



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 27 No. 2

Junio de 2024

EXPERIENCIAS Y ACTIVIDAD SEXUAL DE MUJERES PRIMIGESTAS DE CIUDAD DE MÉXICO Y ZONA CONURBADA

José Salvador Sapién López¹

RESUMEN

El objetivo fue analizar las experiencias y la actividad sexual de mujeres durante su primer embarazo. El diseño de investigación fue exploratorio y retrospectivo, de tipo fenomenológico. Participaron doce mujeres, de la ciudad de México y zona conurbada, que habían procreado uno o más descendientes. Se les aplicó un instrumento cualitativo que solicitaba dibujos y relatos escritos sobre experiencias y actividad sexual durante el primer o único embarazo. Se transcribieron los relatos y se codificó su contenido. Se encontró que: una sintomatología gravídica leve y un estado saludable en la mujer propiciaron su actividad sexual; cierta incomodidad ocasionada por síntomas gravídicos más pronunciados contribuyó a la disminución de su deseo y actividad sexual; y algunos correlatos mórbidos, tanto gravídicos como de otra clase, nulificaron su actividad sexual. Asimismo se obtuvo que: las experiencias emocionales de disfrute, de las mujeres, fueron compatibles con su actividad sexual constante y satisfactoria; sus malestares emocionales y conflictos de pareja y personales se relacionaron con un descenso de su actividad sexual; y sus embarazos más tortuosos en lo físico y socioemocional se asociaron con su actividad sexual nula. Se concluyó que los hallazgos obtenidos: tornan imaginable y deseable el logro de un primer embarazo de tipo ideal, en favor de la salud y bienestar materno-fetal y de la pareja; y exhiben a la actividad sexual en el primer embarazo como un indicador importante del bienestar físico y psicosocial de la mujer y su compañero en este período.

Palabras clave: Primer embarazo, mujeres, experiencias, actividad sexual.

¹ Profesor de Carrera Titular C, Tiempo Completo, Definitivo. Carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correos electrónicos: salvador.sapien@iztacala.unam.mx, sapien1956@gmail.com.

EXPERIENCES AND SEXUAL ACTIVITY OF PRIMIGENT WOMEN FROM MEXICO CITY AND CONURBED AREA

ABSTRACT

The objective was to analyze the experiences and sexual activity of women during their first pregnancy. The research design was exploratory and retrospective, phenomenological in nature. Twelve women participated, from Mexico City and the surrounding area, who had produced one or more descendants. A qualitative instrument was applied to them that requested drawings and written stories about experiences and sexual activity during the first or only pregnancy. The stories were transcribed, and their content was coded. It was found that: mild pregnancy symptoms and a healthy state in the woman encouraged her sexual activity; some discomfort caused by more pronounced pregnancy symptoms contributed to the decrease in sexual desire and activity; and some morbid correlates, both pregnancy-related and otherwise, nullified his sexual activity. Likewise, it was obtained that: the women's emotional experiences of enjoyment were compatible with her constant and satisfactory sexual activity; their emotional discomfort and relationship and personal conflicts were related to a decrease in their sexual activity; and their most physically and socioemotionally torturous pregnancies were associated with their zero sexual activity. It was concluded that the findings obtained: make the achievement of an ideal first pregnancy imaginable and desirable, in favor of maternal-fetal and couple health and well-being; and show sexual activity in the first pregnancy as an important indicator of the physical and psychosocial well-being of the woman and her partner in this period.

Keywords: First pregnancy, women, experiences, sexual activity.

Los estudios comportamentales sobre el embarazo suelen centrarse en las mujeres que lo viven, en congruencia con la significación social y la concepción biomédica predominantes acerca de este proceso reproductivo que las destacan como protagonistas (ver: Educación para la salud, 2018). La presente investigación se suma, por ahora, a esa tendencia, de manera particular al abocarse a quienes son madres por primera vez. Los principales temas de interés son: sus experiencias, su actividad sexual durante ese período y la relación evidente entre ambas.

Es bien sabido que el embarazo cambia de modo significativo la vida de las parejas implicadas, sin embargo, piénsese más en las mujeres, en esta ocasión. Versele, Stok, Aerenhouts, Deforche, Bogaerts, Devlieger, Clarys y Delien (2021), en Bruselas, Bélgica, mediante discusión en grupos focales, identificaron cambios en su conducta alimentaria (preferencias, frecuencia, cantidad) durante la gestación,

los cuales fueron facilitados u obstaculizados por determinantes individuales (psicológicos, como la consciencia sobre salud; situacionales, como el esfuerzo y conveniencia; y biológicos, como el malestar físico), interpersonales (por ejemplo, la influencia social) y ambientales (considerando la disponibilidad de alimentos en casa y otros sitios).

Por su parte, González y Miyar Pieiga (2001), revisaron estudios acerca de la conducta sexual durante el proceso de gestación. Lograron identificar diferencias culturales e interindividuales en cuanto a criterios de conveniencia, presencia y frecuencia de las relaciones sexuales. Rindieron cuentas sobre prácticas recurrentes, creencias, tabúes, prejuicios, información dudosa e, incluso, desconocimiento al respecto. Por eso juzgaron necesario realizar más investigación sobre el tema.

