

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL DE LA MUJER**

*Handwritten signature*

**"SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO"**



*Handwritten notes*

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LA MUJER  
DE ENSEÑANZA**

**P R E S E N T A:  
DR. OLIVERIO BAUTISTA LOPEZ  
ASESOR: DR. LUIS ENRIQUE BATRES MACIEL**

MEXICO, D.F.

FEBRERO

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.

**HOSPITAL DE LA MUJER**  
**SECRETARIA DE SALUD**

**“ SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO “**

**AUTOR DE LA TESIS: DR. OLIVERIO BAUTISTA  
LOPEZ.**

**RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

**ASESOR: DR. LUIS ENRIQUE BATRES MACIEL.  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.**

## **INDICE**

	<b>PAGINAS.</b>
AGRADECIMIENTOS.	1.
SUMARIO.	2.
INTRODUCCION.	3.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11.
HIPOTESIS.	11.
OBJETIVOS.	11.
JUSTIFICACION.	12.
METODOLOGIA Y TIPO DE INVESTIGACION.	13.
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.	14.
VARIABLES.	15.
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.	16.
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.	21.
CONCLUSIONES.	30.
ANEXOS.	32.
BIBLIOGRAFIA.	59.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A DIOS POR ILUMINAR MI CAMINO, PARA ALCANZAR MIS IDEALES.
- A MATEA MI MADRE, POR ENSEÑARME Y DARMER LO MEJOR DE ELLA.
- POR EL RENOVADO ESTIMULO Y MOTIVACION QUE REPRESENTA EN MI VIDA, MI QUERIDA ESPOSA MARISELA Y EL HERMOSO BEBE QUE ESPERAMOS.
- A MIS HERMANAS ANGELINA Y MARISOL POR TODO SU APOYO.
- A LA GRAN E INIGUALABLE INSTITUCION QUE REPRESENTA EL HOSPITAL DE LA MUJER.
- A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS DE GENERACION POR ENSEÑARME Y COMPARTIR ESTA PROFESION.

POR SIEMPRE GRACIAS...

## **SUMARIO.**

### **SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO.**

DR. BAUTISTA L.O.  
DR. BÁTRES M.L.E.

HOSPITAL DE LA MUJER  
SECRETARIA DE SALUD.

SÉ ESTUDIO LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN 100 MUJERES ESCOGIDAS AL AZAR, DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SECRETARIA DE SALUD, MEDIANTE UNA ENTREVISTA CUESTIONARIO. SÉ ENCONTRO QUE LA FRECUENCIA, DESEO E INTENSIDAD SEXUAL PRESENTAN UN DECREMENTO GRADUAL E IMPORTANTE A MEDIDA QUE EVOLUCIONA LA GESTACION; SIENDO EXPLICADO POR VARIACIONES FISICAS Y EMOCIONALES QUE LA PAREJA EXPERIMENTA, EN DONDE OBSERVAMOS LA IMPORTANCIA DE LA ASESORIA MEDICA SOBRE ELLA.

MEXICO, D.F, 1999.

## INTRODUCCION

TANTO LA SALUD EMOCIONAL COMO FISICA ESTAN INTERRELACIONADAS, DE MODO QUE AL DESCUIDAR UNA DE ELLAS SE AFECTA DIRECTAMENTE LA OTRA.

PARA CUALQUIER SER HUMANO SIN IMPORTAR EDAD O NIVEL SOCIOECONÓMICO, LLEVAR UNA VIDA SEXUAL SATISFACTORIA ES ESENCIAL PARA SU EXISTENCIA. PERO SI SE PRESENTA UN PROBLEMA DE ESTA ÍNDOLE ¿A QUIÉN ACUDE?, MÁS AUN SI ESTE SE PRESENTA DURANTE EL EMBARAZO.

PUEDEN RECURRIRSE A VARIAS FUENTES DE ATENCIÓN, PERO EL "EXPERTO" POR EXCELENCIA ES EL MÉDICO. A PESAR DE LA IMPORTANCIA OBVIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO, EXISTE UNA NOTABLE CARENCIA DE DATOS OBJETIVOS SOBRE LA FORMA EN QUE LAS PERSONAS SATISFACEN SUS NECESIDADES DURANTE ESTE LAPSO; PARA MUCHAS ES UN LAPSO DE TENSIÓN.

EN LOS PRIMEROS MESES DE 1974 EXISTÍAN SOLO TRES ESTUDIOS PUBLICADOS QUE PROPORCIONABAN DATOS NORMATIVOS DETALLADOS. UNO DE ELLOS ES LA OBRA DE 1966 DE MASTERS Y JOHNSON. LOS OTROS DOS (SOLBERG Y COL: , FALICOV) SE PUBLICARON EN 1973. (1) ESTOS ESTUDIOS SE MENCIONAN MAS ADELANTE. EN PRIMER LUGAR HABRA QUE CONSIDERAR LOS MOTIVOS DE LA ESCASEZ DE INFORMACIÓN Y POSTERIORMENTE LA FORMA EN QUE LOS PROFESIONALES HAN LLENADO ESTE VACIO.

EL ASPECTO SEXUAL ES UN ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA EL SER HUMANO. EN 1974 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. (2)

EXISTE UNA RELACIÓN CERCANA ENTRE LA SEXUALIDAD Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL MÉDICA, SIN EMBARGO Y A PESAR QUE EN LA LITERATURA, SE REPORTA QUE MÁS DEL 50% DE TODAS LAS PAREJAS SEXUALMENTE ACTIVAS PRESENTAN ALGUN TIPO DE PROBLEMA SEXUAL Y QUE ESTE PORCENTAJE AUMENTA SI SE REALIZA UNA BÚSQUEDA INTENCIONADA, ¿CUÁNTOS DE NOSOTROS COMO MEDICOS EFECTUAMOS ESTA EXPLORACIÓN? Y MÁS AUN DURANTE EL AMBARAZO, PERO ES MÁS IMPORTANTE PREGUNTARNOS: ¿POR QUÉ NO LO HACEMOS? ¿SERÁ POR QUE NO SE NOS ENSEÑO DURANTE NUESTRA FORMACIÓN? Ó ¿POR QUÉ NOS RESULTA EMBARAZOSO? (3)

EVIDENTEMENTE, EL MOTIVO MÁS IMPORTANTE PARA EVITAR ESTE ASPECTO SE ENCUENTRA EN LA ACTITUD DE LA SOCIEDAD HACIA LA SEXUALIDAD, LOS ESTUDIOS SOBRE COMPORTAMIENTO SE HAN DESARROLLADO A TRAVÉS DE ENCUESTAS REPRESENTATIVAS DE POBLACIONES URBANAS, PARTICULARMENTE JOVENES, EN LOS SERVICIOS GUBERNAMENTALES DE SALUD Y EN ALGUNAS INSTITUCIONES PRIVADAS DE INVESTIGACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MIENTRAS QUE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA RECIENTE SE HA LLEVADO EN EL MEDIO ACADÉMICO Y EN ORGANIZACIONES DE MUJERES. (4)

LAS PRESCRIPCIONES SOBRE SEXUALIDAD VARIAN ENTRE DISTINTAS SOCIEDADES, ÉPOCAS, GRUPOS ÉTNICOS Y CLASES SOCIALES, PERO MANTIENEN EXPECTATIVAS DIFERENTES PARA CADA GENERO QUE SEÑALAN AÚN EN LAS SOCIEDADES MÁS LIBERALES Y MODERNAS UN DOBLE PATRON DE MORAL SEXUAL, QUE SEÑALA VALORACIONES, NORMAS Y PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL DIFERENCIADOS PARA HOMBRES Y MUJERES QUE REPRESENTAN CLARAS DESVENTAJAS PARA ESTAS ULTIMAS. (5)

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 INMENZA MAYORIA 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. (6)



EN LA PARTICIPACION CRECIENTE DE LOS MEDICOS EN EL EMBARAZO Y NACIMIENTO, LO IMPORTANTE ERA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL. ESTO ERA MUY CIENTÍFICO Y NO TENÍA NINGUN VÍNCULO CON EL SEXO, EXCEPTO POR UNA RELACION LEJANA QUE SÉ COMPRENDIA PERO NUNCA SE MENCIONABA. LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL EMBARAZO, NO ERA CIENTIFICA NI TEMA APROPIADO DE ESTUDIO. (7)

EN LA REVISION DE LIBROS DE TEXTO DE OBSTETRICIA SE ENCUENTRA UN TEXTO, POR DEMAS EXCELENTE, SYNOPSIS OF OBSTETRICS (Mc LENNAN, 1970) (8), EN EL QUE SE MENCIONA AL COITO SOLO EN RELACION CON EL EMBARAZO MULTIPLE. SE REFIERE AL PARTO PREMATURO PARA TENER PRECAUCIONES. COMÓ EL EVITAR EL COITO DURANTE LOS ULTIMOS TRES MESES, TENER REPOSO Y HACER VIAJES MINIMOS. SIMILARMENTE REID Y COL. (1972) (9) EN SU LIBRO DE TEXTO MENCIONAN QUE LA RELACION SEXUAL SE PERMITE HASTA EL SEPTIMO MES DEL EMBARAZO PERO QUE DEBERIA DE LIMITARSE EN ESE MOMENTO, DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE INFECCION INTRAUTERINA, SÍ LA PACIENTE ENTRA EN TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE ESTA. WILSON, EN ON THE MANAGEMET OF OBSTETRICAL DIFFICULTIES (1961) (10) MENCIONA LA ACTIVIDAD SEXUAL COMO PARTE DE LAS INSTRUCCIONES PRENATALES, RECOMIENDA QUE LAS PACIENTES QUE HAN TENIDO ABORTOS ANTERIORES O AMENAZAS DE ABORTO, EVITEN EL COITO DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO. EN EL TEXTO OBSTETRICO DE BECK Y ROSENTHAL (1975) (11) MENCIONAN COMO CAUSAS POSIBLES DE PARTO PREMATURO, AL VÓMITO EXCESIVO, A LOS DEPORTES, LAS CONVULSIONES Y AL COITO EXCESIVO. DE TODOS LOS ESTUDIOS ANTERIORES NO EXISTE UNA FUNDAMENTACION SOLIDA.

EL PRIMER ESTUDIO DETALLADO SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO FUE PARTE DEL TRABAJO DE MASTERS Y JOHNSON (1966) (12) INFORMANDO UNA DISMINUCION INICIAL DEL DESEO Y FRECUENCIA DEL COITO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE. DESPUES DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO OCURRIO CIERTO AUMENTO EN EL INTERES Y ACTIVIDADES SEXUALES ASOCIÁNDOLA A LA POSIBLE CONGESTION DE LA VASCULATURA PELVICA. ÉL ÚLTIMO TRIMESTRE MOSTRO DISMINUCION IMPORTANTE DEL INTERÉS Y ACTIVIDADES SEXUALES.

SOLBERG Y COLABORADORES (1983) (13) ENTREVISTANDO A 260 MUJERES EN EL PERIODO DE POSPARTO INMEDIATO, CON PAREJA SEXUAL DURANTE SIETE DE LOS NUEVE MESES DE EMBARAZO, ENCONTRARON COMO HALLAZGO IMPORTANTE LA DISMINUCION UNIFORME E INVARIABLE DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN LA MAYOR PARTE DE LAS MUJERES. UN DATO IMPORTANTE FUE QUE NI LA EDAD NI LA DURACION DEL MATRIMONIO, NI EL NIVEL EDUCATIVO, NI OTROS INDICADORES SIMILARES SE ASOCIARON CON LA REDUCCION DE LA CONDUCTA SEXUAL. EL 7% DEL TOTAL DE LAS ENTREVISTADAS MENCIONO NUNCA HABER EXPERIMENTADO UN ORGASMO. EL NUMERO DE COITOS QUE FINALIZARON EN ORGASMO, DISMINUYO AL AVANZAR EL EMBARAZO, CON DISMINUCION DE LA INTENSIDAD DE ESTE, EN COMPARACION CON SU INTENSIDAD ANTES DEL EMBARAZO. SOLO UN PEQUEÑO PORCENTAJE REFIRIO AUMENTO EN LA INTENSIDAD ORGASMICA EN TODOS LOS TRIMESTES. EL 60% UTILIZÓ LA ESTIMULACION MANUAL POR PARTE DEL COMPAÑERO PARA LLEGAR AL ORGASMO, UN 5% UTILIZO LA ESTIMULACION BUCOGENITAL PARA ALCANZAR EL ORGASMO.

ADINMA JI (1995) (14) EN UN ESTUDIO REALIZADO EN 440 PACIENTES EN ESTADO DE GRAVIDEZ CON PROMEDIO DE EMBARAZO DE 36 SEMANAS, ENCONTRO QUE EL 44.3% RESPONDIO QUE EL COITO FACILITAVA LAS "CONDICIONES VAGINALES PARA EL PARTO", UN 34.8% RESPONDIO QUE PODRIA EXISTIR CIERTO DAÑO AL PRODUCTO AL PRACTICAR RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO. UN 21.1% LO RELACIONO CON ABORTO Y 49.3% RESPONDIO QUE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO RESULTA UNA ACTIVIDAD FUNCIONAL QUE NO DAÑA LA RELACION DE LA PAREJA. EL 19.3% RESPONDIO QUE AUMENTO SU FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y 63.6% RESPONDIO UNA REDUCCION EN LA FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. LLAMA LA ATENCION QUE LA MAYOR PARTE DEL GRUPO ESTUDIADO CONCLUYO QUE NO DEBE EXISTIR UNA RESTRICCION TOTAL DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO, YA QUE ASI EXISTIRA UNA ADECUADA RELACION DE PAREJA.

LA FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL NO VARIA DURANTE EL EMBARAZO EN LOS DIFERENTES GRUPOS SOCIALES, EXISTIENDO UNA MAYOR PREVALENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PRIMIGESTAS EN COMPARACION CON MULTIGESTAS. (15)

LA POSICION COITAL ADOPTADA DURANTE EL EMBARAZO ESTA EN RELACION DIRECTA CON EL GRADO DE COMODIDAD Y PLACER, ENCONTRANDO UNA DISMINUCION PARA EL COITO CON EL VARON HACIA ARRIBA, HACIENDO MÁS FRECUENTE LA POSICION LADO A LADO Y LA POSICION DE PENETRACION POSTERIOR TUVO MAS FRECUENCIA. (16)

ENTRE LOS MOTIVOS DE CAMBIO EN EL GRADO O LA INTENSIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO EN UNA ENTREVISTA PRACTICADA A 270 MUJERES (ADINMA JI 1995) (16) SÉ ENCONTRÓ POR ORDEN DE IMPORTANCIA EL MALESTAR FISICO DEBODO AL AUMENTO DE VOLUMEN ABDOMINAL, DOLOR E HIPERSENCIBILIDAD MAMARIA, TEMOR DE LESIONAR AL PRODUCTO POR EFECTO COMPRENSIVO, PERDIDA DEL INTERES EN RELACION A LA PERDIDA DEL ATRACTIVO DE LA MUJER, RECOMENDACIÓN DE OTRAS PERSONAS Y MEDICAS, ASI COMO OTRAS CAUSAS MENORES.

EN LA ACTUALIDAD, NO SE SABE HASTA QUE PUNTO LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO REACCIONA DIRECTAMENTE A LOS CAMBIOS HORMONALES, METABOLICOS O FISICOS. LOS ESTUDIOS ANTES MENCIONADOS COINCIDEN EN QUE LA REACCION DE LAS MUJERES AL EMBARAZO ES MUY VARIABLE Y QUE UNA MINORIA EXPERIMENTA MAYOR DESEO DURANTE LA GRAVIDEZ QUE ANTES DE ESTA. LA PERDIDA DEL INTERES Y EL DESEO SEXUAL SE REFLEJA EN LA CONDUCTA DE COPULA Y NO COPULA. LA DISMINUCION DE LA PRIMERA, COMO LA ESTIMULACION BUCIGENITAL MUTUA, HACE PENSAR QUE ENTRA EN JUEGO ALGO MAS QUE LAS ACTITUDES O COMODIDAD DURANTE LA SEXUALIDAD. QUIENES RECURREN A ESA PRACTICA SE ENCUENTRAN RAZONABLEMENTE A GUSTO AL ACEPTAR SU SEXUALIDAD. MAS AUN EL TEMOR A LA PENETRACION PENEAL Y LA LESION AL PRODUCTO NO INTERVIENEN EN LA REDUCCION DE ESTA CONDUCTA. (17)

ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE LA HORMONA PROGESTERONA EN CANTIDADES VARIABLES DE DISMINUCION A AUMENTO TIENDEN A DISMINUIR EL IMPULSO SEXUAL, HASTA INHIBIRLO TOTALMENTE. (18)

LA POSIBLE RELACION ENTRE EL ORGASMO Y PARTO PREMATURO PODRÍA PRODUCIRSE POR MEDIO DEL MECANISMO DE INDUCCION DE CONTRACCIONES UTERINAS. EXISTE CIERTA SIMILITUD ENTRE LAS CONTRACCIONES UTERINAS DURANTE EL ORGASMO CON LAS

DEL PARTO. UNA PACIENTE DE UNO DE LOS AUTORES DESCRIBIO SU SEGUNDO PARTO SIN ANESTESIA "COMO EL MAYOR DE LOS ORGASMOS" QUE JAMAS HUBIERA EXPERIMENTADO. SE HA DESCUBIERTO OXITOCINA EN MUESTRAS DE SANGRE TOMADAS AL MINUTO DESPUES DEL ORGASMO DE LA MUJER. QUE PUEDAN SER LAS CAUSANTES EN PARTE DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS. LAS CONTRACCIONES UTERINAS AL MOMENTO DESPUES DEL ORGASMO AUMENTAN LA PRESION INTRAÚTERINA. GOODLIN Y COLS. (19) OBSERVARON QUE LA INCIDENCIA DE ORGASMOS DESPUES DE LA SEMANA 30 ERA SUPERIOR EN LAS MUJERES QUE PARIERON PREMATURAMENTE EN RELACION CON LAS QUE LO HICIERON A TERMINO. EL MISMO AUTOR PROPUSO A CINCO PACIENTES A TERMINO QUE CONSIGUIERAN UN ORGASMO CON EL FIN DE INICIAR EL PARTO. CUATRO DE ELLAS LO HICIERON DENTRO DE LAS 9 HORAS DESPUES DE ESTE. NAEYE (20), UTILIZO LOS DATOS DE UN ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO (COLLABORATIVE PERINATAL PROJÉT), OBSERVO QUE LA INCIDENCIA DE INFECCION AMNIOTICA, EN PACIENTES CON MEMBRANAS INTEGRAS OBSERVO, FUE DISCRETAMENTE SUPERIOR EN MADRES QUE TENIAN UNO O MÁS COITOS POR SEMANA AL MES ANTERIOR AL PARTO QUE LAS QUE NO HABIAN REALIZADO COITO ALGUNO.

