIEF SEXUAL INQUIRY IN GYNECOLOGIC PRACTICE. OBSTET GYNECOL 1989;73:425-7.
24. BEREK J.S. GINECOLOGIA. 12ª EDICION. 1996, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., p: 279-282.
25. ARIAS, F. GUIA PRACTICA PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO DE ALTO RIESGO. 2ª EDICION 1995. MOSBY- DOYMA LIBROS S.A. P:81.
26. CUNNINGHAM, F G. OBSTETRICIA. 4ª EDICION, 1996. MASSON S.A., p: 854.