De manera semejante, Serati, Salvatore, Siesto, Cattoni, Zanirato, Khullar, Cromi, Ghezzi y Bolis (2010), realizaron, en Italia, una revisión de artículos, publicados entre 1960 y 2010, con el fin de reunir evidencia sobre la función sexual femenina durante el embarazo y después del nacimiento. Acerca del efecto del embarazo sobre la sexualidad femenina, encontraron que ésta presenta una declinación global significativa, particularmente en el tercer semestre, la cual se extiende a unos meses después del parto. La carencia de información adecuada del sexo en el embarazo y las preocupaciones sobre posibles efectos obstétricos adversos aparecieron entre los factores más relevantes de la evitación de la actividad sexual. Concluyeron que las parejas debieran ser informadas acerca de la declinación de la libido, el deseo y el orgasmo, común en el último semestre de embarazo y en el puerperio, la cual conduce a la reducción de las relaciones sexuales.

Más tarde, García, González, Llibre, García y Perera (2015), investigaron retrospectivamente en un hospital de la Habana, Cuba, mediante una encuesta estructurada, la conducta sexual de puérperas durante su embarazo, y algunas consecuencias que se derivan de ella. Dados los criterios de inclusión en la muestra, las mujeres de su estudio habían convivido con su pareja estable y carecían de contraindicaciones médicas, como la amenaza de aborto o parto pretérmino, la placenta previa y otras, para involucrarse en actividad sexual. Entre sus

participantes, el 23 % refirió un aumento de la actividad sexual durante su segundo trimestre de embarazo, respecto del trimestre previo, mientras que el resto señaló que ésta se mantuvo sin cambio. El 64 % refirió que la calidad de sus relaciones sexuales era igual que antes del embarazo. El 89 % consideró que sus relaciones sexuales fueron gratificantes, y el 92 % que las relaciones debían mantenerse durante el embarazo. Aunque la actividad sexual durante este período les resultó gratificante, los cambios físicos vividos les dificultaron el disfrute pleno de la misma. Por su parte, Dwarica, Collins, Fitzgerald, Joyce, Brincat y Lynn (2019), en Estados Unidos, tras administrar el Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust a mujeres y cónyuges durante el tercer trimestre de embarazo, obtuvieron puntajes significativamente mayores en ellas que ellos en cuanto a: evitación del sexo, no sensualidad y reducción de la comunicación sobre sexo.

Análogamente, Espitia (2020), investigó la prevalencia de disfunciones sexuales y su impacto en la sexualidad de gestantes del Eje Cafetero, de Colombia, durante cada trimestre. Aplicó el Índice de Función Sexual Femenina, como instrumento. Encontró que la prevalencia de disfunciones sexuales fue del 39,79 % en el primer trimestre, 44,37 % en el segundo y 71,87 % en el tercero. La disfunción sexual más frecuente fue el trastorno del deseo (71,94 %), seguido por la alteración del orgasmo (39,79 %) y la presencia de dolor (26,45%). La satisfacción sexual disminuyó 20,62 %. Concluyó que existe un gran impacto del embarazo en la sexualidad femenina, lo que puede afectar negativamente el bienestar general y la relación de pareja.

Maiellano (2022), acopió estudios sobre la sexualidad femenina durante el embarazo. Se percató de que a menudo se produce una disminución del coito vaginal y otras prácticas sexuales. En la mayoría de los casos, hay menos actividad sexual debido a la disminución del deseo sexual durante la gestación, siendo importantes para ello factores externos y socio culturales, aunque también hay mujeres para quienes el embarazo tiene un efecto positivo en la sexualidad.

Recientemente, Keçe, Aydoğan Kırmızı, Coşar, Başer y Sivaslıoğlu (2023), en Turquía, investigaron, mediante cuestionarios, la actividad sexual femenina durante los tres trimestres de embarazo. De antemano, dieron crédito a determinados antecedentes de investigación, según los cuales la vida sexual durante el embarazo

es segura, aunque se ve afectada por algunas razones, entre ellas, el área de residencia y los pensamientos y creencias. Como contribución propia, encontraron que, aunque la frecuencia de las relaciones sexuales decreció gradualmente con el desarrollo del embarazo, no hubo mujer embarazada que no se involucrara en la actividad sexual. El decremento observado se atribuyó principalmente a los pensamientos de que las relaciones sexuales dañan al feto y provocan incomodidad física en la mujer gestante. El estudio arribó a la conclusión de que la conducta sexual durante el embarazo se ve afectada de manera especial por cambios individuales vividos y ciertos pensamientos.

Asimismo, Pierrepont, Brassard, Bécotte, Lessard, Polomeno y Pélouquin (2022), en Ontario, Canadá, aplicaron un cuestionario en línea a parejas francocanadienses primigestas sobre miedos en torno a la actividad sexual, la función sexual y el ajuste diádico realizado durante el embarazo. Hallaron que en tanto un tercio de las participantes no reportaron temores, los otros dos tercios de ellas experimentaron entre uno y seis miedos, siendo las dos aprensiones más recurrentes inducir el trabajo de parto y causar un aborto prematuro. Estos recelos, en mujeres y hombres, se asociaron con un disminuido funcionamiento sexual durante el período de embarazo.