UN GRUPO DE SUSTANCIAS INPORTANTES SON LAS PRSOTAGLANDINAS PRESENTES EN EL FLUIDO SEMINAL (ESPECIALMENTE F<sup>2</sup> a y E<sup>2</sup>) QUE TIENEN LA PROPIEDAD DE ABSORCION EN LA MUCOSA VAGINAL E INGRESAR A LA CIRCULACION MATERNA Y SER PARTICIPES EN LA PRODUCCION DE CONTRACCIONES UTERINAS. (21)

EN GENERAL PODEMOS ENCONTRAR COMO "PELIGROS" POTENCIALES DEL COITO DURANTEEL EMBARAZO EN TRES CAMPOS: MECANICO, INFECCON Y ACTIVIDAD UTERINA. DURANTE EL COITO ACTIVO EL PENE PUEDE PROVOCAR DESPLAZAMIENTO DE BACTERIAS VAGINALES HACIA LOS ORGANOS GENITALES SUPERIORES, PERO ESTO SOLO CONSTITUYE UN RIESGO PARA LA MUJER QUE TIENE CERVIX INCOMPETENTE, AMNIOS ROTO, CUELLO BORRADO Y DILATADO EN FASE TARDIA DE LA GESTACION Y SANGRADO. EL CUELLO COMPETENTE Y LAS MEMBRANAS INTACTAS CONFIEREN PROTECCION PERFECTAMENTE ADECUADA EN LA MUJER EMBARAZADA SANA. DE LA MISMA MANERA LAS CONTRACCIONES UTERINAS REPRESENTAN UN PROBLEMA PARA LA MUJER QUE SUFRE AMENAZA DE ABORTO, ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO PREVIO Y ACTUAL, CERCLAJE, GESTACION GEMELAR Y

POLIHIDRAMNIOS, POR LO QUE PARECE SENSATO LIMITAR LA ACTIVIDAD SEXUAL. EL EFECTO MECANICO QUE CAUSA EL EMPUJE DEL PENE EN EL COITO TENDRA EFECTOS NOCIVOS EN SITUACIONES COMO PLACENTA PREVIA, ROTURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS. EN GENERAL HABRA DE EXISTIR UN FACTOR DE RIESGO CONDICIONANTE PARA LA APARICION DE ACTIVIDAD UTERINA O INFECCION. (1,19,20,21,22,23)

EN LOS CASOS ANTERIORES Y EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS ÉL MÉDICO PUEDE RECOMENDAR ACTIVIDAD NO COPULATIVA PARA LAS PAREJAS QUE DESEAN CONTINUAR LA ACTIVIDAD SEXUAL. LA PRIMACIA DEL COITO, DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO E HISTORICO, SE BASA EN SU RELACION CON LA CONCEPCION. LA PAREJA EMBARAZADA NO NECESITA ESTAR ATADA AL COITO COMO MÉTODO UNICO DE ACTIVIDAD SEXUAL. (23,24)

¿CÓMO DEBE TRATAR ÉL MEDICO A LA PACIENTE EMBARAZADA Y SU PAREJA, EN LO QUE SE REFIERE A SU ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LA GRAVIDEZ? EN PRIMER LUGAR, LA PARTICIPACION DEL VARON DEBE CONSIDERARSE IMPORTANTE. MUCHAS TEMEN QUE DURANTE EL EMBARAZO, CUANDO POSIBLEMENTE SON POCO ATRACTIVAS Y SENSUALES, SUS ESPOSOS BUSQUEN PLACER SEXUAL CON OTRAS MUJERES. MUCHAS MUJERES REQUIEREN QUE SUS COMPAÑEROS LES BRINDEN APOYO Y CERCANIA ADICIONALES. (6,24)

LA LITERATURA CONTIENE POCOS COMENTARIOS SOBRE LAS ACTIVIDADES A FALTA DEL COITO QUE CONSERVAN LA INTIMIDAD DE LA RELACION DE LA PAREJA DURANTE ESTE LAPSO. TOLOR Y DIGRAZIA (1986) (25) APLICARON UN CUESTIONARIO A 216 MUJERES, CUYO TEMA ERAN LAS ACTIVIDADES SEXUALES Y LA GRAVIDEZ. LAS MUJERES MOSTRARON PREFERENCIA POR UNA MENOR FRECUENCIA DE COITO DE LA QUE OCURRIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE. LOS AUTORES COMENTARON LA CONSIDERABLE NECESIDAD DE CONTACTO FISICO ESTRECHO EN MUJERES DURANTE TODAS LAS FASES DEL EMBARAZO Y POSPARTO. CUANDO SE LES PREGUNTO A LAS MADRES SOBRES LAS ALTERNATIVAS CUANDO " NO TENIAN GANAS DE INICIAR RELACIO SEXUAL" LA RESPUESTA MAS FRECUENTE FUE QUE SOLO DESEABAN QUE LAS ABRAZARAN. LOS AUTORES RECOMIENDAN SE INCLUYAN EN LOS CONSEJOS PRENATALES, EL CONOCIMIENTO DE LOS POSIBLES CAMBIOS EN EL INTERES Y LA ACTIVIDAD SEXUALE Y SOBRE LA NECESIDAD DE MAYOR CONTACTO FISICO.

WEGSTEEN Y WAGNER COMENTAN DETALLADAMENTE ESTE ASPECTO PSICOLOGICO DEL EMBARAZO, EXISTE UN CONFLICTO ENTRE EL MENOR INTERES SEXUAL DE LA MADRE Y SU MAYOR NECESIDAD DE AFECTO, PUESTO QUE LAS FORMAS DE EXPRESAR AMOR Y AFECTO A MENUDO DIFIEREN EN LOS VARONES Y LAS MUJERES, ESTE CONFLICTO PUEDE PROVOCAR CONSIDERABLE TENSION EN LE RELACION Y ESPECIALMENTE EN EL ANIMO DE LA MADRE. EXISTEN FUERTES TRADICIONES HISTORICAS Y CULTURALES QUE HACEN QUE PARA EL HOMBRE, LA ACTIVIDAD SEXUAL Y AFECTO SEAN SINONIMOS. AUN EN LA RELACION ESTRECHA E INTIMA, CUANDO LA MUJER RECHAZA LOS REQUERIMIENTOS DEL VARON O RESPONDE INDIFERENTE, LA FRUSTACION O DEPRESION QUE SE PRODUCEN SUELEN SER PROFUNDAS. LA MUJER POR CAUSAS SOCIALES EXPRESA SU AFECTO EN FOMAS NO SEXUALES PERO FISICAS, COMO EL ABRAZO. (26)

LA REACCION AL EMBARAZO ES MUY INDIVIDUAL Y LA DISMINUCION O AUMENTO DEL INTERES Y ACTIVIDADES SEXUALES NO SE PUEDEN PREVER POR MEDIO DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS O DEMOGRAFICOS. LOS MEDICOS TENDRAN LA OBLIGACION DE PROPORCIONAR AYUDA Y ORIENTACION ACERCA DEL TEMA EN LAS VISITAS PRENATALES, AUNADA A LA INFORMACION DE PLANIFICACION FAMILIAR CON LA CUAL GUARDA RELACION.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HA PRESTADO ESPECIAL INTERES A LA SEXUALIDAD DESDE TODOS LOS PUNTOS DE VISTA.

EN EL AMBITO DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO EXISTEN EN COMPARACION A OTROS, UN NUMERO MENOR DE ESTUDIOS Y LA MAYORIA DE ELLOS APLICADOS A POBLACION DE OTROS PAISES; COINCIDIENDO LA MAYORIA DE ELLOS EN SUS HALLAZGOS, EN QUE EL EMBARAZO ES UN PERIODO DE AJUSTE EN LA PAREJA, ASI COMO EN SUS HABITOS SEXUALES. RESULTA POR ELLO IMPORTANTE EXPLORAR, CONOCER Y ANALIZAR ESTE COMPORTAMIENTO EN LA POBLACION QUE ACUDE A NUESTRO HOSPITAL PARA SU ATENCION; CON EL FIN DE FUNDAMENTAR Y ADECUAR LA CONSEJERIA E INFORMACION DE ESTA AREA.

## **HIPOTESIS**

LA REACCION DE CADA MUJER AL EMBARAZO RESULTA UN PROCESO MUY INDIVIDUAL, ¿PERO PUEDEN LAS VARIACIONES DE INDOLE FISIOLÓGICO Y EMOCIONAL DURANTE LA GESTACION MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA EN SU ACTIVIDAD SEXUAL?

## **OBJETIVOS**

**GENERAL :** CONOCER LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

**ESPECIFICOS :** MENCIONAR LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

MENCIONAR LOS PRINCIPALES ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HA PRESTADO ESPECIAL INTERES A LA SEXUALIDAD DESDE TODOS LOS PUNTOS DE VISTA.

EN EL AMBITO DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO EXISTEN EN COMPARACION A OTROS, UN NUMERO MENOR DE ESTUDIOS Y LA MAYORIA DE ELLOS APLICADOS A POBLACION DE OTROS PAISES; COINCIDIENDO LA MAYORIA DE ELLOS EN SUS HALLAZGOS, EN QUE EL EMBARAZO ES UN PERIODO DE AJUSTE EN LA PAREJA, ASI COMO EN SUS HABITOS SEXUALES. RESULTA POR ELLO IMPORTANTE EXPLORAR, CONOCER Y ANALIZAR ESTE COMPORTAMIENTO EN LA POBLACION QUE ACUDE A NUESTRO HOSPITAL PARA SU ATENCION; CON EL FIN DE FUNDAMENTAR Y ADECUAR LA CONSEJERIA E INFORMACION DE ESTA AREA.

## **HIPOTESIS**

LA REACCION DE CADA MUJER AL EMBARAZO RESULTA UN PROCESO MUY INDIVIDUAL, ¿PERO PUEDEN LAS VARIACIONES DE INDOLE FISIOLÓGICO Y EMOCIONAL DURANTE LA GESTACION MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA EN SU ACTIVIDAD SEXUAL?

## **OBJETIVOS**

**GENERAL :** CONOCER LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

**ESPECIFICOS :** MENCIONAR LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

MENCIONAR LOS PRINCIPALES ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HA PRESTADO ESPECIAL INTERES A LA SEXUALIDAD DESDE TODOS LOS PUNTOS DE VISTA.

EN EL AMBITO DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO EXISTEN EN COMPARACION A OTROS, UN NUMERO MENOR DE ESTUDIOS Y LA MAYORIA DE ELLOS APLICADOS A POBLACION DE OTROS PAISES; COINCIDIENDO LA MAYORIA DE ELLOS EN SUS HALLAZGOS, EN QUE EL EMBARAZO ES UN PERIODO DE AJUSTE EN LA PAREJA, ASI COMO EN SUS HABITOS SEXUALES. RESULTA POR ELLO IMPORTANTE EXPLORAR, CONOCER Y ANALIZAR ESTE COMPORTAMIENTO EN LA POBLACION QUE ACUDE A NUESTRO HOSPITAL PARA SU ATENCION; CON EL FIN DE FUNDAMENTAR Y ADECUAR LA CONSEJERIA E INFORMACION DE ESTA AREA.

## **HIPOTESIS**

LA REACCION DE CADA MUJER AL EMBARAZO RESULTA UN PROCESO MUY INDIVIDUAL, ¿PERO PUEDEN LAS VARIACIONES DE INDOLE FISIOLÓGICO Y EMOCIONAL DURANTE LA GESTACION MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA EN SU ACTIVIDAD SEXUAL?

## **OBJETIVOS**

**GENERAL :** CONOCER LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

**ESPECIFICOS :** MENCIONAR LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

MENCIONAR LOS PRINCIPALES ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES RAZONES DEL CAMBIO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

INDICAR LAS PRINCIPALES VARIACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

IDENTIFICACION DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO; ASI COMO SUS CREENCIAS A CERCA DE ESTE.

MENCIONAR LA EXISTENCIA DE INFORMACION A CERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y ANTI - CONCEPCION.

PROPONER MECANISMOS DE ORIENTACION E INFORMACION SOBRE EL TEMA, DIRIGIDOS A LA POBLACION DE ATENCION.

## **JUSTIFICACION**

DE SUMA IMPORTANCIA Y NECESARIO ES PARA EL HOMBRE Y LA MUJER EL CONOCIMIENTO CADA VEZ MAYOR DE SU PROPIA SEXUALIDAD.

SIN EMBARGO, A PESAR DEL INTERES EN LA LITERATURA TANTO CIENTIFICA COMO POPULAR, NO SE LE HA DADO EN NUESTRO MEDIO LA IMPORTANCIA SIGNIFICATIVA AL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO, DANDO LUGAR A CREENCIAS ERRONEAS; POR LO QUE PARA EL MEDICO GINECOOBSTETRA ES DE GRAN IMPORTANCIA EL CONOCER Y PROPORCIONAR INFORMACION VERAZ Y OPORTUNA A SU POBLACION DE ATENCION.

IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES RAZONES DEL CAMBIO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

INDICAR LAS PRINCIPALES VARIACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

IDENTIFICACION DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO; ASI COMO SUS CREENCIAS A CERCA DE ESTE.

MENCIONAR LA EXISTENCIA DE INFORMACION A CERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y ANTI - CONCEPCION.

PROPONER MECANISMOS DE ORIENTACION E INFORMACION SOBRE EL TEMA, DIRIGIDOS A LA POBLACION DE ATENCION.

## JUSTIFICACION

DE SUMA IMPORTANCIA Y NECESARIO ES PARA EL HOMBRE Y LA MUJER EL CONOCIMIENTO CADA VEZ MAYOR DE SU PROPIA SEXUALIDAD.

SIN EMBARGO, A PESAR DEL INTERES EN LA LITERATURA TANTO CIENTIFICA COMO POPULAR, NO SE LE HA DADO EN NUESTRO MEDIO LA IMPORTANCIA SIGNIFICATIVA AL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO, DANDO LUGAR A CREENCIAS ERRONEAS; POR LO QUE PARA ÉL MEDICO GINECOOBSTETRA ES DE GRAN IMPORTANCIA EL CONOCER Y PROPORCIONAR INFORMACION VERAZ Y OPORTUNA A SU POBLACION DE ATENCION.

## **METODOLOGIA Y TIPO DE INVESTIGACION**

1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION: TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO.
2. POBLACION Y MUESTRA:

### **A. UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO**

HOSPITAL DE LA MUJER, SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,  
ALOJAMIENTO CONJUNTO.  
JULIO-AGOSTO DE 1998.

### **B. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

100 MUJERES DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO.

### **C. GRUPO PROBLEMA**

MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO MEDIATO DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO.

### **D. GRUPO TESTIGO**

SIN GRUPO TESTIGO

### **E. CRITERIOS DE INCLUSION**

- MUJERES EN PERIODO DE PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO INDEPENDIEMENTE DE CESAREA O PARTO.
- MUJERES CON UNA PAREJA SEXUAL ESTABLE POR LO MENOS DURANTE UN AÑO PREVIO A LA FECHA DEL ESTADO ACTUAL INDEPENDIEMENTE DE VIVIR EN MATRIMONIO O UNION LIBRE.
- MUJERES PRIMIGESTAS O MULTIGESTAS.

F. CRITERIOS DE EXCLUSION.

- \* MUJERES CON ANTECEDENTES DE VIOLACION, INCESTO O AGRESION SEXUAL.
- MUJERES MADRE ADOLESCENTE TEMPRANO (10 A 14 AÑOS). ◦
- MUJERES QUE CURSARON CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO.
- MUJERES GRAN MULTIGESTA, GRAN MULTIPARA (5 O MÁS).

G. CRITERIOS DE ELIMINACION.

- PACIENTES EN LAS QUE NO SE CONCLUYA EL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD.

**PROCEDIMIENTO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

INVESTIGACION DE CAMPO POR MEDIO DE LA ENCUESTA UTILIZANDO COMO INSTRUMENTO LA ENTREVISTA CUESTIONARIO.

SE DISEÑO UN CUESTIONARIO CON PREGUNTAS CERRADAS Y DIRECTAS, ESTRUCTURADAS PARA SU CONTESTACION EN DICOTOMICAS Y EN ABANICO.

PREVIA ACEPTACION ESCRITA DE LA PACIENTE; BASTARA CON EL NOMBRE DEL ENTREVISTADO POR LA NATURALEZA DEL TEMA.

\*ANEXO CUESTIONARIO.

F. CRITERIOS DE EXCLUSION.

\* MUJERES CON ANTECEDENTES DE VIOLACION, INCESTO O AGRESION SEXUAL.

- MUJERES MADRE ADOLESCENTE TEMPRANO (10 A 14 AÑOS).
- MUJERES QUE CURSARON CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO.
- MUJERES GRAN MULTIGESTA, GRAN MULTIPARA (5 O MÁS).

G. CRITERIOS DE ELIMINACION.

- PACIENTES EN LAS QUE NO SE CONCLUYA EL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD.

## **PROCEDIMIENTO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

INVESTIGACION DE CAMPO POR MEDIO DE LA ENCUESTA UTILIZANDO COMO INSTRUMENTO LA ENTREVISTA CUESTIONARIO.

SE DISEÑO UN CUESTIONARIO CON PREGUNTAS CERRADAS Y DIRECTAS, ESTRUCTURADAS PARA SU CONTESTACION EN DICOTOMICAS Y EN ABANICO.

PREVIA ACEPTACION ESCRITA DE LA PACIENTE; BASTARA CON EL NOMBRE DEL ENTREVISTADO POR LA NATURALEZA DEL TEMA.

\*ANEXO CUESTIONARIO.

## VARIABLES

EDAD, ESTADO CIVIL, RELIGION, OCUPACION DE LA MUJER Y LA PAREJA, NIVEL SOCIOECONOMICO, NIVEL EDUCACIONAL, GESTAS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA, PAREJAS SEXUALES, METODOS ANTICONCEPTIVOS, DESEO SEXUAL, COITO, ESTIMULACION SEXUAL, ORGASMO, INTENSIDAD SEXUAL, TABUES, ESTADO EMOCIONAL, CONTROL PRENATAL, INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION.

## **CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

### **CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS. SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO**

#### **DATOS GENERALES.**

1. EDAD:
  - A. 15 A 19 AÑOS.
  - B. 20 A 24 AÑOS.
  - C. 25 A 29 AÑOS.
  - D. 30 A 34 AÑOS.
  - E. MÁS DE 35 AÑOS.
  
2. ESTADO CIVIL:
  - A. UNION LIBRE.
  - B. MATRIMONIO.
  
3. RELIGION:
  - A. TESTIGO DE JEHOVA.
  - B. EVANGELICA.
  - C. CATOLICA.
  - D. OTRAS.
  - E. NO PROFESA.
  
4. OCUPACION ACTUAL DE LA MUJER:
  - A. AMA DE CASA.
  - B. EMPLEADA.
  - C. COMERCIANTE.
  - D. PROFESIONAL.
  - E. OTRA.
  
5. OCUPACION ACTUAL DE LA PAREJA:
  - A. OBRERO.
  - B. EMPLEADO.
  - C. COMERCIANTE.
  - D. PROFESIONAL.
  - E. OTRA.



6. NIVEL SOCIOECONOMICO.  
A. BAJO  
B. MEDIO.  
C. ALTO.

7. ESCOLARIDAD DE LA MUJER.  
A. PRIMARIA.  
B. SECUNDARIA.  
C. BACHILLERATO.  
D. PROFESIONAL  
E. NULA.

**ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.**

8. NUMERO DE GESTAS:  
A. 1.  
B. 2.  
C. 3.  
D. 4.

9. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:  
A. 15 AÑOS.  
B. 16 A 20 AÑOS.  
C. 21 A 25 AÑOS.  
D. 26 A 30 AÑOS.  
E. 31 O MÁS AÑOS.

10. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:  
A. 1.  
B. 2.  
C. 3.  
D. 4 O MÁS.

11. METODO DE PLANIFICACION  
FAMILIAR MAS UTILIZADO:  
A. D.I.U  
B. BARRERA.  
C. RITMO.  
D. HORMONALES ORALES.  
E. SIN USO DE METODO.

SEXUALIDAD

12. DESEO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO:

- A. IGUAL
- B. MENOR.
- C. MAYOR.

13. CAUSA EN EL CASO DE MENOR DESEO SEXUAL EN EL EMBARAZO:

- A. MALESTAR FISICO.
- B. TEMOR A LESIONAR AL PRODUCTO.
- C. PERDIDA DEL INTERES.
- D. TORPEZA DURANTE EL COITO.
- E. RECOMENDACIÓN MEDICA O DE OTRA PERSONA.
- F. PERDIDA DEL ATRACTIVO A JUICIO DE LA MUJER.

14,15,16,17. FRECUENCIA DE COITO:

- A. 3 O MENOS POR MES.
- B. 4 O 8 POR MES.
- C. 9 O MÁS POR MES.
- D. SIN COITO.

ANTES DEL EMBARAZO:

- 1er. TRIMESTRE:
- 2do. TRIMESTRE:
- 3er. TRIMESTRE:

18,19,20,21. POSICION COITAL MAYORMENTE UTILIZADA:

- A. CARA A CARA.
- B. LATERAL.
- C. POSTERIOR.
- D. OTRA.
- E. SIN COITO.

ANTES DEL EMBARAZO:

- 1er. TRIMESTRE.
- 2do. TRIMESTRE.
- 3er. TRIMESTRE.

22,23,24,25. ESTIMULACION SEXUAL MAYORMENTE UTILIZADA EN LA ACTIVIDAD SEXUAL:

- A. MANUAL.
- B. BUCOGENITAL.
- C. VISUAL.
- D. NO USA ESTIMULACION.

ANTES DEL EMBARAZO:

- 1er. TRIMESTRE.
- 2do. TRIMESTRE.
- 3er. TRIMESTRE.

26,27,28,29. EXPERIMENTA ORGASMO:

- A. SÍ.
- B. NO.
- C. SIN COITO.

ANTES DEL EMBARAZO:

- 1er. TRIMESTRE.
- 2do. TRIMESTRE.
- 3er. TRIMESTRE.



**ORIENTACION MEDICA.**

36. CONTROL PRENATAL (5 CONSULTAS MINIMO) DURANTE ESTA ULTIMA GESTACION:  
A. SÍ.  
B. NO.
37. HA RECIBIDO INFORMACION U ORIENTACION ALGUNA ACERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.  
A. SÍ.  
B. NO.
38. HA RECIBIDO INFORMACION U ORIENTACION ACERCA DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.  
A. SÍ.  
B. NO.
39. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE DESEA UTILIZAR.  
A. D.I.U.  
B. BARRERA.  
C. OCLUSION TUBARIA BILATERAL.  
D. HORMONALES ORALES.  
E. HORMONALES INYECTABLES.  
F. VASECTOMIA EN LA PAREJA.  
G. NO DESEA UTILIZAR.

**CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION ESCRITA.**

ESTA ES UNA INVITACION PARA QUE USTED SE SIRVA DAR SU CONSENTIMIENTO VOLUNTARIAMENTE, PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION. EL PROPOSITO DEL ESTUDIO ES LA APLICACION DE UN CUESTIONARIO DE PREGUNTAS REFERENTES A LA SEXUALIDAD Y EL EMBARAZO. LAS EVALUACIONES SERAN ESTADISTICAS UNICAMENTE. SU IDENTIFICACION SERA CONSERVADA COMO INFORMACION CONFIDENCIAL, POR LO QUE UNICAMENTE ES NECESARIO SU FIRMA O HUELLA DACTILAR.

**PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.**

POR MEDIO DE LA ENTREVISTA-CUESTIONARIO SE APLICARON 100 ENCUESTAS A IGUAL NUMERO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE ELIMINACION FUERON ELIMINADOS 4 CUESTIONARIOS [96-100%], RECOPILANDO LOS SIGUIENTES DATOS.

EDAD. (FIG. 1)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. 15 A 19 AÑOS	23	23.95%
B. 20 A 24 AÑOS	32	33.33%
C. 25 A 29 AÑOS	23	23.95%
D. 30 A 04 AÑOS	12	12.50%
E. MÁS DE 35 AÑOS	6	6.25%

ESTADO CIVIL. (FIG. 2)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. UNION LIBRE	55	57.29%
B. MATRIMONIO	41	42.70%

RELIGION. (FIG.3)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. TESTIGO DE JEHOVA	2	2.08%
B. EVANGELISTA	4	4.16%
C. CATOLICA	83	86.45%
D. OTRAS	2	2.08%
E. NO PROFESA	5	5.20%

OCUPACION DE LA MUJER. (FIG.4)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. AMA DE CASA	76	79.16%
B. EMPLEADA	8	8.33%
C. COMERCIANTE	5	5.20%
D. PROFESIONISTA	3	3.12%
E. OTRA	4	4.16%

## SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

OCUPACION DE LA PAREJA. (FIG.5)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. OBRERO	12	12.50%
B. EMPLEADO	26	27.08%
C. COMERCIANTE	19	19.79%
D. PROFESIONISTA	4	4.16%
E. OTRA	35	36.45%

NIVEL SOCIOECONOMICO. (FIG.6)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. BAJO	88	91.66%
B. MEDIO	7	7.29%
C. ALTO	1	1.04%

ESCOLARIDAD DE LA MUJER. (FIG.7)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. PRIMARIA	29	30.20%
B. SECUNDARIA	52	54.16%
C. BACHILLERATO	11	11.45%
E. PROFESIONAL	4	4.16%
E. NULA	0	0.00%

NUMERO DE GESTAS. (FIG.8)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. 1.	29	30.20%
B. 2.	38	39.58%
C. 3.	20	20.83%
D. 4.	9	9.37%

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA. (FIG.9)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. 15 AÑOS	28	29.16%
B. 16 A 20 AÑOS	53	53.20%
C. 21 A 25 AÑOS	14	14.58%
D. 26 A 30 AÑOS	1	1.04%
E. 31 O MÁS AÑOS	0	0.00%

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES. (FIG.10)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. 1.	61	63.54%
B. 2.	24	25.00%
C. 3.	10	10.41%
D. 4 O MÁS	1	1.04%

SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

MODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO. (FIG.11)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
U.	27	28.12%
DIAGRAMA	5	5.20%
CONDOMINIO	9	9.37%
HORMONAL ORAL	8	8.33%
HORMONAL INYECTABLE	6	6.25%
NINGUNO	41	42.70%

MODO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO. (FIG.12)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
COITO	27	28.12%
PRECOITO	66	68.75%
OTRO	3	3.12%

CAUSA DE MENOR DESEÑO SEXUAL. (FIG.13)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MALESTAR FISICO	30	45.45%
TERROR DE LESIONAR AL PRODUCTO	20	30.30%
PERDIDA DEL INTERES	12	18.18%
INSEGURIDAD DURANTE EL COITO	1	1.51%
RECOMENDACION MEDICA U OTRA PERSONA	1	1.51%
PERDIDA DEL ATRACTIVO A JUICIO DE LA MUJER	2	3.03%

FRECUENCIA DEL COITO. (FIG.14)

	ANTES DEL EMBARAZO		1er.TRIMESTR E		2do.TRIMESTR E		3er.TRIMESTR E	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
UNO O MENOS POR MES	33	34.37%	61	63.54%	50	52.08%	50	52.08%
DE DOS A OCHO POR MES	41	42.70%	23	23.95%	13	13.54%	08	08.33%
DE NUEVE A MAS POR MES	22	22.91%	10	10.41%	07	07.29%	03	03.12%
NINGUNO	00	00.00%	02	02.08%	28	27.08%	35	36.45%

MODO COITAL MAYORMENTE UTILIZADA.

	ANTES DEL EMBARAZO		1er.TRIMESTR E		2do.TRIMESTR E		3er.TRIMESTR E	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PERCUTIDA A CARA	90	93.75%	82	84.45%	54	56.25%	48	47.6%
TERMINAL	03	03.12%	06	06.25%	13	13.54%	13	13.54%
INTERRUPCION POSTERIOR	03	03.12%	04	04.16%	03	03.12%	02	02.08%
OTRO	00	00.00%	02	02.08%	00	00.00%	00	00.00%
NINGUNO	00	00.00%	02	02.08%	28	27.08%	35	36.45%

## SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

## ESTIMULACION SEXUAL MAYORMENTE UTILIZADA

## TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL. (FIG.16)

	ANTES DEL EMBARAZO		1er.TRIMESTR E		2do.TRIMESTR E		3er.TRIMESTR E	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MANUAL	93	96.87%	91	94.78%	66	68.75%	57	59.37%
MUCOGENITAL	00	00.00%	00	00.00%	00	00.00%	00	00.00%
ORAL	02	02.08%	02	02.08%	02	02.08%	03	03.12%
QUE NO USA ESTIMULACION	01	01.04%	03	03.12%	28	29.16%	36	37.50%

## PRESENCIA DE ORGASMO. (FIG.17)

	ANTES DEL EMBARAZO		1er.TRIMESTR E		2do.TRIMESTR E		3er.TRIMESTR E	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	80	83.33%	54	56.25%	33	34.37%	27	28.12%
NO	16	16.66%	40	41.00%	35	36.45%	35	36.45%
NO COITO	00	00.00%	02	02.08%	28	29.18%	34	35.41%

## ¿CAMBIA LA MISMA INTENSIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO? (FIG.18)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
NO	23	23.95%
SI	71	73.95%
NO SE SEÑALA	2	2.08%

## ACTITUDES DE LA PAREJA HACIA LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO. (FIG.19)

	EL		ELLA	
	No.	%	No.	%
ACEPTACION	91	94.78%	57	59.37%
RECHAZO	02	02.08%	33	34.37%
NO SE SEÑALA	03	03.12%	06	06.25%

## COMPLICACIONES SOBRE EL COITO DURANTE EL EMBARAZO. (FIG.20)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNA	64	66.68%
NO AL PRODUCTO	18	18.75%
ABORTO	3	3.12%
EMBARAZO DE PARTO PREMATURO	7	7.29%
OTRAS	4	4.16%



## SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

OPINIONES AL NO EXISTIR DESEO DE RELACION  
SEXUAL. (FIG.21)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PREOCUPACION	24	25.00%
INACTIVIDAD	54	56.25%
TRAGO	11	11.45%
PROBLEMAS	7	7.29%

DETERMINACION DE LA DISTANCIA EN EL EMBARAZO. (FIG.22)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DESEO DE ESTAR EMBARAZADA	3	3.12%
DESEO DE TENER UN HIJO	93	96.87%

ESTADO EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO DE  
LA MUJER. (FIG.23)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
INSEGURIDAD	13	13.54%
ANGUSTIA	50	52.08%
IRASCIBILIDAD	10	10.41%
DETERIORAMIENTO	11	11.45%
CAMBIO ALGUNO	12	12.50%

CONTROL PRENATAL. (FIG.24)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CONTROLADO	74	77.08%
NO CONTROLADO	22	22.91%

ACTIVACION SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ACTIVACION	11	11.45%
NO ACTIVACION	85	88.54%

OPINION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
OPINION POSITIVA	54	56.25%
OPINION NEGATIVA	42	43.75%

## SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

MODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE DESEA  
PAR. (FIG.27)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
J.	51	53.12%
RRERA	4	4.16%
B.	27	28.12%
RMONALES ORALES	1	1.04%
RMONALES INYECTABLES	0	0.00%
SECTOMIA EN LA PAREJA	0	0.00%
IGUNO	13	13.54%

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

DESPUES DEL ANALISIS ESTADISTICO APLICADO A 100 PACIENTES PUERPERAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE JULIO A AGOSTO DE 1998, SIENDO ELIMINADOS 4 CUESTIONARIOS (96-100%), OBTUVIMOS LOS SIGUIENTES RESULTADOS.

LA UNION LIBRE FUE EL ESTADO CIVIL EN QUE MAYOR NUMERO DE PACIENTES SE ENCUENTRA CON UN 57.29%. LA RELIGION CATOLICA FUE CON UN 86.45%, LA MAYORITARIA POR SOBRE OTRAS RELIGIONES.

LAS LABORES EN CASA FUE LA OCUPACION DE LA MUJER MAS REALIZADA CON UN 79.16%, EN CONTRASTE CON ACTIVIDADES PROFESIONALES QUE MOSTRO UN CONTADO PORCENTAJE DE 03.12%, EN TANTO QUE EN LA PAREJA LAS ACTIVIDADES CLASIFICADAS COMO OTRAS, EN SU MAYORIA TRABAJOS EVENTUALES REPRESENTO LA MAYORIA CON UN 36.45%.

LA ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PRESENTO SU MAYOR NIVEL EN LA EDUCACION SECUNDARIA, CON UN 54.16%, SEGUIDA DE LA PRIMARIA CON UN 30.20%. NO SE PRESENTARON PACIENTES SIN ESCOLARIDAD ALGUNA. TODAS LAS ANTERIORES CARACTERISTICAS GENERALES DE GRUPOS SOCIALES DE BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO COMO LO MOSTRO LA ESTADISTICA CON UN 91.66%.

ENTRE LOS ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS ENCONTRAMOS QUE LAS PACIENTES CON 2 GESTAS PREDOMINARON CON UN 39.58%, SEGUIDAS DE LAS PACIENTES CON UNA GESTA CON UN 30.20%. EL 82.36% DE LAS PACIENTES INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA POR DEBAJO DE LOS 20 AÑOS DE EDAD. ÉL NUMERO DE PAREJAS PREDOMINANTE FUE DE UNA CON UN 63.54%. A PESAR DE QUE EN NUESTRO PAIS SE ESTA ABATIENDO PAULATINAMENTE EL INDICE DE NATALIDAD MEDIANTE UN PROGRAMA MASIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR, EL GRUPO ENCUESTADO NO UTILIZABA NINGUN METODO ANTICONCEPTIVO EN 42.70%, LO CUAL SE PUEDE EXPLICAR DEBIDO A QUE 31.10% DE LAS PACIENTES CURSARON CON SU PRIMER GESTA.

AUTORES COMO MASTERS Y JOHNSON (12), SOLBERG (13) Y RECIENTEMENTE ADINMA JI (14), REPORTARON UNA DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL COMO LO ENCONTRAMOS EN NUESTRA INVESTIGACION, YA QUE EL 68.75% DE LAS ESCUESTADAS PRESENTARON UNA DISMINUCION DE ESTE.

ENTRE LAS CAUSAS DE ESTA DISMINUCION, ENCONTRAMOS FACTORES COMO: MALESTAR FISICO CON UN 45.45%, SECUNDARIO A LOS CAMBIOS GESTACIONALES, LA POSIBILIDAD DE DAÑO AL PRODUCTO CON UN 30.30% O SIMPLEMENTE LA PERDIDA DEL INTERES CON UN 18.18%, LOS ANTERIORES MOTIVOS MUY SIMILARES A LOS ENCONTRADOS POR ADINMA JI, YA QUE EL PRINCIPAL MOTIVO DE CAMBIO FUE EL MALESTAR FISICO. LA FRECUENCIA COITAL MOSTRO UN DECREMENTO IMPORTANTE A MEDIDA QUE EVOLUCIONA LA GESTACION, SIENDO MUCHO MAS MARCADA EN LOS DOS ULTIMOS TRIMESTRES, COMO LO SEÑALAN MASTERS Y JOHNSON ASI COMO ADINMA JI. SE ENCONTRO UNA ABSTINENCIA TOTAL EN EL ULTIMO TRIMESTRE EN UN 36.45% DE LAS PACIENTES. ADINMA JI REPORTO UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA COITAL, SOLO EL 02.08% DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS POR NOSOTROS PRESENTO UN AUMENTO EN SU INTENSIDAD SEXUAL. ASI MISMO LA POSICION COITAL PRESENTO UN CAMBIO IMPORTANTE, YA QUE INICIALMENTE LA POSICION CARA A CARA PREDOMINO CON UN 90% PASANDO A UN 46% EN EL ULTIMO TRIMESTRE, TIEMPO EN QUE LA POSICION LATERAL FUE LA MAS USADA CON UN 13.54%, TODO EN RELACION DIRECTA CON LA COMODIDAD COMO LO EXPRESA FAIWALLA (16).