Fue valioso el estudio de Modh, Lundgren y Bergbom (2011), el cual abordó cualitativamente, en unidades de cuidado prenatal, en Suecia, las experiencias de mujeres durante su primer embarazo, de conformidad con una aproximación hermenéutica fenomenológica. Indujeron que estar en el primer embarazo significa para las mujeres una apertura vital en términos de realización personal y eventual sufrimiento. Viven en el presente, valga la obviedad, contemplando el pasado y pensado en el futuro. Se sitúan en un proceso de cambio, pleno de perspectivas y valores nuevos, en su proceso de transformación en madres primerizas. Los autores sugirieron que la formulación profesional de cuestionamientos de naturaleza existencial, más que meramente centrarse en los aspectos físicos del embarazo, puede coadyuvar al mejoramiento de la condición de salud y a la obtención de una experiencia más edificante para las mujeres embarazadas. No obstante, podría

sostenerse, sigue pendiente emprender un enfoque cualitativo similar que anexe, como temas, las experiencias de la actividad sexual durante el primer embarazo. Puede afirmarse que los antecedentes de investigación, hasta aquí expuestos, abren nuevas oportunidades: incluir como participantes del estudio a mujeres mexicanas; indagar las experiencias que ellas tienen durante su primer embarazo; y explorar su actividad sexual en este período; empleando para ello un instrumento *ad hoc*, a saber, un cuestionario cualitativo que solicita trazar dibujos y escribir relatos alusivos. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar las experiencias y la actividad sexual de mujeres que viven un primer embarazo, empleando dibujos y relatos escritos como herramienta metodológica, aunque para el presente reporte se recupere, por motivos de extensión, sólo la información contenida en relatos.

MÉTODO

El diseño de investigación fue exploratorio y retrospectivo, de tipo fenomenológico. La estrategia cualitativa de aproximación al objeto de estudio conjugó la solicitud de dibujos y relatos escritos sobre vivencias del embarazo y actividad sexual. Esta estrategia es congruente con los planteamientos de Taylor y Bogdan (1986), y Hernández, Fernández y Baptista (2014), ya que explora las perspectivas y puntos de vista de las personas sobre algún objeto, acontecimiento o tema. Como plantean los autores, el análisis de los discursos orales o escritos tienen un sitio ya reconocido entre las estrategias de investigación cualitativa. Puede dilucidar aspectos psicosociales de quien escribe el relato, verbigracia, en torno a sus experiencias significativas y la actividad sexual que ejerce durante el primer embarazo.

Fundamentación ética y jurídica. La participación en el estudio requirió la firma de un documento de consentimiento informado, elaborado con base en lineamientos éticos y jurídicos de El Informe Belmont (1979) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), en los que se asientan los principios de autonomía, beneficencia o no maleficencia, justicia y confidencialidad.

Participantes. Fueron incluidas 12 madres. Unas nacieron en el Estado de México, o Edo. Méx., en su zona conurbada con la metrópoli (7) y otras en la Ciudad de México, o CDMX (5). Su residencia permanente es en el Edo. Méx. (7) o en CDMX (5). Su edad fue de 27 a 67 años. Su estado civil era de unión libre (UL) (6), casadas (3) o solteras (3). Su escolaridad quedó comprendida entre secundaria y licenciatura. Sus ocupaciones fueron variadas, incluida la actividad doméstica entre quienes tenían los niveles escolares más bajos. Si bien 4 participantes no disfrutaban actividades recreativas, las otras 8 sí, como ir al cine, caminar, leer, hacer ejercicio físico o deportivo, cocinar, estar con la familia y tejer. La religión más practicada por ellas era el catolicismo (7), aunque algunas carecían de religión (4) y una era mormona. Tenían entre uno y cuatro descendientes, variando éstos en número (Núm.), sexo (M=mujer; H=hombre) y edad (en años) (ver Cuadro 1).

Madres	Edad	Origen	Residencia	Edo. Civil	Estudios	Ocupación	Diversión	Religión	Hijos: Núm. Sexo Edad
M1	27	Edo. Méx.	CDMX	UL	Secundaria	Empleada	No	Católica	1: M: 6
M2	>50	CDMX	Edo. Méx.	Casada	Nivel Técnico	Pensionada	No	Ninguna	2: H: 25 H: 23
M3	49	CDMX	Edo. Mex.	Casada	Carrera Comercial	Empleada	Cocinar	Católica	2: M: 29 H: 23
M4	49	Edo. Méx.	CDMX	UL	Preparatoria	Asesor financiero	Familia	Mormona	2: M:31 H:15
M6	34	CDMX	Edo. Méx.	Soltera	Lic. Administración Hotelera	Asistente de Dirección	Ir al cine	Católica	2: M: 8 M: 7
M7	31	Edo. Méx.	CDMX	Soltera	Licenciatura	Empleada	No	Católica	2: M: 2 M: 8 meses
M8	28	Edo. Méx.	Edo. Méx.	UL	Secundaria	Ama de casa	Jugar fútbol	Ninguna	2: H:9 H: 4
M9	43	Edo. Méx.	CDMX	UL	Preparatoria trunca	Hogar	Caminar, leer	Católica	3: H: 12 H:10 H: 4
M10	67	CDMX	Edo. Méx.	UL	Técnico en Enfermería Postécnico en Pediatría	Jubilada IMSS	Caminar, tejer, bordar, leer	Católica	3: H: 33 M: 32 H: 25