POR LOS QUE RESPECTA A LA EXISTENCIA DE ORGASMO LLAMA LA ATENCION QUE EL 16.66% DE LAS PACIENTES NUNCA HABIAN PRESENTADO UN ORGASMO, EN ALGUNOS CASOS DESCONOCIENDO LA FORMA EN QUE SE PRESENTA. SOLBERG REPORTO EN SU ESTUDIO UN 7% DE PACIENTES QUE NUNCA HABIAN EXPERIMENTADO UN ORGASMO Y LA APARICION DE ESTE DISMINUYO CONFORME TRANSCURRIA LA GESTACION, SITUACION SIMILAR A LA ENCONTRADA EN EL PRESENTE ESTUDIO, LA CUAL ES MÁS NOTORIA EN EL ULTIMO TRIMESTRE. AL INVESTIGAR CON RESPECTO A LA ESTIMULACION SEXUAL PREVIA, SE OBSERVO QUE EN LA MAYORIA DE LAS PAREJAS ESTÁ PRESENTE CON UN 96.87%, CON DISMINUCION A MEDIDA QUE TRANSCURRE LA GESTACION. LA FORMA DE ESTIMULACION MANUAL FUE LA MÁS UTILIZADA CON EL MISMO PORCENTAJE ANTES DEL EMBARAZO, PASANDO AL ULTIMO TRIMESTRE A UN 59.37% DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

SOBRE LA ACTITUD DE LA PAREJA HACIA LAS RELACIONES SEXUALES, LA ACEPTACION ES MAYOR EN EL HOMBRE CON UN 91.12% QUE EN LA MUJER CON UN 57.33% EN LOS DIFERENTES TRIMESTRES, SITUACION QUE COMENTAN WEGSTEN Y WAGNER AL MENCIONAR EL MENOR INTERES SEXUAL DE LA MADRE Y SU MAYOR NECESIDAD DE AFECTO, YA QUE EN EL HOMBRE ACTIVIDAD SEXUAL Y AFECTO SON SINONIMOS.

LA PRESENCIA DE TABUES SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA GESTACION SOLO SE ENCONTRO EN UN 33.32% DE LAS PACIENTES; CREENCIAS COMO DAÑO AL PRODUCTO 18.75%, DE UN ABORTO 03.12% Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO 07.29% FUERON LAS MAS CONTESTADAS.

TOLOR Y DIGRAZIA (26) COMENTAN LA CONSIDERABLE NECESIDAD DE CONTACTO FISICO, NO SEXUAL, ESTRECHO EN LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, SITUACION QUE SE REFLEJA EN NUESTRO ESTUDIO AL ENCONTRAR QUE LAS ALTERNATIVAS A LA ACTIVIDAD SEXUAL FUERON LA CONVERSACION 56.25%, EL ABRAZO 25% Y EL JUEGO 11.45%. LA IDEA SOBRE LA MATERNIDAD PREDOMINANTE EN LAS MUJERES FUE EL DESEO A CREAR UN HIJO EN UN 96.87%. EL ESTADO EMOCIONAL MAYORMENTE PRESENTADO FUE LA ALEGRIA CON UN 52.08% POR SOBRE OTROS ESTADOS.

POR LO QUE RESPECTA A LA ATENCION E INFORMACION MEDICA DURANTE LA GESTACION ENCONTRAMOS QUE 74% DE LAS PACIENTES SI ACUDIERON A CONTROL PRENATAL, CONTRA UN 22.9% QUE NO LO REALIZO, PERO SOLO EL 11.45% RECIBIO INFORMACION SEXUAL DURANTE LA ATENCION PRENATAL, DE LA MISMA MANERA EL 56.25% DE LAS PACIENTES RECIBIO INFORMACION ACERCA DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, ACEPTANDO UTILIZARLOS EL 86.6% DE LAS PACIENTES.

EN LAS DIFERENTES VARIANTES INVESTIGADAS, SE TRATO DE UNA IMPRESION GENERAL DE LO QUE ACONTECE EN UN GRUPO DE ESTUDIO REPRESENTATIVO DE LAS PACIENTES QUE SON ATENDIDAS EN ESTE HOSPITAL. NO SE DETECTARON LAS CAUSAS QUE PROPICIARON DICHOS CAMBIOS DE FORMA PARTICULAR. QUIZA DEBIDO A LA PROPIA DEFINICION DE SALUD SEXUAL QUE ENMARCA LA INTEGRACION INSEPARABLE DE ASPECTOS SOCIALES, NORMATIVOS, AFECTIVOS E INTELECTUALES EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DURANTE LA GESTACION PRESENTE GRADOS VARIABLES DE CAMBIO Y HABITOS EN DISTINTAS REGIONES Y EN DISTINTOS TIEMPOS, ES POR ESO QUE MERESCA UN ESTUDIO MAS INDIVIDUAL. AUN ASI LOS DATOS AQUI EXPUESTOS SON POR MUCHO APLICABLES AL UNIVERSO DE LA POBLACION QUE ACUDE A NUESTRO HOSPITAL CON CAMBIOS POCO SIGNIFICATIVOS EN RELACION SOLO AL COMPORTAMIENTO SEXUAL.

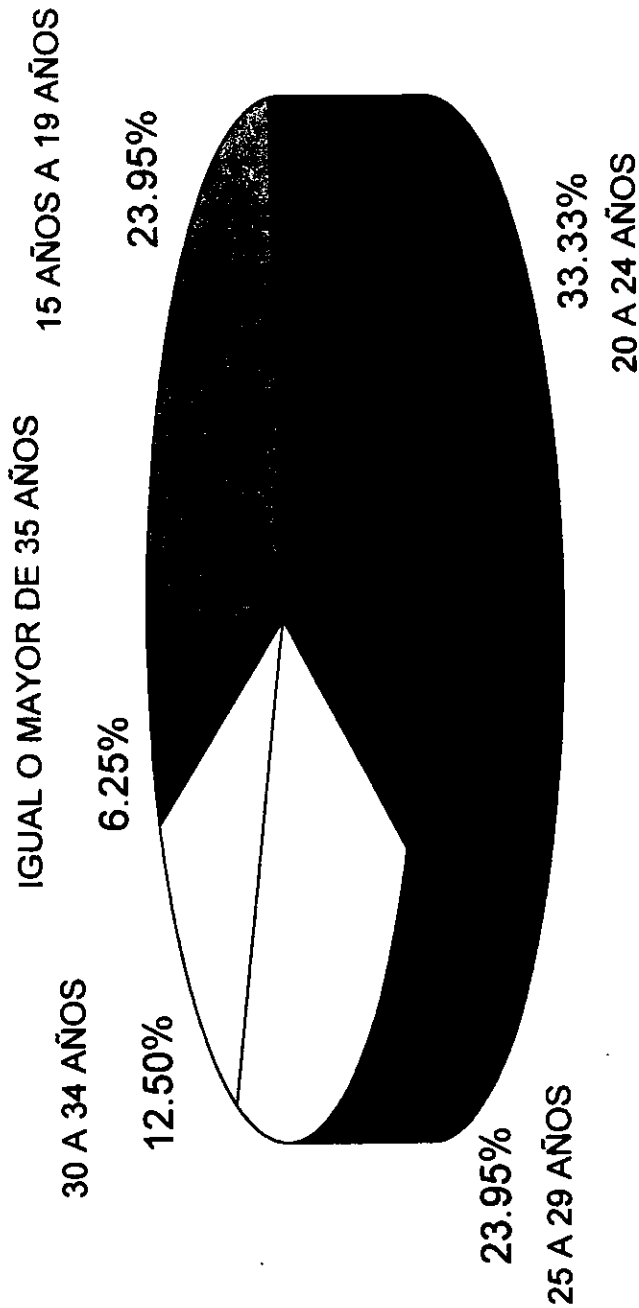
## CONCLUSIONES

- \* ENTRE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA ENCONTRAMOS PERSONAS DE EDAD JOVEN, CON ESCOLARIDAD PROMEDIO DE SECUNDARIA, UNION LIBRE COMO ESTADO CIVIL, CON OCUPACIONES EVENTUALES; LAS CUALES LA ENMARCAN DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO, QUE ACUDE PARA SU ATENCION A INSTITUCIONES COMO ESTA, POR FALTA PRIMORDIALMENTE DE SEGURIDAD SOCIAL.
  
- \* LAS PACIENTES GENERALMENTE DE EDAD JOVEN MOSTRARON UN NUMERO DE 2 GESTAS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA POR DEBAJO DE LOS 20 AÑOS Y UNA PAREJA SEXUAL.
  
- \* DURANTE LA GESTACION EXISTEN VARIACIONES IMPORTANTES DE INDOLE FISIOLÓGICO Y EMOCIONAL, QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO DE LA PAREJA Y SUS RELACIONES SEXUALES.
  
- \* SITUACIONES COMO EL MALESTAR FISICO SECUNDARIO A LOS CAMBIOS GESTACIONALES, LA IDEA DE DAÑO AL PRODUCTO O SIMPLEMENTE LA PERDIDA DEL INTERES SON LAS RAZONES DE TIPO FISIOLÓGICO, POR LAS CUALES LA ACTIVIDAD SEXUAL DISMINUYE DE FORMA PROGRESIVA DURANTE EL EMBARAZO.
  
- \* LA NECESIDAD DE MAYOR AFECTO NO SEXUAL EN LA MUJER, DURANTE EL EMBARAZO, HACEN QUE POR SU PARTE DISMINUYAN SU ACTIVIDAD SEXUAL; EN CONTRAPARTE AL HOMBRE EN QUE ACTIVIDAD SEXUAL Y EL AFECTO SON SINONIMOS. SITUACIONES COMO EL ABRAZO Y LA CONVERSACION SON ALTERNATIVAS DE LA MUJER EN BUSQUEDA DE ESE MAYOR AFECTO NO SEXUAL. EL ESTADO EMOCIONAL PREDOMINANTE FUE LA ALEGRIA.

#### SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

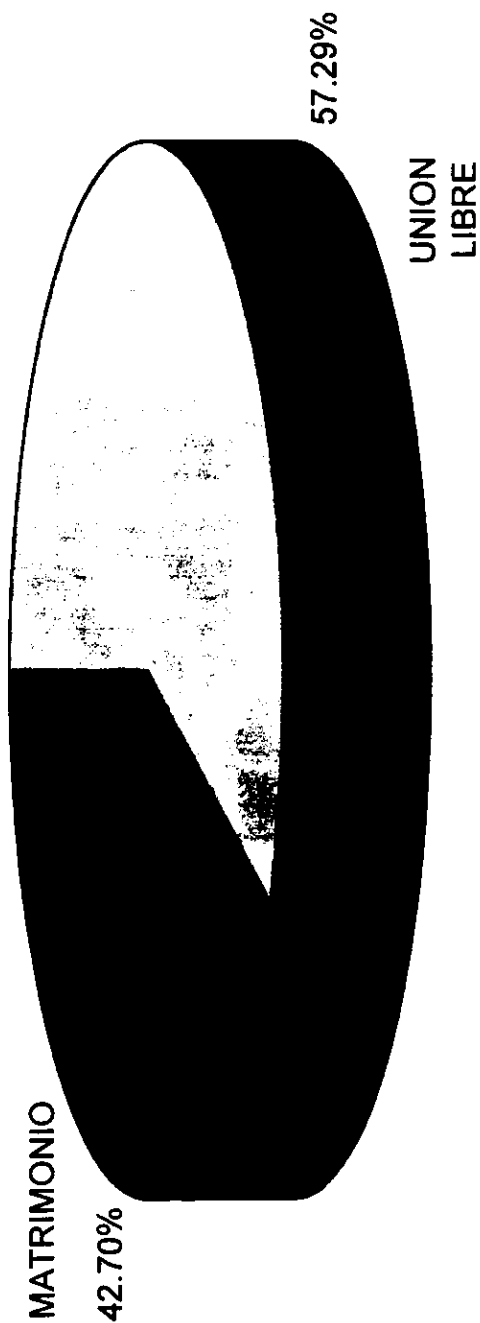
- LA COMODIDAD Y LA IDEA DE NO DAÑAR AL PRODUCTO SECUNDARIO A LOS CAMBIOS GESTACIONALES, HACEN QUE LA POSICION COITAL CAMBIE DE LA FORMA CARA A CARA, A LA POSICION LATERAL. LA ESTIMULACION SEXUAL MANUAL NO SE ALTERA DURANTE EL TRANSCURSO DEL EMBARAZO.
- UN NUMERO REDUCIDO DE PACIENTES QUE ACUDE A CONTROL PRENATAL RECIBE ORIENTACION SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO. EN COMPARACION LA INFORMACION SOBRE PLANIFICACION SEXUAL ESTA MAS DIFUNDIDA A MAS DEL 50% DE LAS PACIENTES.
- LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL MEDICO DEBEREA DE SER SOBRE FUNDAMENTOS BASICOS DE SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO, MEDIANTE MECANISMOS DIDACTICOS Y DE FACIL ENTENDIMIENTO, COMO PODRIAN SER PLATICAS A GRUPOS, FOLLETOS Y REVISTAS, ADEMAS DE LA COLABORACION DE OTRAS DICIPLINAS COMO TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA Y ENFERMERIA.

# LA EDAD

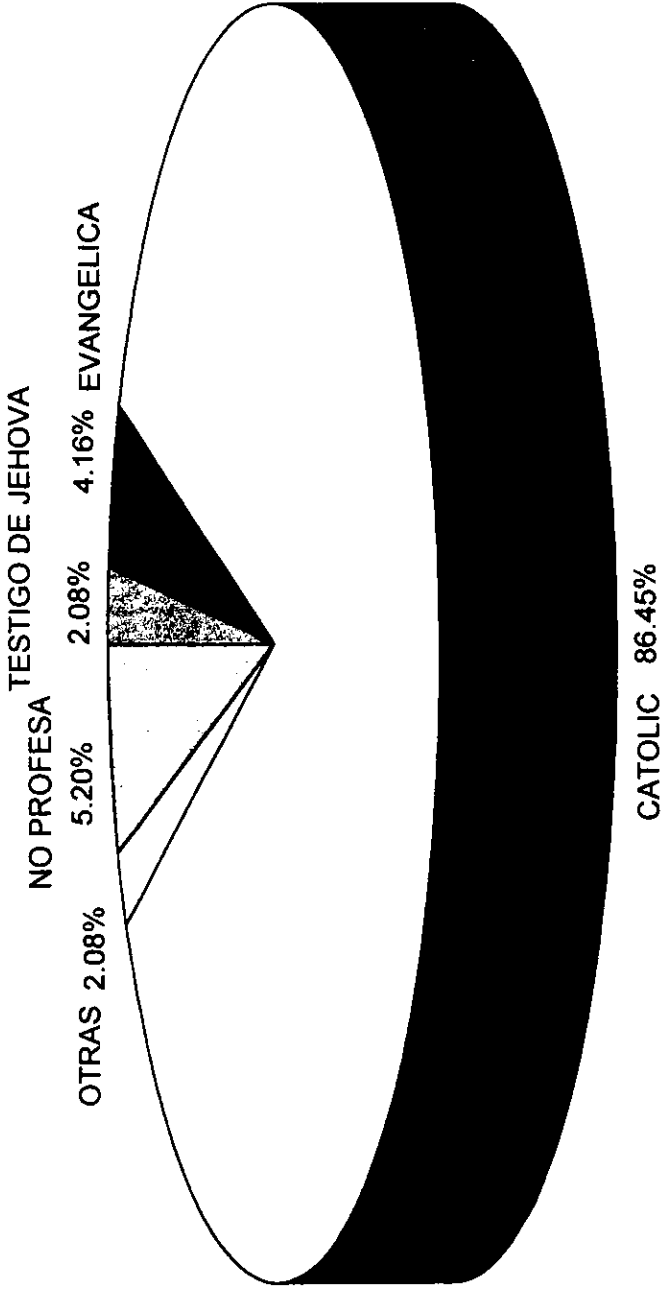




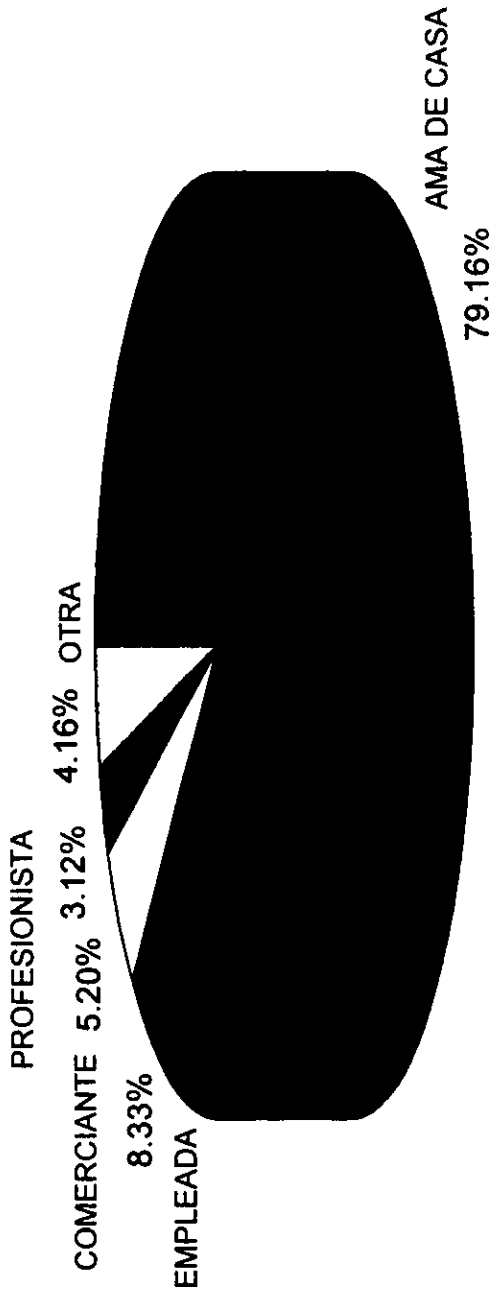
**FIG.2.- DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL**



# FIG.3.- DISTRIBUCION SEGUN RELIGION



(FRECUENCIA RELATIVA)