					Administración en Servicio de Enfermería				
M11	41	Edo. Méx.	Edo. Méx.	Casada	Secundaria	Hogar	No	Católica	4: M: 19 H: 18 M: 13 M: 9
M12	46	CDMX	CDMX	Soltera	Licenciada en Derecho	Servidora Pública	Gimnasio	Ninguna	2: H: 22 M: 15
M13	34	Edo. Méx.	Edo. Méx.	UL	Licenciatura	Empleado	Música, TV, videojuegos	Ninguna	2: H: 9 H: 2

Cuadro 1. Datos demográficos de las participantes del estudio.

Todos los embarazos que se consideraron duraron 9 meses, excepto el de M6 que cumplió sólo 34 semanas. Los ingresos mensuales de las participantes eran como sigue: M1: \$8000; M2: \$16,000; M3: \$15,000; M4: sin ingreso de fijo; M6: \$8000; M7: \$15000; M8: \$2500; M9: \$8000; M10: \$28000; M11: sin dato; M12: \$10000; y M13: \$8000. En cuanto al aspecto sanitario, seis participantes reportaron haber sufrido algún padecimiento agudo o crónico en el año previo: hipotiroidismo (M2), gripe, diarrea, rotura de hueso, estrés (M6), COVID 19 (M9), ansiedad (M10), sólo gripe (M12) e hipertensión y diabetes (M13).

Instrumento. Se empleó un instrumento cualitativo. Éste acopiaba los datos demográficos. Además, requería el trazo de dos dibujos: uno sobre la experiencia personal y otro acerca de la actividad sexual durante el primer o único embarazo. Asimismo, solicitaba tres relatos escritos respecto de su experiencia personal en el embarazo, y dos relatos escritos sobre la actividad sexual en este mismo período. Los dibujos fueron elaborados con un lápiz de grafito y 12 lápices de colores, y los relatos fueron redactados con ese lápiz.

Aplicación del instrumento. Primeramente, las participantes leyeron y firmaron el documento de consentimiento informado. Después de las indicaciones y suministro de materiales, las participantes se atearon en resolver el instrumento impreso en el sitio convenido, utilizando el tiempo necesario para completar la actividad. Los productos fueron dos por participante: el documento de consentimiento informado leído y firmado, y la cédula del instrumento resuelta. Dada la normatividad sanitaria

por COVID 19, que limitaban encuentros *vis a vis* en lugares físicos, algunos instrumentos se transmitieron y/o se acopiaron vía WhatsApp o por correo electrónico, pidiendo o aceptando que las participantes imprimieran los documentos y aportaran, si lo preferían, materiales necesarios para desarrollarlos. El instrumento fue aplicado comúnmente en casa de la participante o de algún pariente. El horario y la duración de la aplicación del instrumento variaron (ver Cuadro 2).

Madre	Lugar	Hora inicial	Hora final	Duración (min)
M1	Su casa	20:51	21:34	43
M2	Su casa	19:40	20:13	33
M3	Su casa	16:10	16:46	35
M4	Casa de su madre	14:44	15:09	25
M6	Su casa	10:53	11:09	16
M7	Su casa	16:05	16:24	19
M8	Su casa	12:00	12:50	50
M9	Su casa	12:22	13:29	67
M10	Su casa	15:30	22:30	420
M11	Su casa	14:17	16:24	127
M12	Oficina	13:47	14:40	53
M13	Su casa	12:40	13:50	70

Cuadro 2. Lugar, horario y duración de la solución de la aplicación del instrumento.

Codificación de los datos. Para este reporte se emplearon únicamente los relatos escritos. Éstos fueron transcritos de manera literal. Sólo fueron modificados ortográfica y sintácticamente, de modo especial los realizados por las participantes de menor escolaridad. A partir del contenido de los relatos, se desarrollaron temas y subtemas, los cuales aparecen como rubros en la próxima sección.

RESULTADOS

Los doce casos se agruparon *a posteriori* en función de las experiencias de las mujeres, pero principalmente de su actividad sexual ejercida durante su primer embarazo. Se consideraron tres temáticas: (1) el carácter intencional o no deliberado del origen del embarazo; (2) la sintomatología gravídica, las complicaciones de salud materno-fetal y el recurso a las citas gineco-obstétricas; y (3) las vivencias emocionales de las gestantes. Respecto de las tres temáticas, se refiere su relación fáctica con la actividad sexual (AS) de las mujeres. Para ello, se retomaron únicamente, como insumos, los relatos retrospectivos, escritos por ellas.