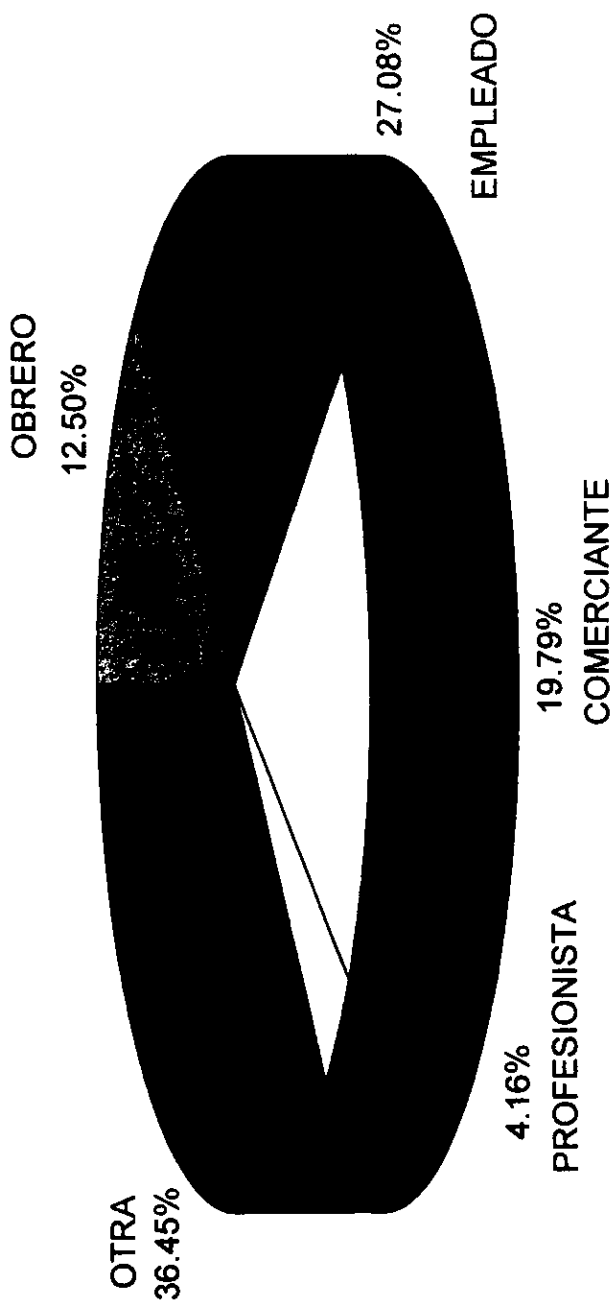
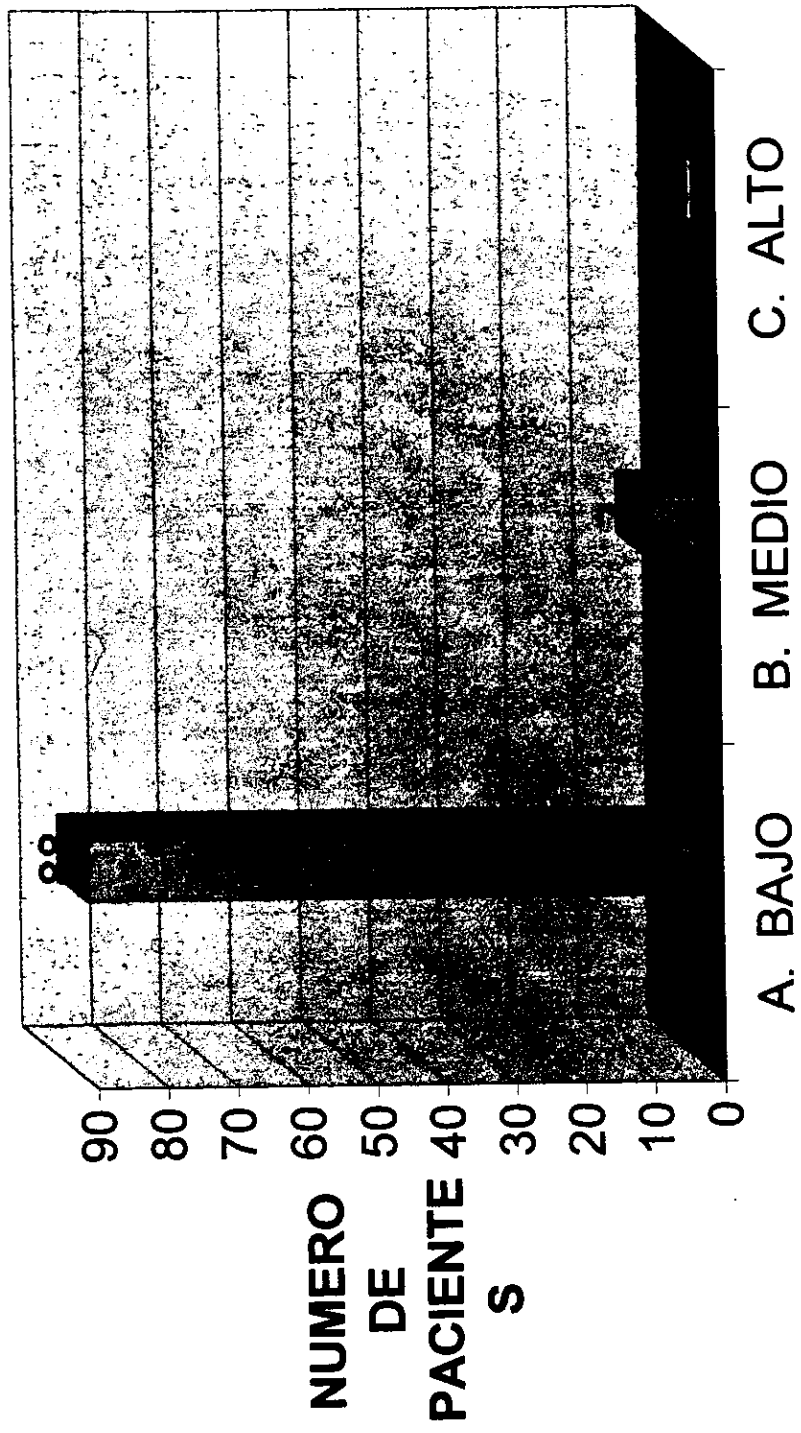


FIG. 9.- NIVEL SOCIOECONOMICO.



# DE LA MUJER

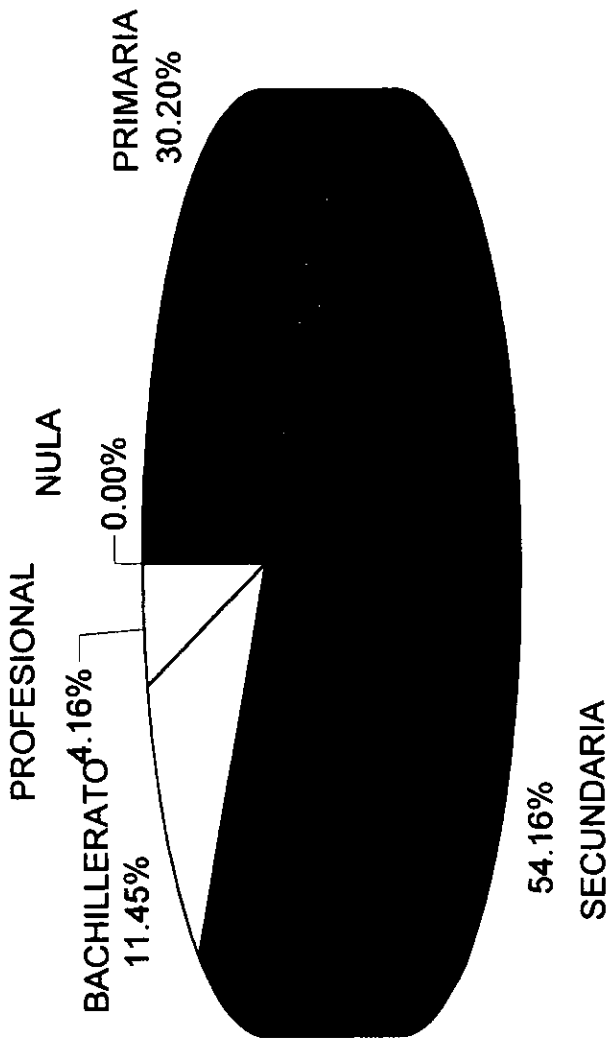
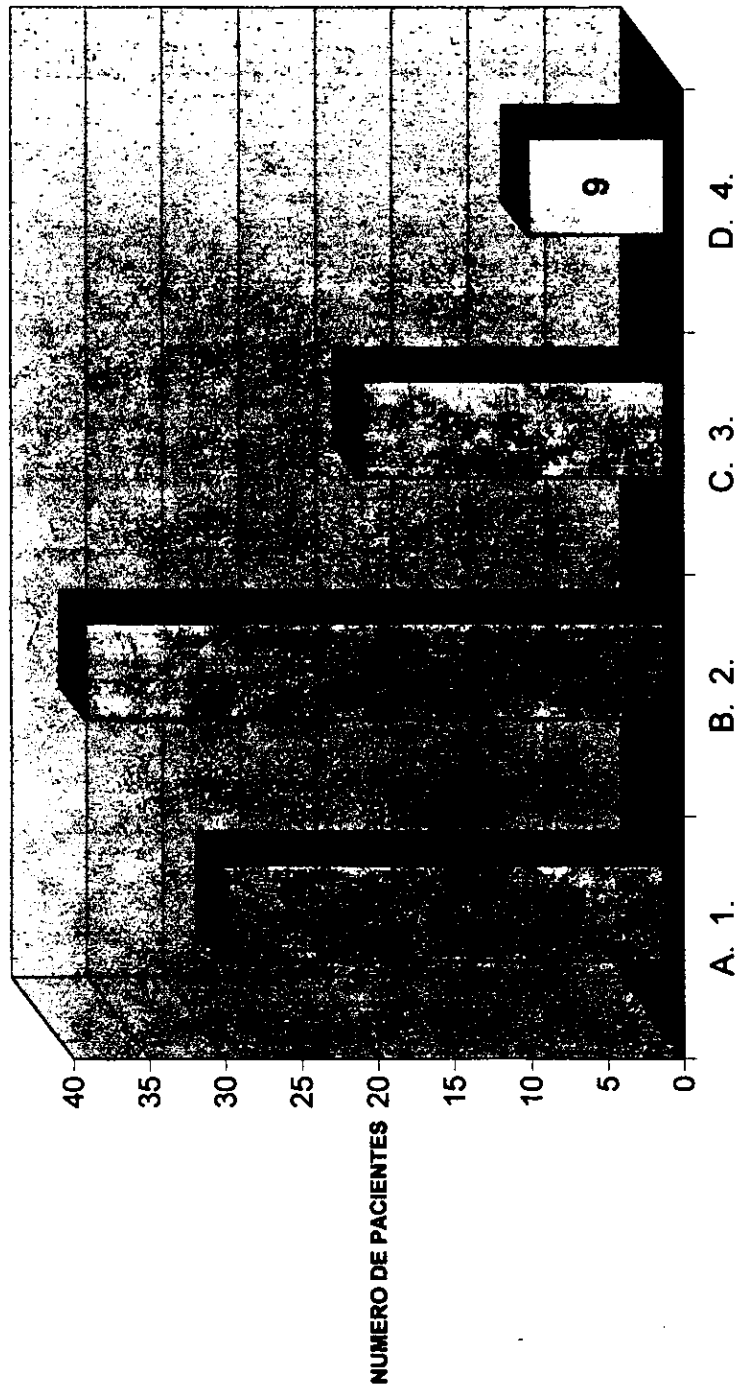


FIG. 6. - NUMERO DE GESTIAS



HOSPITAL DE LA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1988

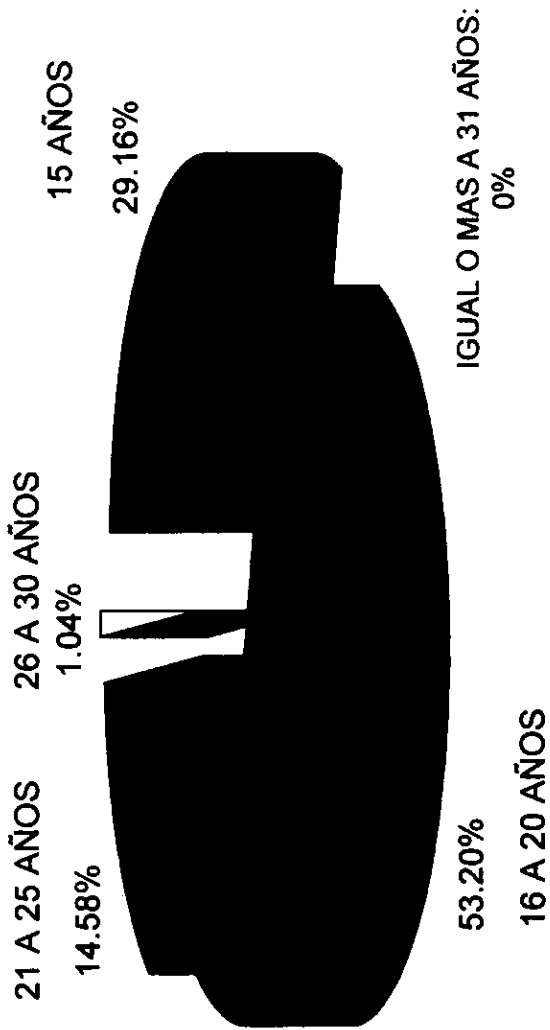
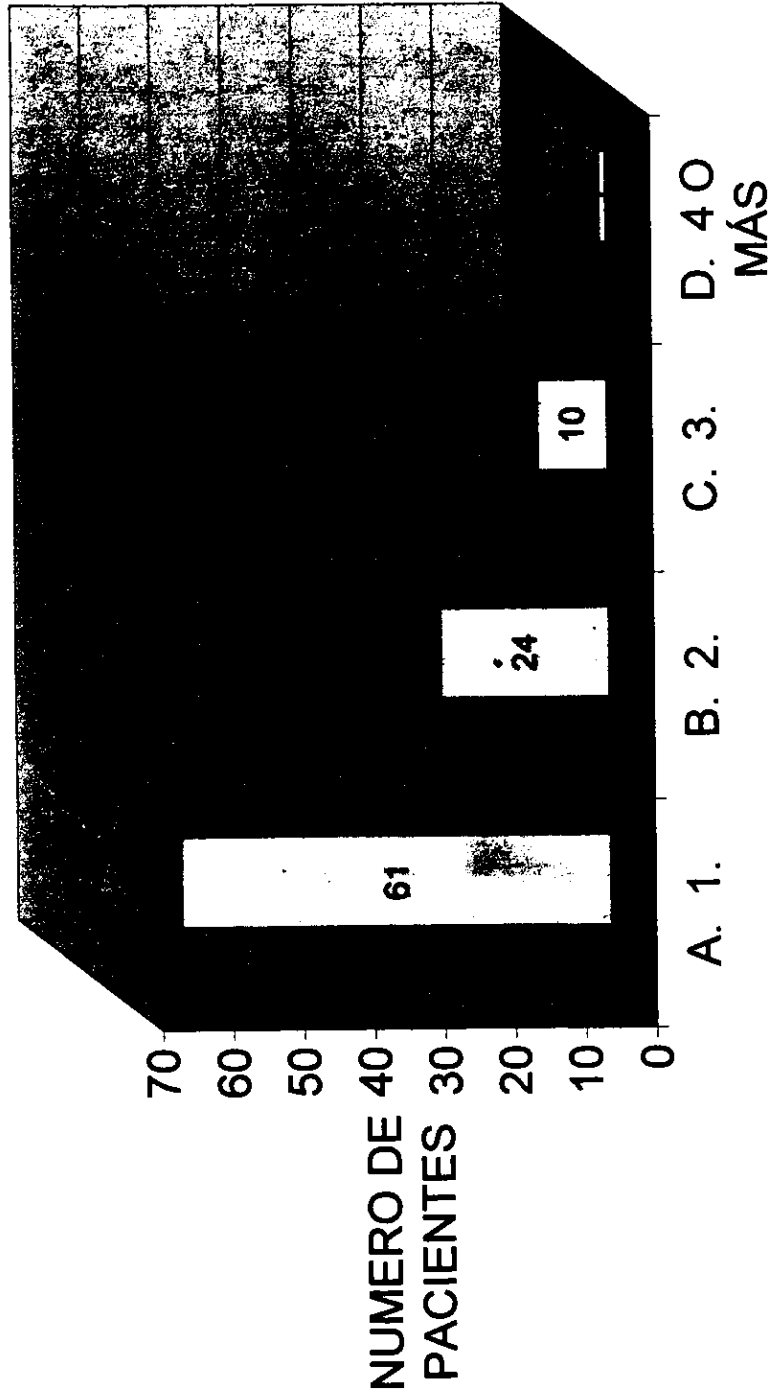




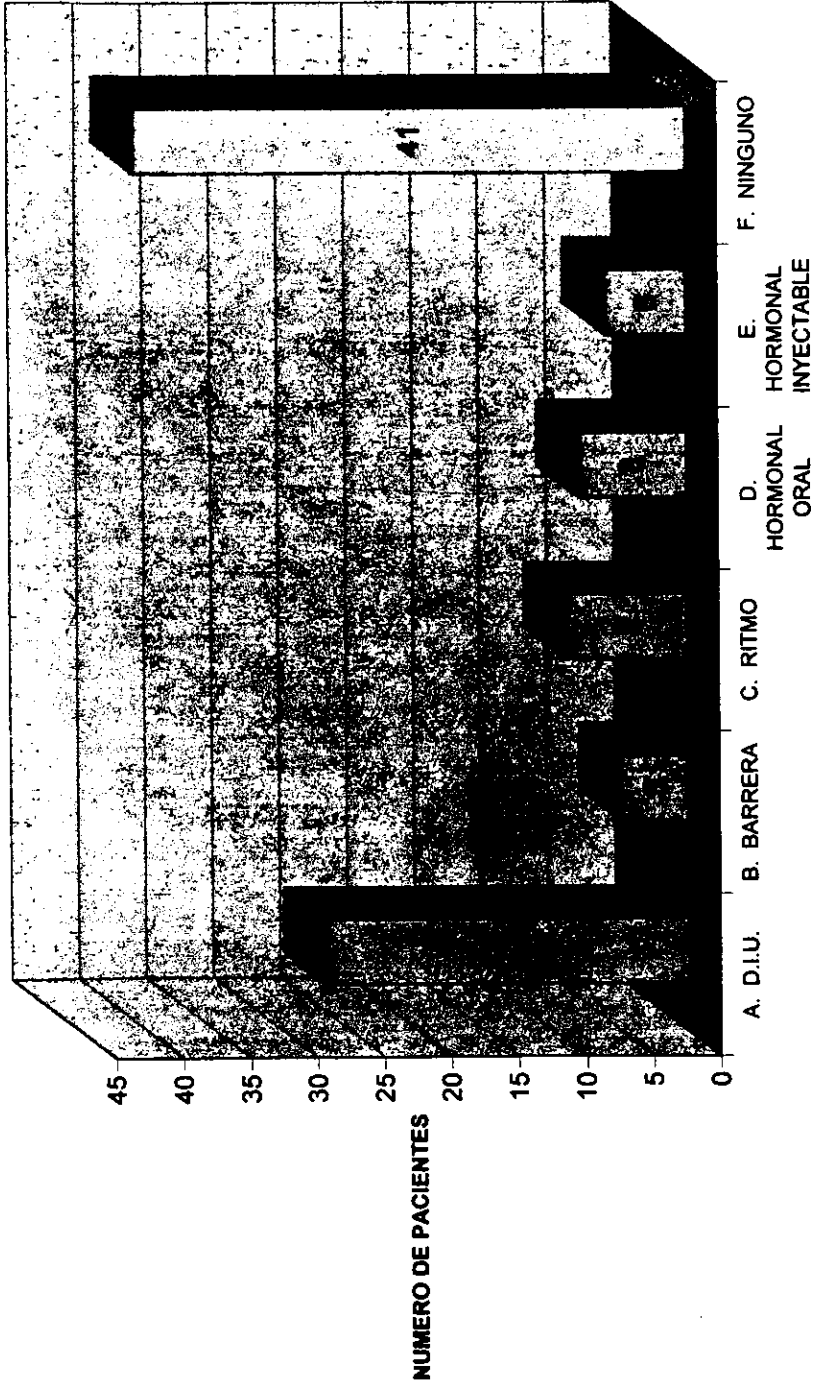
FIG. 16.- DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE

# PAREJAS SEXUALES



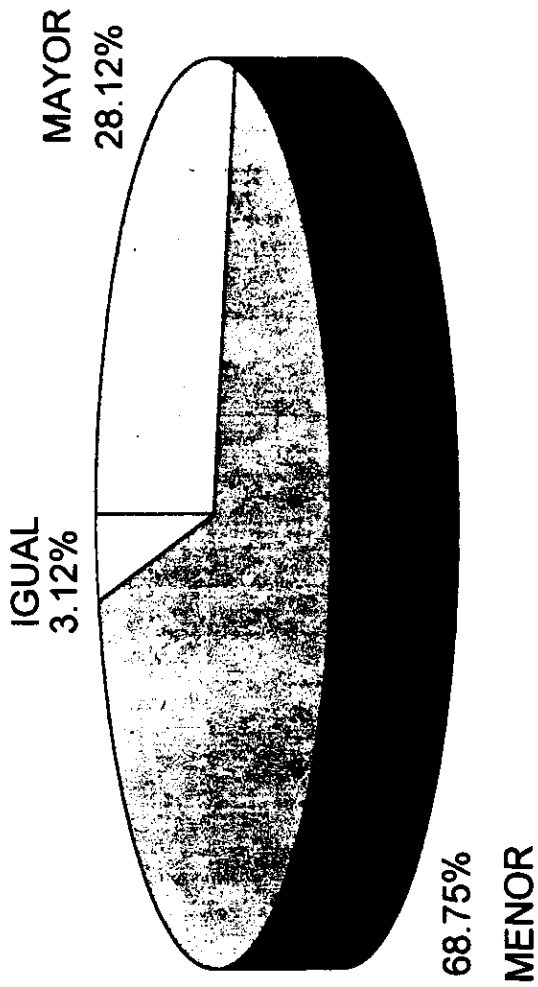
HOSPITAL D ELA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1988

# MAYORMENTE UTILIZADO



HOSPITAL DE LA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1988

# FIG. 12.- DESEO SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO



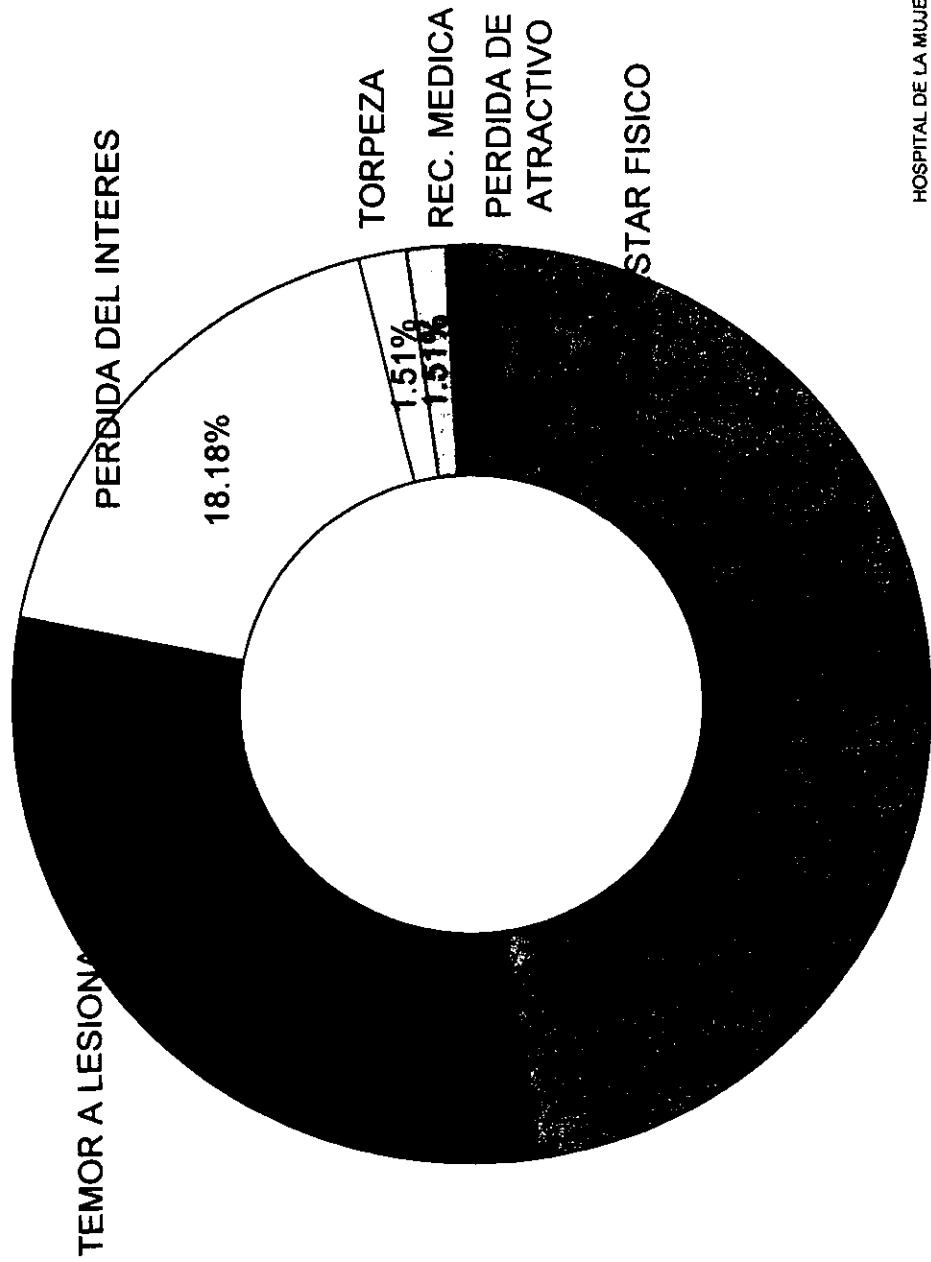
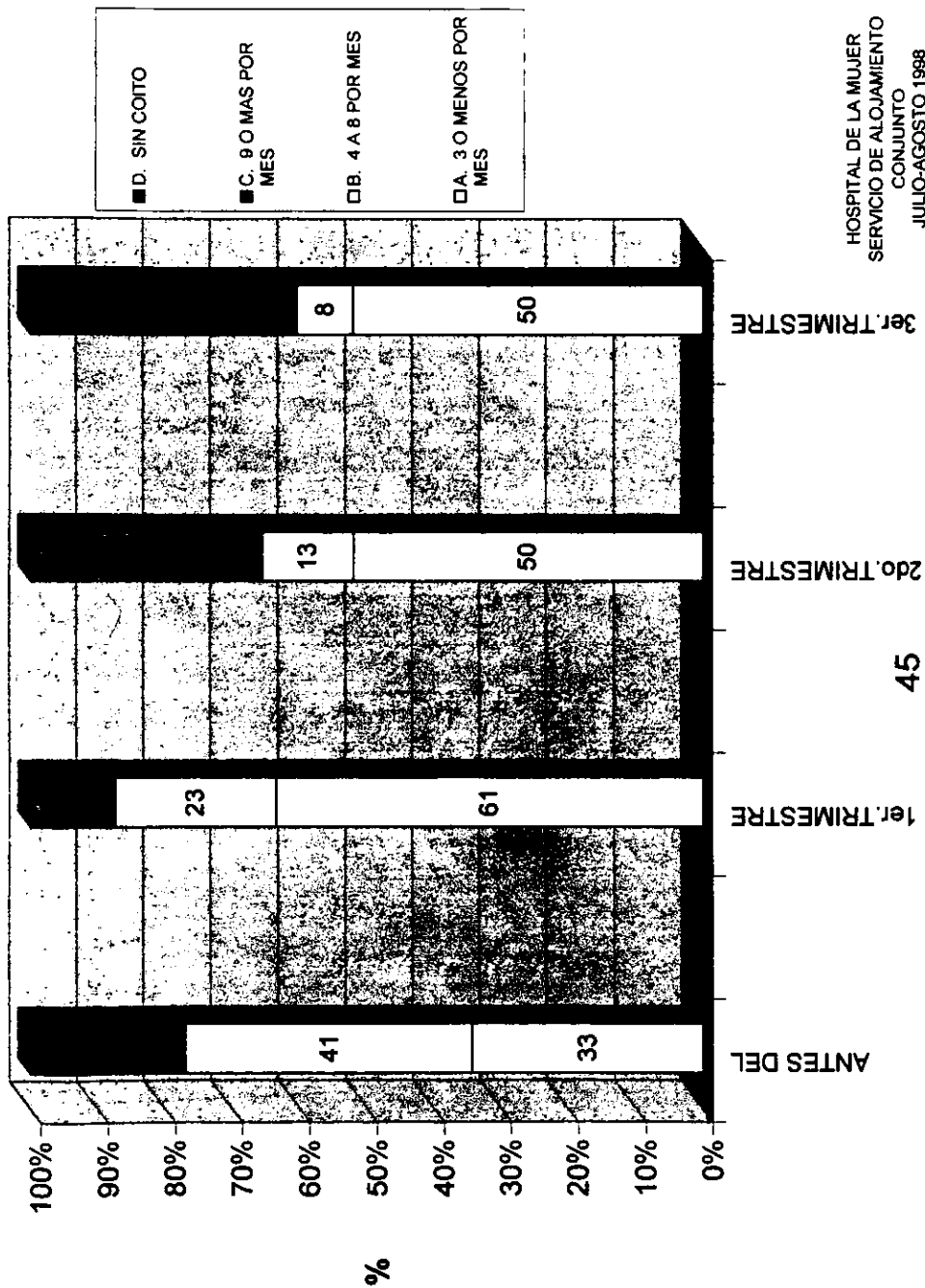
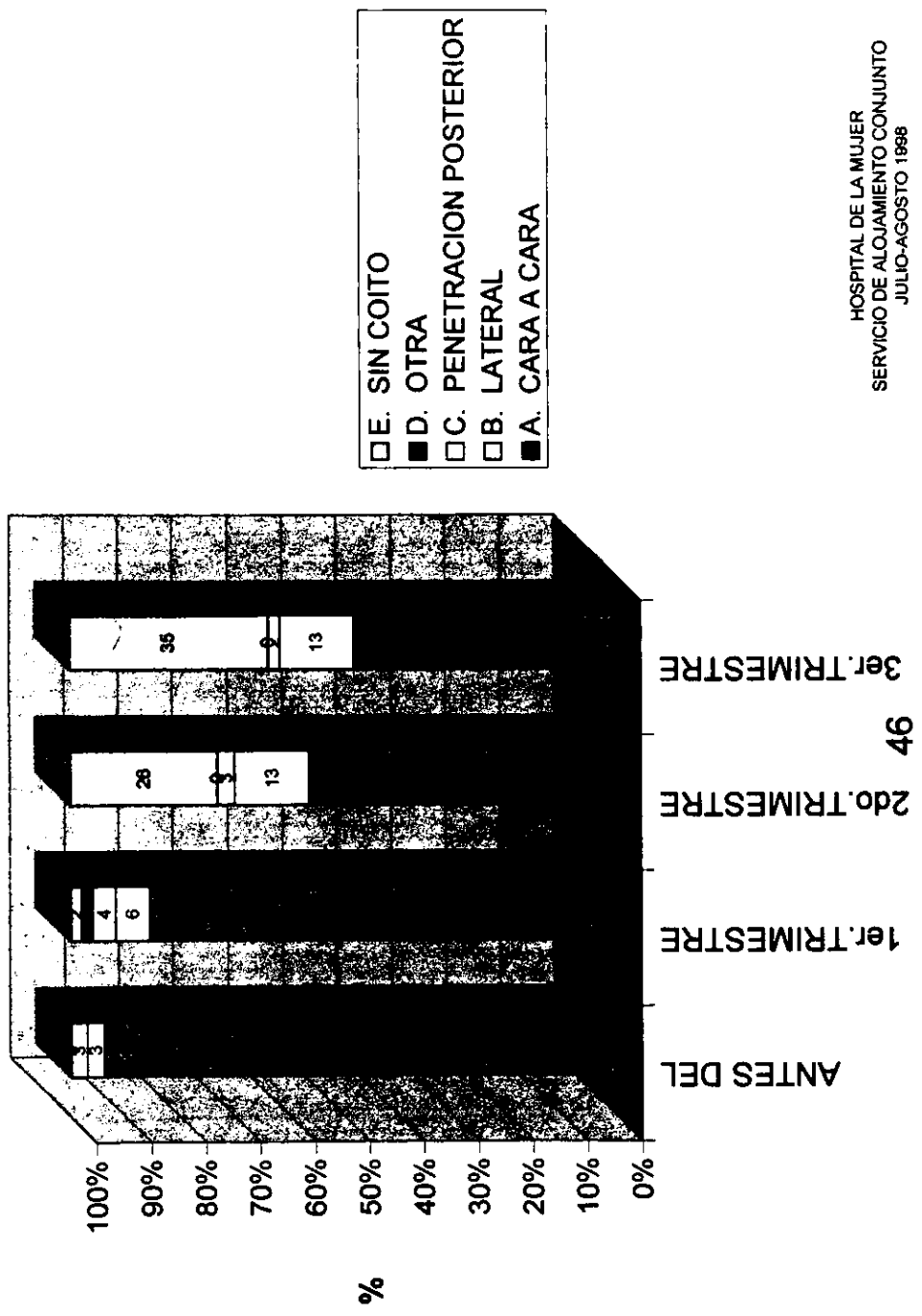


FIG. 14. FRECUENCIA DE COITO

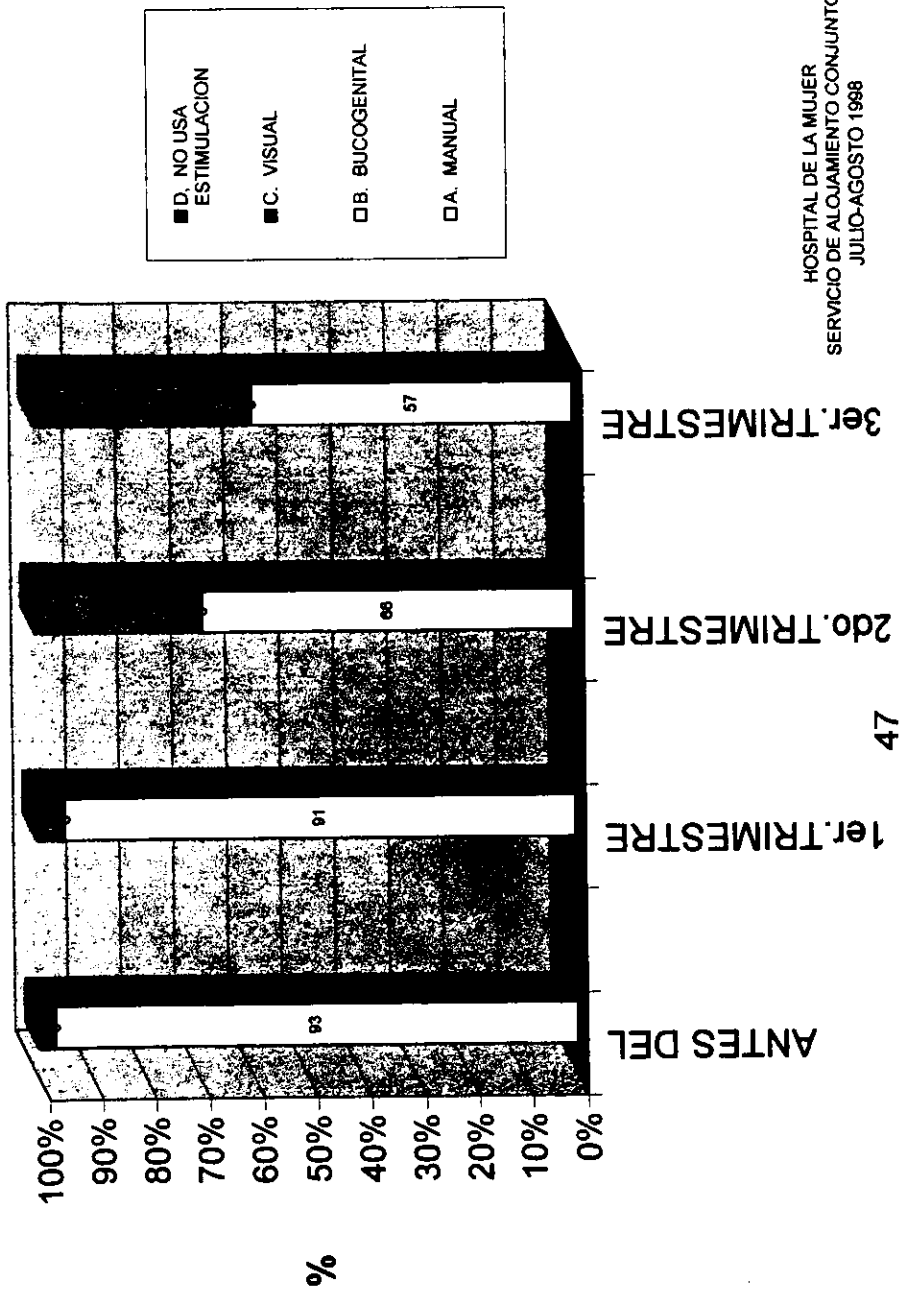


HOSPITAL DE LA MUJER  
 SERVICIO DE ALOJAMIENTO  
 CONJUNTO  
 JULIO-AGOSTO 1998

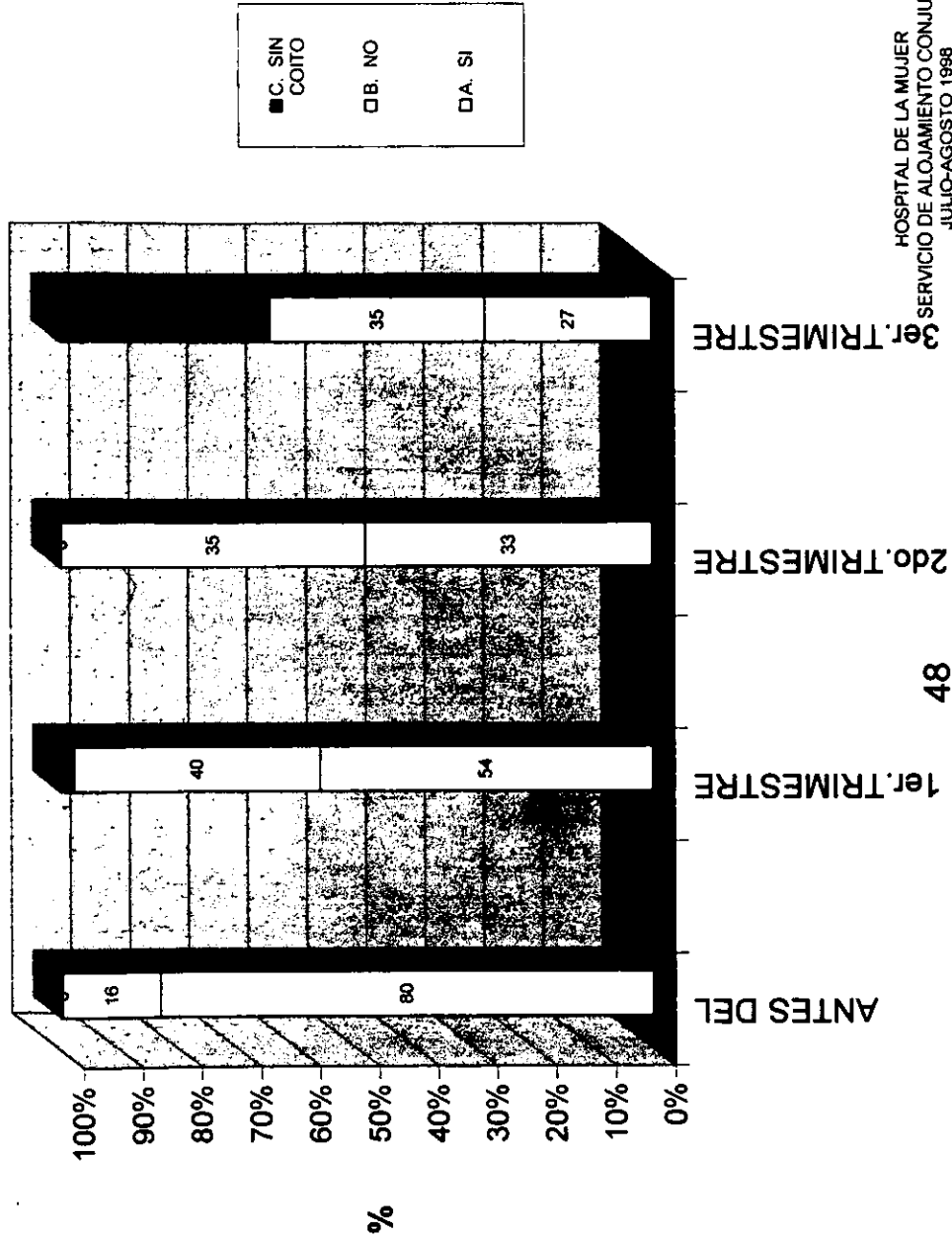


HOSPITAL DE LA MUJER  
 SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
 JULIO-AGOSTO 1998

# MAS UTILIZADA

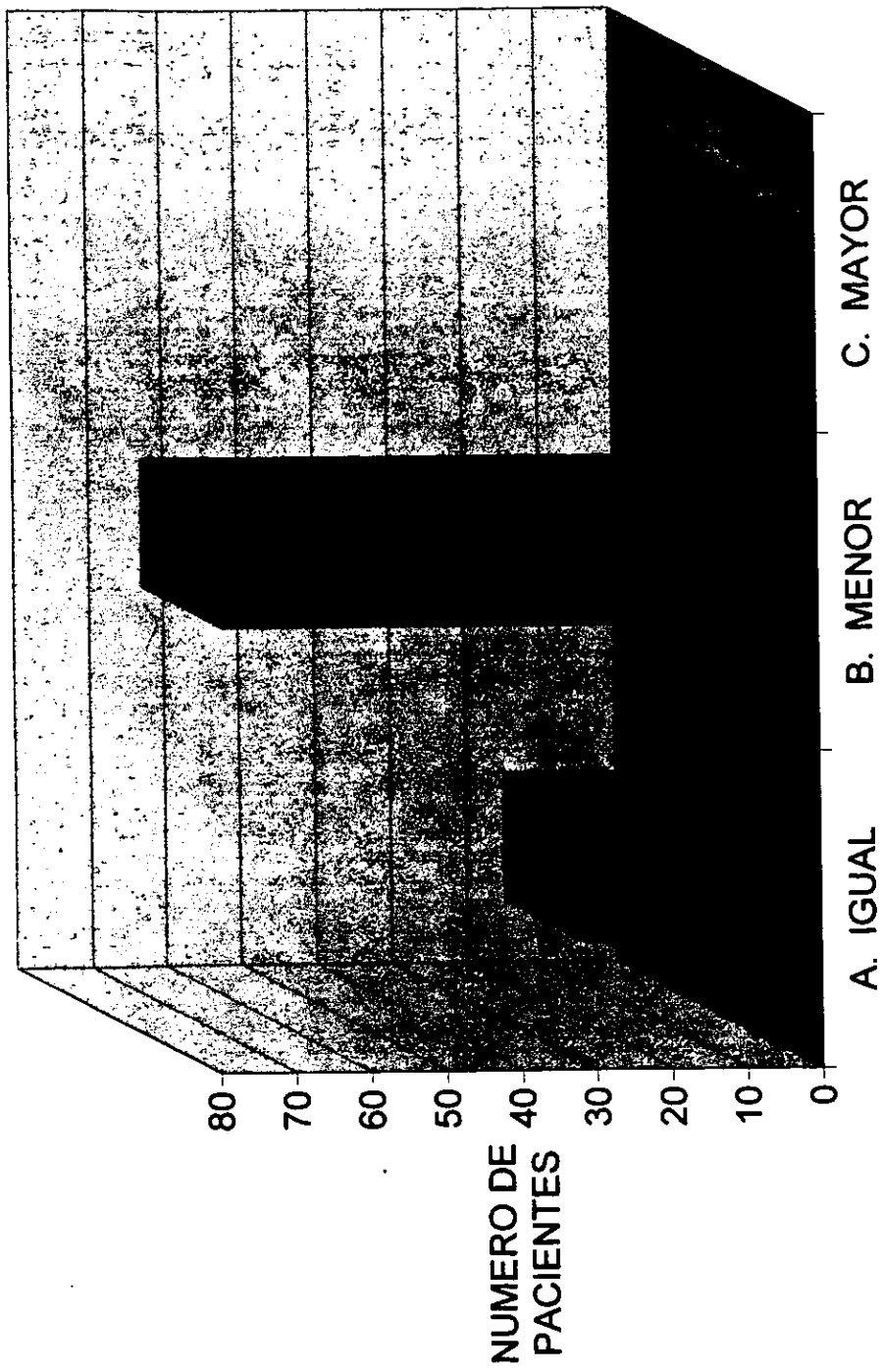


HOSPITAL DE LA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1988



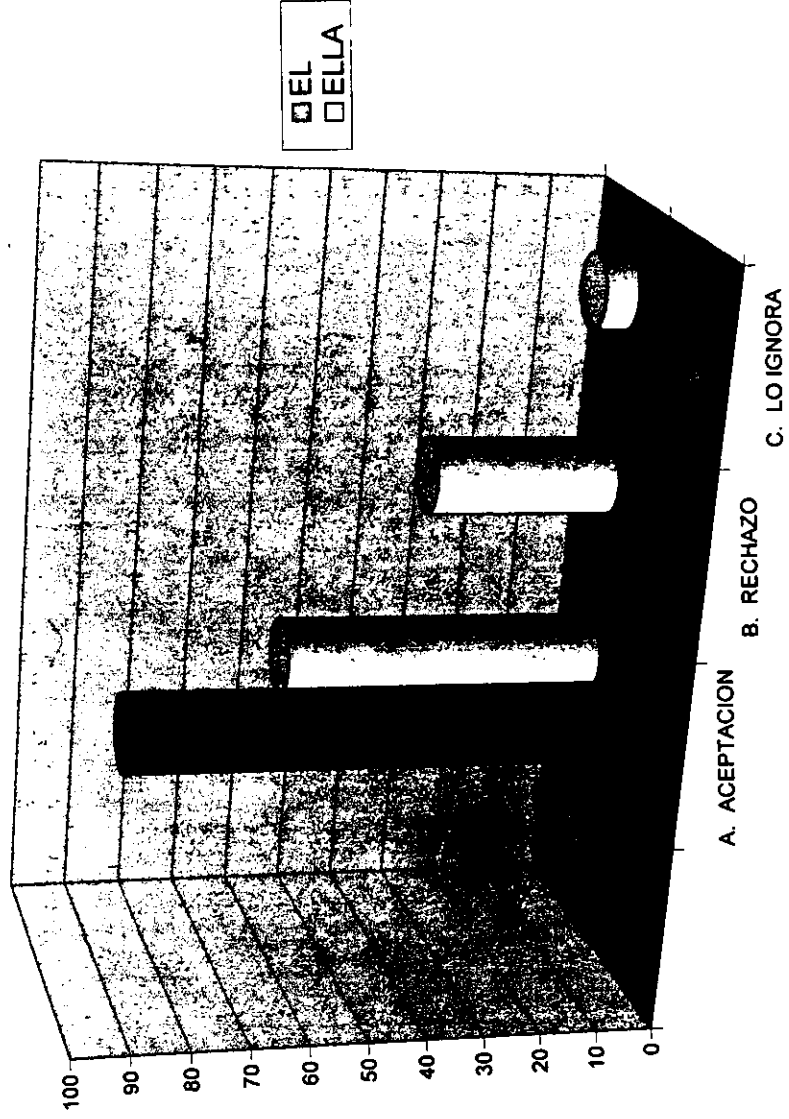
HOSPITAL DE LA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1988





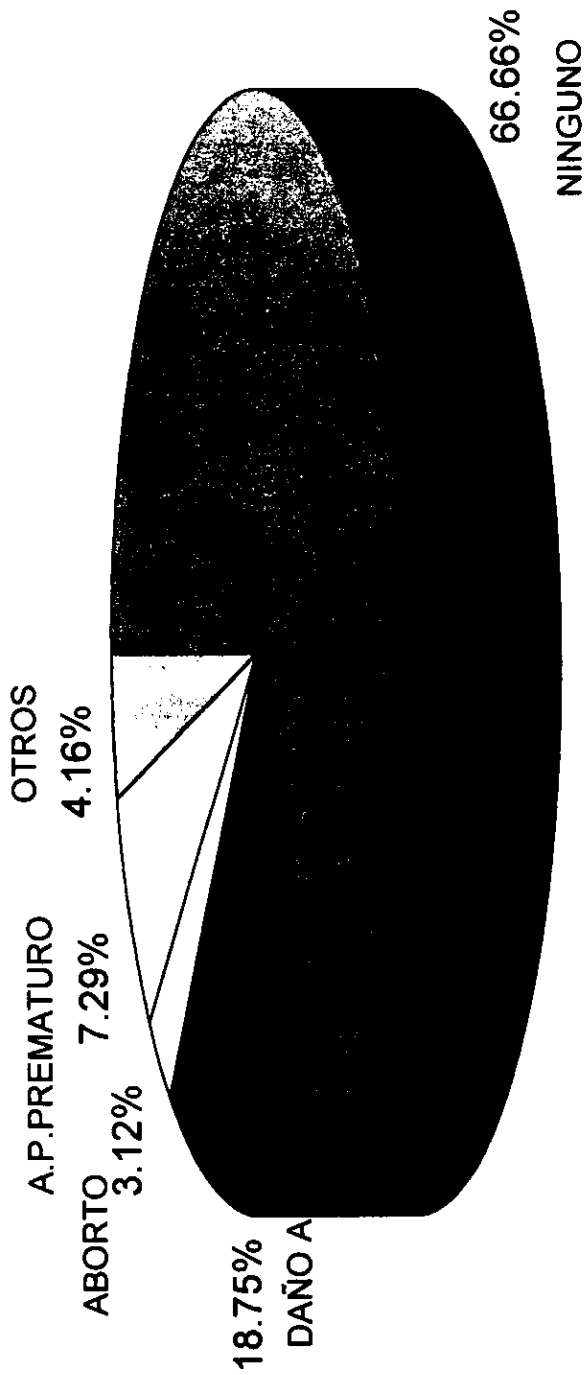
HOSPITAL DE LA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1998