1. Origen y aceptación del embarazo. Siete madres planearon, desearon y/o aceptaron el origen de su primer o único embarazo (M2, M3, M6, M7, M9, M10, M12). Dos madres no lo planearon o lo percibieron como no oportuno (M4 y M8). Una mujer (M1) no lo aceptó al inicio. Para una mujer (M13) fue sorpresivo porque ella había recibido antes un diagnóstico médico de infertilidad y síndrome poliquístico. Para otra mujer (M11) su embarazo pasó inadvertido, confundido con una gastritis que se extendía ya por meses. Todas las mujeres pronto o más tarde aceptaron su embarazo. La actividad sexual satisfactoria (1, o ASS) y la actividad sexual reducida (2, o ASR) fueron reportadas principalmente por quienes aceptaron el embarazo desde su comienzo. La mujer diagnosticada infértil y la que confundió su embarazo con una gastritis prolongada tuvieron actividad sexual nula (3, o ASN) (ver Cuadro 3).

Madres	Embarazo						AS
	Deseado Esperado Aceptado	No planeado No oportuno	No aceptado al inicio	Sorpresivo	Confundido	Aceptado más adelante	
M2	Sí					Sí	1
M3	Sí					Sí	1
M4		Sí				Sí	1
M6	Sí					Sí	1
M7	Sí					Sí	1
M8		Sí				Sí	1
M9	Sí					Sí	1
M10	Sí					Sí	2
M12	Sí					Sí	2
M1			Sí			Sí	2
M13				Sí		Sí	3
M11					Sí	Sí	3

Códigos: AS (Actividad Sexual); 1, o ASS (Actividad sexual satisfactoria); 2, o ASR (Actividad sexual reducida); 3, o ASN (Actividad sexual nula).

Cuadro 3. Carácter intencional, aceptación posterior y actividad sexual (AS) de las madres en su primer embarazo.

Los dígitos 1, 2 y 3 fueron desinados para referir, respectivamente, tres grupos de embarazadas, según su percepción sobre la afectación de su actividad sexual.

2. Sintomatología y estado de salud: su relación con la actividad sexual. La sintomatología gravídica, el estado de salud prevaleciente y la atención médica recibida se relacionaron con la actividad sexual: su continuidad y disfrute. En función de ésta, se perfilaron con claridad los tres grupos referidos (ver Cuadro 4).

Grupo 1. Sintomatología asimilada y actividad sexual satisfactoria. Este grupo lo integran siete mujeres, quienes: vivieron el embarazo sin síntomas ni molestias físicas (M2, M6, M7); lo percibió como tranquilo (M4); padeció algún síntoma gravídico sólo al comienzo del embarazo (M4); significaron como agradables y/o inolvidables los movimientos fetales (M2, M7), el crecimiento del feto (M9), algunas sensaciones novedosas (M2), en particular de la hija (M8), y diversos cambios corporales (M8); adquirió conocimientos valiosos sobre el desarrollo fetal (M9); identificó los cambios físicos por embarazo y desarrolló antojo por alimentos fríos y dulces (M2). Ninguna de estas mujeres mencionó complicaciones gineco-obstétricas. Cuatro de ellas reportaron haber asistido a citas médicas de control de embarazo (M2, M3, M4 y M9). Brevemente, este tipo de condiciones físicas llevaderas fueron favorables para la actividad sexual satisfactoria de las primigestas con su compañero.

Grupo 2. Actividad sexual disminuida por incomodidades y preocupaciones de salud. Forman el grupo tres mujeres embarazadas que redujeron su actividad sexual en la pareja, en relación con: la incomodidad ocasionada por síntomas gravídicos (M1), la preocupación permanente por haber quedado expuesta a Rayos X, a los dos meses y medio de embarazo (M10), y constantes problemas de pareja (M12). Esta reducción de la actividad sexual tuvo el propósito común de proteger el desarrollo y la salud del *bebé* en el útero. Como algunas mujeres del primer grupo, las integrantes de este grupo afirmaron haber satisfecho algún antojo alimentario, particularmente por donas (M12), percibido los movimientos fetales (M10) y cursado el embarazo sin complicaciones de salud notorias (M1 y M12).

Grupo 3. Actividad sexual nula por sintomatología y complicaciones de salud. Este grupo, de actividad sexual nula durante el embarazo, lo formaron sólo dos mujeres: M11 quien padeció por vómito durante gran parte del embarazo desde su inicio y por una gastritis permanente que le enmascaró el estado de embarazo, lo que le generó una reducción de peso que redundaría en el nacimiento de un bebé de bajo peso; y M13, a quien se le diagnosticó embarazo de alto riesgo (numerosas amenazas de aborto, vómito durante todo el embarazo, reducción notoria de peso, anemia y necesidad de reposo absoluto en cama por seis meses). La primera mujer

no tuvo consultas médicas por embarazo, dado que éste fue advertido sólo tardíamente, tras diferenciarlo de una gastritis. La segunda mujer estuvo bajo atención médica permanente a raíz de su embarazo muy complicado. En breve, el conjunto de inconvenientes, mencionados aquí, se asoció con la falta absoluta de actividad sexual de estas mujeres durante el embarazo.

Madre	Síntomas Sensaciones	Complicaciones de salud	Seguimiento prenatal	AS
M2	Sin molestias Movimientos fetales Sensaciones inolvidables Antojo de cosas frías y dulces	No	Chequeo médico puntual	1
M3	Ninguno reportado	No	Citas mensuales de control	1
M4	Malestares al inicio. Síntomas normales que con el tiempo pasaron	Embarazo tranquilo asesorada por su madre Ningún problema	Alimentación más sana. Cuidado médico a través del embarazo.	1
M6	No tuvo molestias	Cero complicaciones	No se reporta	1
M7	Sin antojos ni nauseas. No se sentía embarazada Movimientos fetales	Ligera baja de peso	No se reporta	1
M8	Cambios en su cuerpo Sentir a su hija fue algo nuevo y muy bonito	No	No se reporta	1
M9	Aprender y sentir cómo iba creciendo y las diferentes etapas del embarazo	No	Consultas de control prenatal Se informó sobre embarazo y cambios corporales por éste	1
M1	Incomodidad por los síntomas	No	Cuidarse para que el bebé naciera bien.	2
M10	Movimientos del <i>bebé</i> en el vientre	Exposición a Rayos X a los 2 meses y medio de embarazo	Mejóro su alimentación Acudió al control y atención médica por embarazo	2
M12	Comía donas <i>como loca</i> . Dormía mucho	No	No se reporta	2
M11	De gastritis Vómito	Gastritis Casi no creció el vientre Bajo peso	Medicamentos para gastritis No tuvo consultas por embarazo	3
M13	Vómito	Postrada en cama los primeros 6 meses	Atención por embarazo de alto riesgo Recomendaciones de abortar	3

		Bajo peso. Anemia. Vómito crónico. Amenazas de aborto		
--	--	---	--	--

Códigos: AS (Actividad Sexual); 1, o ASS (Actividad sexual satisfactoria); 2, o ASR (Actividad sexual reducida; 3, o ASN (Actividad sexual nula).

Cuadro 4. Síntomas, sensaciones, complicaciones de salud, seguimiento prenatal y actividad sexual en el primer o único embarazo de cada madre.

3. Experiencias emocionales y actividad sexual. Se consideran experiencias, acontecimientos y actividad sexual característica de las participantes que forman cada uno de los tres grupos mencionados.

Grupo 1. Vivencias emocionales de disfrute y actividad sexual constante y satisfactoria. Lo formaron las siete mujeres aludidas, quienes desarrollaron una actividad sexual notoriamente satisfactoria.

M2 reportó un embarazo *lindo, disfrutado*. Se sintió *muy feliz, contenta, enamorada* de su pareja. Vivió una *magnífica conexión* con su bebé. El padre se implicó activamente en el embarazo (*Cuando llegaba papá era -el feto- un remolino viviente*). Ella esperaba con ansia el nacimiento. Hizo preparativos en casa para recibir al bebé. En congruencia, gozó su actividad sexual. Reportó: *Mucho amor. Complicidad, entendimiento y disfrutando mucho nuestra casa juntos. Siempre felices y amándonos mucho (...). Sin miedo, pero con cuidado, protegiendo siempre a nuestro bebé y buscando posiciones (sexuales) más cómodas, pero sin dejar de sentir, y llegar al clímax.*

M3 reconoció en ella misma sentimientos encontrados al principio del embarazo: era *feliz*, pero temía que su familia se molestaría con ella porque se hallaba embarazada y soltera. A la postre vivió un embarazo *bonito, deseado, esperado, anhelado, feliz*. Estaba *contenta, desesperaba* por que el bebé naciera. A veces ella sentía *miedo o angustia* de que algo no marchara bien. Su actividad sexual fue *permanente, pero más cuidadosa* cada vez. Dijo: *Siempre fue bonito y no cambió eso en ningún momento, sólo que con el paso de los meses de embarazo a veces me daba miedo el pensar que podíamos lastimar al bebé, (...) fue bonita, (...) también era cuidadosa.*

M4 experimentó el inicio del embarazo como *una situación de asombro, duda, y mucho temor*. Consideró que su embarazo fue *muy sano y tranquilo*, asesorado por su madre. Ella se sentía *muy bien* pero un tanto *nerviosa* mientras el tiempo

transcurría. Hacía cuanto podía para llevar un embarazo *tranquilo y feliz*. Describió su actividad sexual así: *Siempre estuve deseosa de continuar con mi vida sexual a pesar de mi corta edad y de estar embarazada (...). Fue constante durante mi embarazo, en ningún momento hubo temor o remordimiento (...), era con mucho amor.*

Para M6 el embarazo fue una *experiencia hermosa*. Escribió: *Me sentí muy feliz y llena de vida (...). El embarazo fue bonito, tierno, amoroso, (...) esperaba a mi bebé con mucho amor, en ese momento era lo único que me importaba.* De la actividad sexual, declaró: *Sólo recuerdo que sentía mucho amor.*

M7 Vivió el embarazo con *suma tranquilidad*. No se sintió embarazada, excepto por los movimientos fetales; por lo demás, su embarazo pasó desapercibido. Ella y su pareja se *sentían felices*, en espera del nacimiento de su hija. El embarazo fue una *nueva y linda experiencia que cambió su vida*. Su actividad sexual, que se mantuvo durante la gestación, sencillamente *fue placentera*.