# SEXUALES

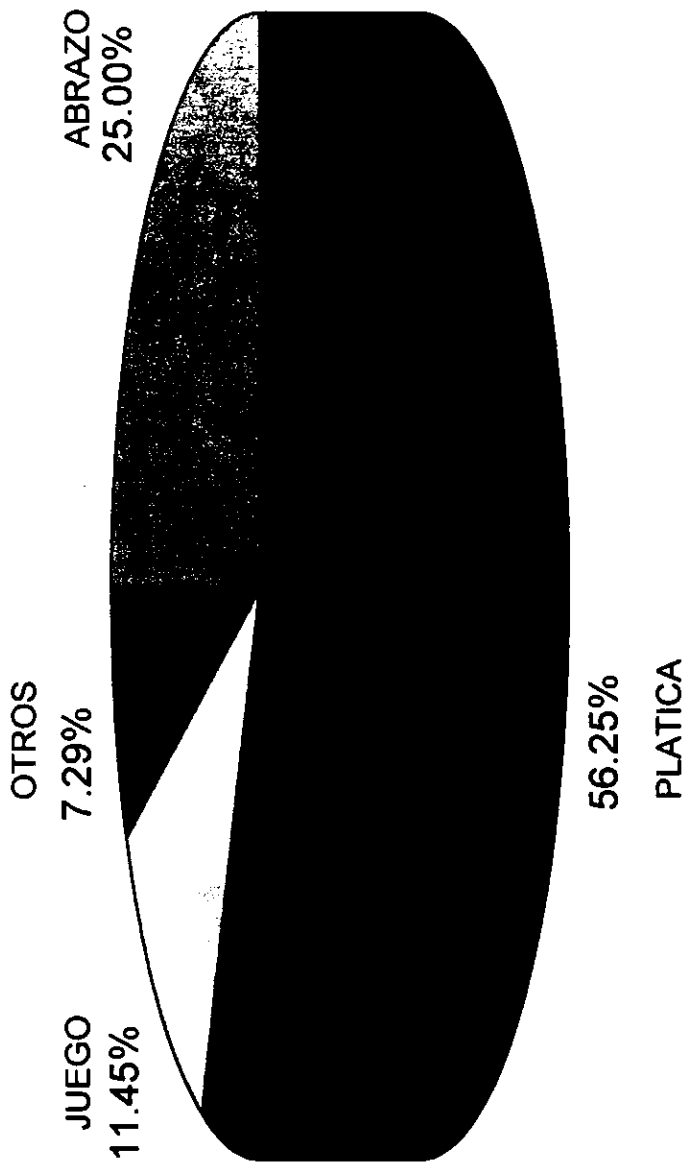


NUMERO DE PACIENTES

## EL EMBARAZO

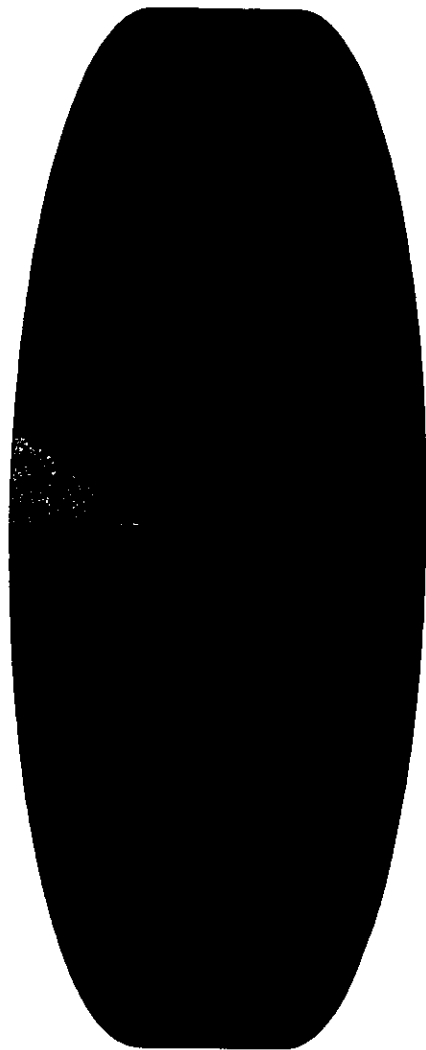


# DESEO DE RELACION SEXUAL



DESEO DE ESTAR EMBARAZADA

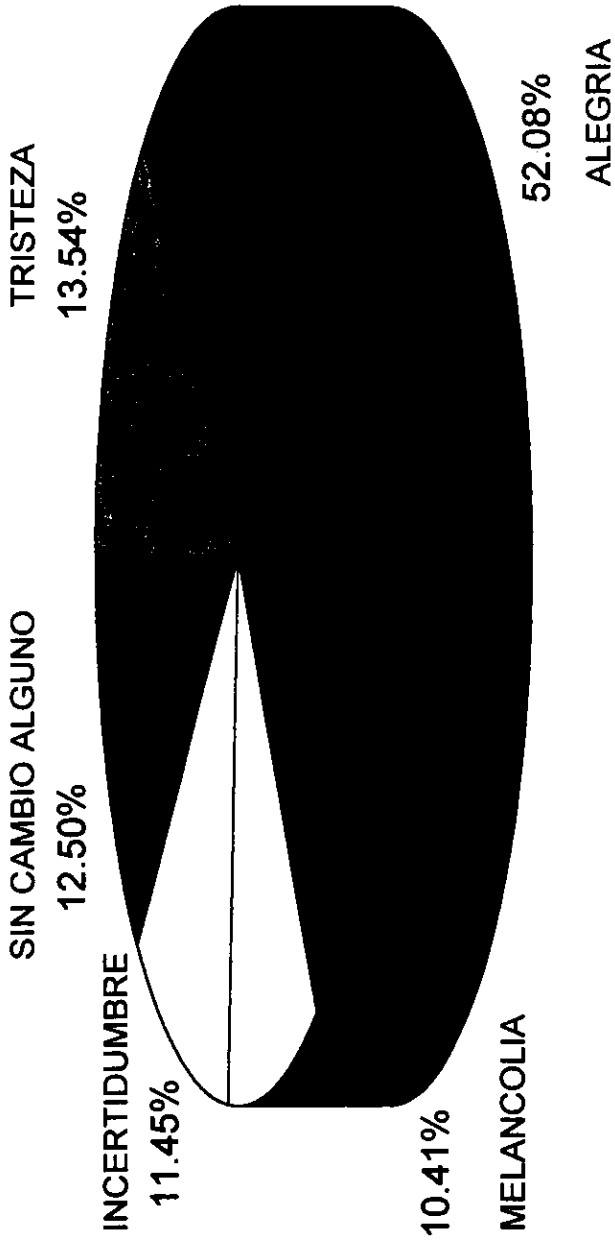
3.12%

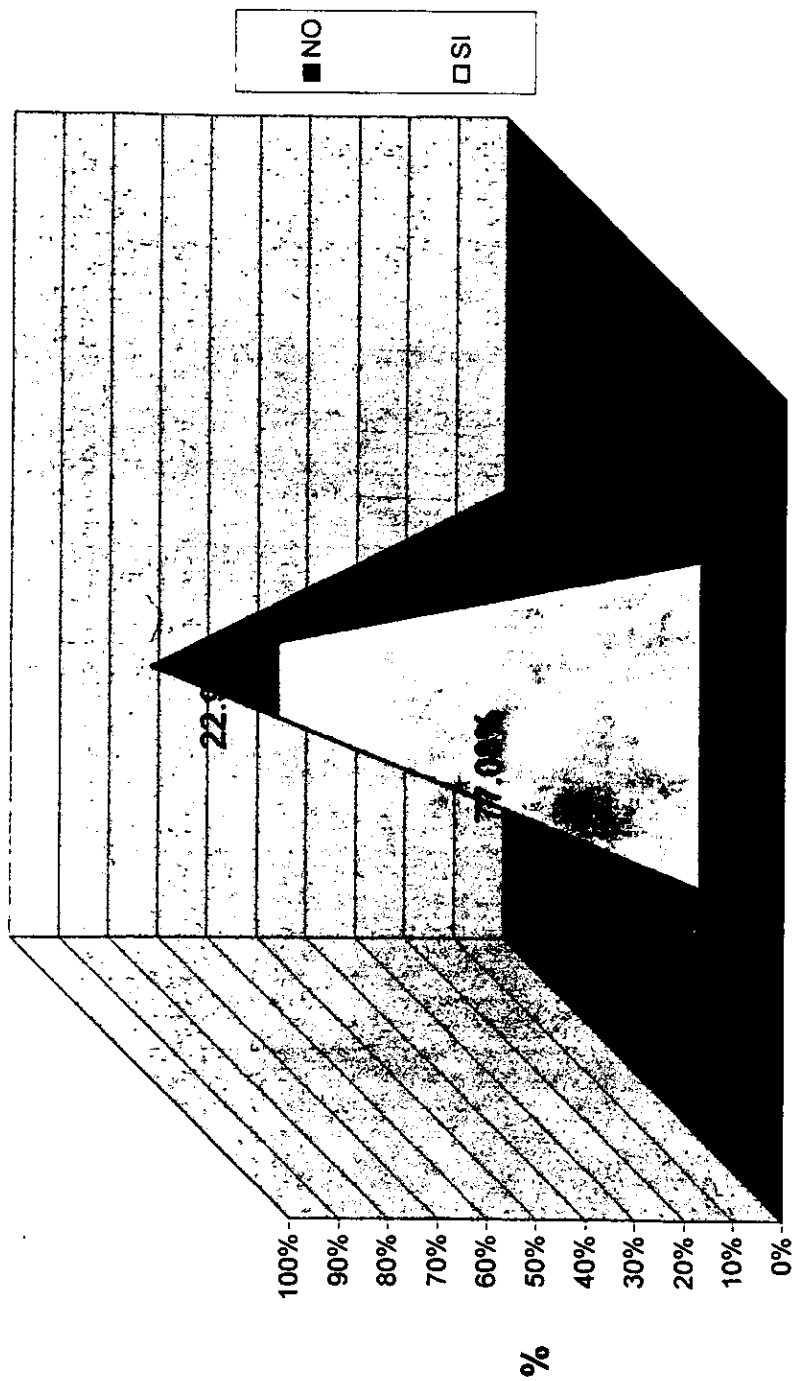


96.87%

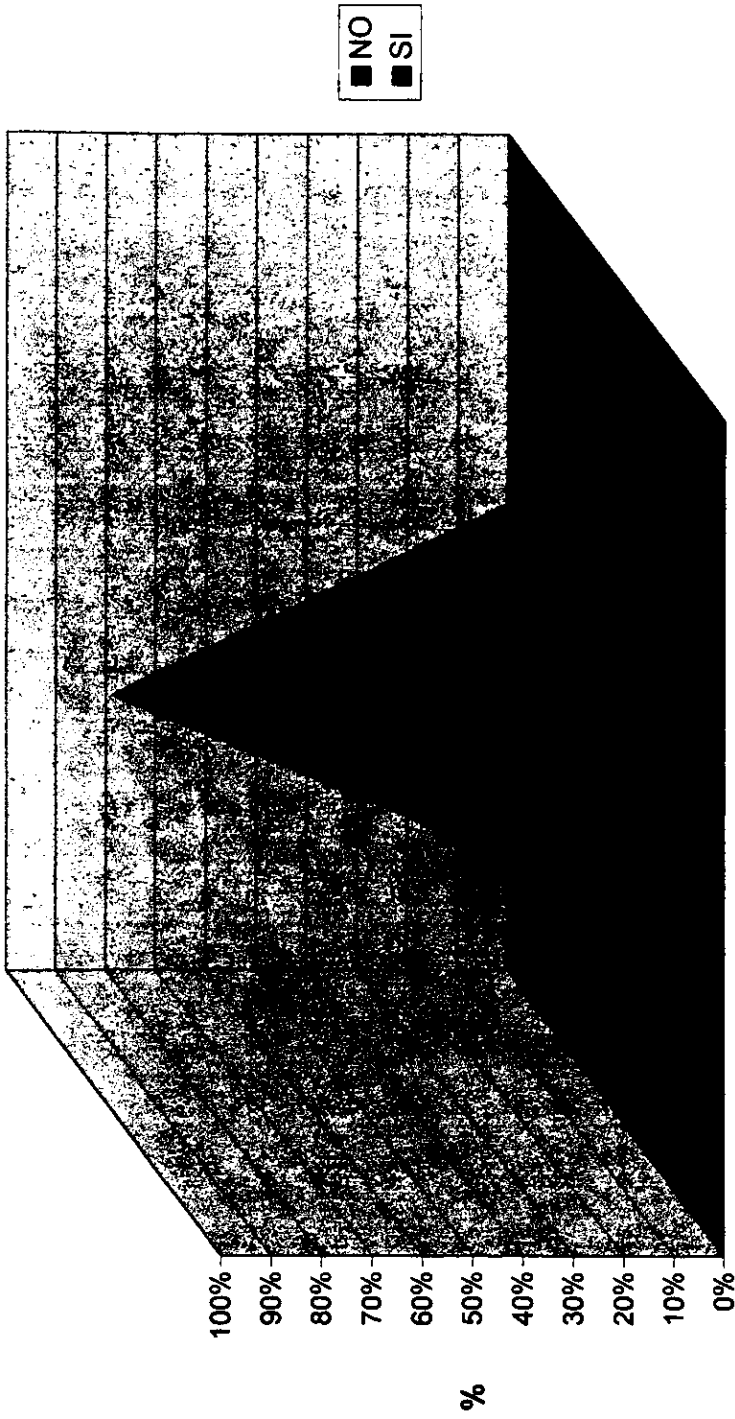
DESEO DE TENER UN HIJO

# EMBARAZO





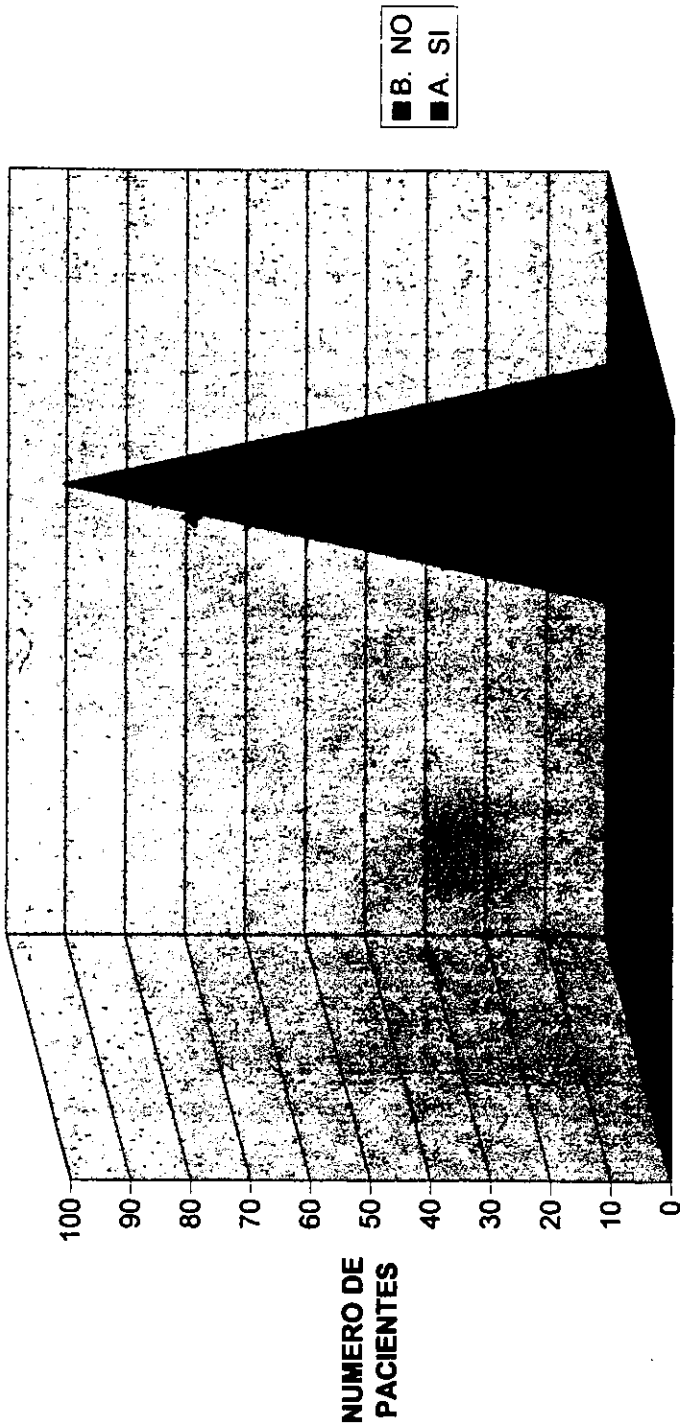
# EMBARAZO



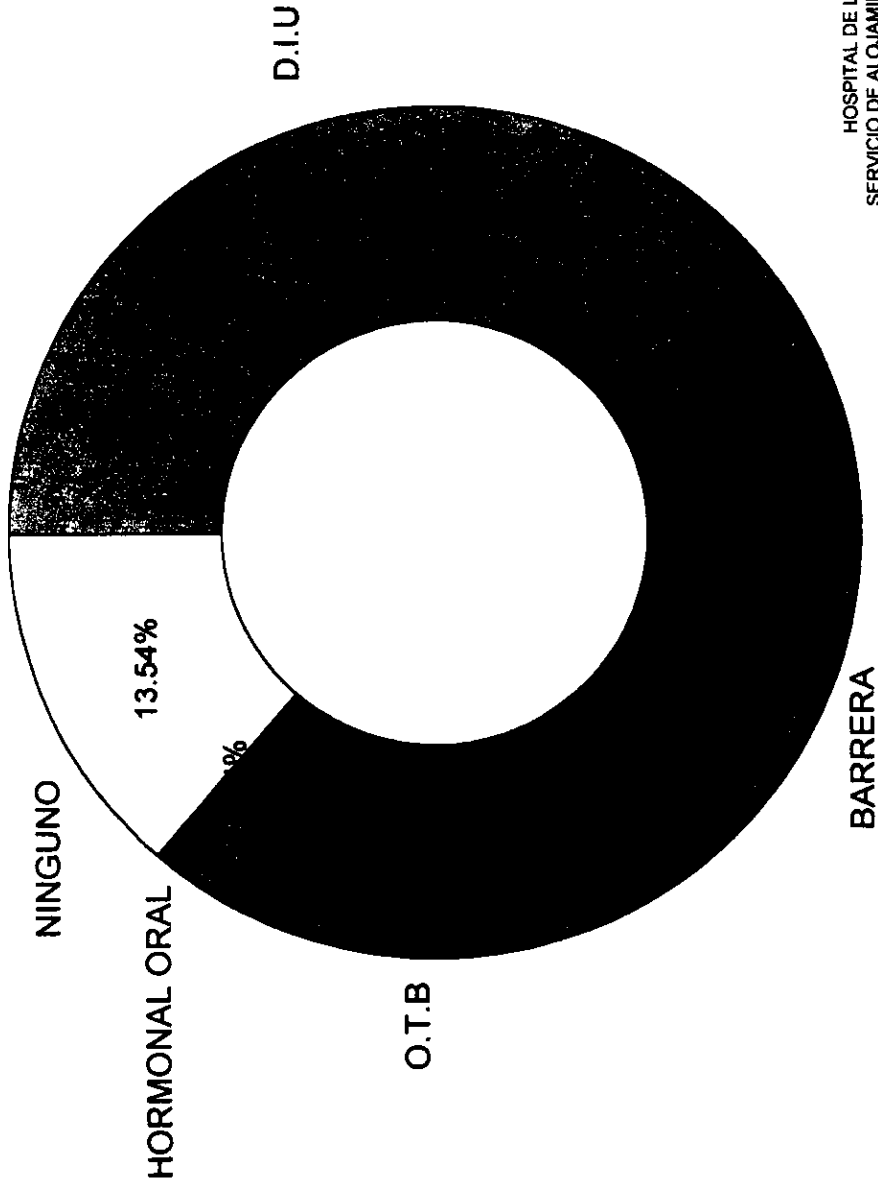
HOSPITAL DE LA MUJER  
SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO  
JULIO-AGOSTO 1998



# ANTICONCEPTIVOS



# FAMILIAR QUE DESEA UTILIZAR



ESTA TERCERA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. GREEN RICHARD. SEXUALIDAD HUMANA, CONCEPTOS MEDICOS. 3ª EDICION, 1994, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A DE C.V, p. 169-189.
2. SUAREZ G.J. LA EDUCACION SEXUAL: ¿UN LUJO O UNA NECESIDAD?, PERSPECTIVA SEXOLOGICA. 1996,p. 1-2.
3. CARUSO K.S. FEMALE SEXUALITY AND COUNSELING. CURRENTS, PROB IN OBSTET GYNECOL AND FERTIL. 1993,p.97-140.
4. LIGUORI A., IVINNE SZASZ B. LA INVESTIGACION SOBRE SEXUALIDAD EN MEXICO. EL COLEGIO DE MEXICO-FUNDACION JOHN D. Y CAYHERINE T. MAC-ARTUR. 1998.
5. DIXON MUELLER R. THE SEXUALITY CONNECTION IN REPRODUCTIVE HEALTH. EN STUDIES IN FAMILY PLANNING, 1993,p. 24-5.
6. CAPLAN P. THE CULTURAL CONSTRUCTION OF SEXUALITY. ROUTLEGDE, LONDRES, 1993.
7. EBERT K.R. LIEF ¿ WHY SEX ADECAATION FOR MEDICAL STUDENTS? EN HUMAN SEXUALITY. AN HEALTH PRACTITIONERS TEST GREEN R. 1975, BALTIMORE WILLIANS WILKINSON C., p. 1-6.
8. McLENNAN C.E. SYNOPSIS OF OBSTETRICS. 8ª. ED. 1970.MOSBY, ST LOUTS, p.212.
9. REID D., E.RYANK, J AND BENIRSCHKE K.PRICIPLES AND MANA GEMENT OF HUMAN REPRODUCTION.1972.PHILADELPHIA: NB SANDERS.
10. WILSON J. R. ON THE MANAGEMENT OF OBSTETRICAL DIFFICULTIES.1961.ST LOUIS, MOSBY. p. 80.
11. BECK A.C, AN ROSENTHAL A. H.OBSTETRICAL PRACTICE. 7ª. Ed.1975.BALTIMORE.WILLIANS WILKINS.
12. MASTERS W.H. AND JOHNSON V.E.HUMAN SEXUAL RESPONSE. 1966. BOSTON LITTLE BROWN.
13. SOLBERG D. A. BUTLER, J. AND WAGNER N. N. SEXUAL BEHAVIOR IN PREGNANCY. 1983. N. ENGLAND J. MED. 388. p. 1098-1103.
14. ADINMA JI. SEXUALITY IN NIGERIA PREGNANT WOMEN. PERCEPTIONS AND PRACTICE.1995. AUST N. Z. J. OBSTET GYNAECOL. AUG. 35 (3). p. 229-3.

15. ADINMA JI. SEXUALITY IN NIGERIA PREGNANT WOMEN, UNIVERSITY ANAMBRA NIGERIA. 1996. ADV. CONTRACEPTS. MARCH. 12 (1): 53-61.
16. FAIWALLA TOMI. MATERNAL SEXUALITY DURIN PREGNANCY. 1995. ARCH SEX BEHAN. APRIL. 24(2), 207-15.
17. KENNY J.A. SEXUALITY OF PREGNANT AND GREASTFEEDING WOMEN. 1993. ARCH SEX BEHAN. MARCH. 17. p.150-5.
18. INVESTIGACION Y APOYO PARA PROYECTOS DE REPRODUCCION, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MEXICO. 1994. CONACYT. No. 3.
19. CABERO ROURA LIOIS. RIESGO ELEVADO OBSTETRICO. 1996. MASSON, S. A. BARCELONA ESPAÑA. p. 52-59.
20. KLEBANOFF MA. SHIONG PH. COITUS DURING PREGNANCY IS SAFE?. 1992 LANCET. 4, p.914-17.
21. MAMELLE N. LAUMON B. LAZAR P. PREMATURITY AND OCCUPACIONAL ACTIVITY DURING PREGNANCY. 1994. AM. J. EPIDEMIOL. 129:401.
22. LAUNER L.J. VILLAR J. KESTJER E. THE EFFECT OF MATERNAL WORK ON FETAL GRONTH AND DURATION OF PREGANCY. 1992. BR. J. OBSTET GYNAECOL. 97. p. 62-70.
23. REVISTA MEDICA I.M.S.S no. 2. 1995. MARZO-ABRIL. VOL. 33, p.187-192.
24. PERINATOLOGIA Y REPRODUCCION HUMANA. VOL. 10, No. 2, ABRIL-JUNIO 1996, p. 89-100.
25. PERSPECTIVAS INTERNACIONALES EN PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL D ELA MUJER. NUMERO ESPECIAL. 1995.