M8 se *sintió mal* al principio del embarazo, ya que *no fue planeado*. Fue *difícil y confuso*. Discutía en ese tiempo con su pareja y estuvieron distantes por unas semanas. Se sentía *triste y confundida*, pero decidió *tener al hijo con o sin el padre*. Después acordaron *juntarse y tener una familia*. El embarazo con el tiempo *mejoró y fue bonito*. Los *cambios corporales* y el *sentir a su hija* le parecieron algo *nuevo pero muy bonito*. La pasó *muy bien*. Se sintió muy querida: *Con mi embarazo mi pareja me trató con mucha delicadeza, amor, me hacía sentir muy bien emocionalmente*. Respecto a lo erótico, recordó: *Mi experiencia sexual fue muy buena, fue muy linda, me hacía sentir bien; aunque yo me sentía gordita, mal, él siempre me hizo sentir bien.*

Finalmente, M9 deseaba mucho ser madre. Así, cuando se enteró que estaba embarazada, ella y su pareja lloraron *de emoción, de alegría*. Sin embargo, también sintió *miedo*, al dudar de su madurez para convertirse en madre. *Disfrutaba* el embarazo, lo que aprendía al respecto, y *sentir cómo iba creciendo el bebé* y descubrir diferentes etapas del embarazo. Ella imaginaba que cuando el bebé naciera le enseñaría una puesta de sol, un paisaje nuevo, el bosque. Hacía planes con su pareja sobre el nombre, la ropita, los gastos y el uso de los espacios en casa.

Amaba estar embarazada y ver cómo iba creciendo su *pequeñuelo*. Disfrutaba que le *consintieran* las personas que estaban a su lado. Fue cuando *más consentida y querida* se sintió. Percibió su actividad sexual como *constante, buena y maravillosa*. La vivió como algo *íntimo, celestial, amoroso y de mayor conocimiento mutuo*.

Grupo 2. Vivencias emocionales difíciles y actividad sexual reducida. Las dificultades e inconveniencias vividas por las tres participantes de este grupo con el compañero, coexistentes con la aceptación del embarazo, disminuyeron en ellas su interés y actividad sexual.

M1, al enterarse del embarazo, tuvo *miedo* porque era poco el tiempo de haber conocido a su pareja y haberse ido con él sin aprobación de la familia. Quiso abortar *al bebé*. Pensó que el embarazo no era lo que ella quería, de momento, para su vida. En los primeros meses se *sentía triste*. Contó: *No asimilaba que mi vida había cambiado por completo y sabía que con un bebé ya no había vuelta atrás*. Después entendió que su vida *había cambiado*. Relató: *Traté de ver todo lo bueno que tenía, a mi pareja a mi lado, un bebé en camino. Sólo quería estar positiva ante la situación y además a aceptar y querer a mi futuro bebé después de unos meses de negatividad*. Agregó: *Mi embarazo, en un principio no lo aceptaba, pero al asimilarlo fue bonito (...). Traté de cuidarme para que mi bebé naciera bien (...). En mi vientre le leía y eso le gustaba al bebé, mi pareja y yo tratamos de estar lo mejor preparados para recibirla en nuestros brazos*. La actividad sexual en pareja decreció porque ella creía que ésta podía perjudicar el embarazo. Esto tuvo consecuencias: *Afectó un poco en mi relación con mi pareja*. Enfatizó: *Mi actividad sexual fue muy baja, muchas veces no tenía ánimos, además que era muy incómodo y sólo me preocupaba que a mi bebé no le fuera a afectar nada*.

M10 se *preocupaba* porque se expuso a Rayos X en el primer trimestre de embarazo. Contó: *Era feliz, disfrutaba de sus movimientos del bebé en mi vientre, lo acariciaba, le hablaba, aunque a veces sí me angustiaba que fuera a nacer con algún problema de malformación o genético y a la vez confiaba en Dios que todo iba a salir bien*. La familia y ella *esperaron al bebé con entusiasmo*. Dijo: *Yo le tejí una cobijita, bordé sus pañales, lo esperaba con gran ilusión*. De la actividad sexual sólo afirmó que ésta se realizó de acuerdo con lo pensado por cada miembro de la

pareja, priorizando *lo que necesite el bebé*, y, cuando había dificultades, tratando de solucionarlas.

Para M12 el primer embarazo fue un estado valioso, superior: *Sucedió un enorme cambio en mi vida, sentía esa emoción que te hace feliz, es el mejor estado en el que me encontré. Yo le llamo amor incondicional y un orgullo enorme. Hice preparativos para esperarlo desde la sabanita que iba a utilizar hasta su cama-bambineto. Recordó: Lo que yo sentí en mayoría de tiempo fue alegría, dedicación para cuidarme y mis hijos nacieran bien. Sin embargo, lamentó: Viví angustiada, no siempre pero sí con algunos problemas con mi pareja, en desacuerdo con mi pareja el mayor del tiempo. A menudo ella se preguntaba si lo que vivía pudo haber sido mejor: Recordaba aquel hombre, de 30 años más grande que yo, y pensaba “¿Y si mi hijo hubiera sido de él y hubiera sido mucho más feliz?”. Su actividad sexual fue exigua: Fue muy escasa ya que no se me acercaba mi pareja, poniendo primero (el pretexto) que era por el bebé, que a lo mejor lo lastimábamos.*

Grupo 3. Circunstancias y experiencias emocionales desfavorables, asociadas con actividad sexual nula. Este grupo fue formado por dos mujeres. M11 hizo una afirmación por demás interesante: *Yo nunca supe que estaba embarazada. Siempre decía que tenía gastritis (...). Fue un embarazo lleno de preocupación. No disfruté mi embarazo porque (yo) me decía que era gastritis, como los embarazos que mucha gente los disfruta, es raro, no fue así. Durante todo el embarazo no hubo actividad sexual.* Para M13 su primer embarazo *fue un caos, una etapa muy difícil. Aun así, desoyó las recomendaciones médicas de abortar, por motivos de salud. Contó: Fue un embarazo muy tormentoso (...). Me separé del padre luego de recibir violencia física y psicológica. Sufrí depresión (...). Me sentía en un infierno (...).* La separación y el embarazo resultaron benéficos: *dejar la adversidad personal de lado, dejar de menospreciarme y sufrir mis penas, y comenzar a vivir y esforzarme por alguien más, reordenar mis prioridades y empezar a darlo todo y un poco más, por esa otra personita, (...) ese pequeño milagro que mi vida cambió dando un giro total para bien.* Sobre el tema sexual, concluyó: *No estuve con el padre de mi hijo y por ello, y por los riesgos durante el embarazo, no tuve actividad sexual ni deseos, por tanto malestar, depresión (...). Fue una etapa diferente, complicada, llena de*

estrés, depresión y diferentes emociones que, además de las circunstancias, no tuve ni ánimos ni interés o deseos.

DISCUSIÓN

De inicio, es preciso asentar unas obviedades: una relación coital muy ordinaria presupone una pareja heterosexual, sea conyugal o de noviazgo, con intimidad sexual; el primer embarazo supone la ocurrencia de una relación coital fértil de la pareja, quizá tras otras relaciones sexuales inocuas reproductivamente; la fecundación tiene lugar típicamente en una relación sexual fértil sin empleo de algún método anticonceptivo; la fecundación comienza un período, de días o semanas, con algún grado de incertidumbre para la mujer y la pareja sobre si ocurrió o no la concepción; la fecundación puede ocurrir tanto si es deseada, y/o planeada, como si es imprevista o indeseable para la mujer y/o el compañero sexual; la prueba afirmativa de orina, pero sobre todo, el diagnóstico clínico positivo de embarazo, inauguran el rol materno y el rol paterno de las y los involucrados, y una reestructuración psicosocial en ambos; con el resultado positivo de embarazo se confirma la gestación embrionaria de un nuevo ser humano, en este caso del o de la primera descendiente de la pareja; esta gestación, ya identificada, pauta la decisión consecuente sobre su continuación o interrupción voluntaria; y cuando el embarazo es preservado, asimilado y protegido, se asigna el estatuto de *bebé, hijo* o *hija* al producto gestacional. De hecho, la decisión de continuar el embarazo, finalmente, fue materna, no paterna. Recuérdese que cada primer o único embarazo, considerado en el estudio, eventualmente fue aceptado y cuidado por la mujer participante hasta su conclusión.

La actividad sexual de las participantes durante el embarazo, referida en sus relatos, mostró tres tendencias, respecto del pasado pregestacional inmediato, que merecieron agrupación *post facto*, en este orden: primera, mantenerse satisfactoria o aun mejorar; segunda, disminuir de modo notorio en su frecuencia y tornarse menos satisfactoria, más obstaculizada; y tercera, tornarse rechazada y anulada, tendencias asociadas con aspectos biomédicos y psicosociales.

Una sintomatología gravídica leve y un estado saludable propiciaron la actividad sexual. El embarazo conlleva, para la mujer, un conjunto característico de cambios corporales y fisiológicos (Espitia, 2020), que, en cierta medida, pueden dejar intacta su actividad sexual. Lo satisfactoria que ésta resultó para las participantes fue compatible con lo siguiente: presencia de síntomas gravídicos habituales, sólo incómodos al comienzo del embarazo; un embarazo carente de síntomas y molestias físicas; ausencia de complicaciones gineco-obstétricas; y la significación positiva de los movimientos fetales, el crecimiento fetal, las sensaciones novedosas y los cambios corporales debidos al embarazo. Estos aspectos fueron concurrentes con la adquisición de conocimientos sobre el desarrollo fetal y la asistencia a citas médicas para control del embarazo.

Factores diversos asociados a la reducción de la actividad sexual. La incomodidad y menor bienestar ocasionados por síntomas gravídicos, la preocupación continua por haber quedado expuesta a Rayos X, los constantes problemas de pareja, pero también, y siempre, la intención de proteger el desarrollo y la salud fetal, sobre todo al avance del proceso de gestación, se relacionaron con una disminución de la actividad sexual en el embarazo. Esta reducción de la actividad sexual es semejante a lo afirmado por Keçe et al (2023), ya que la frecuencia de las relaciones sexuales decreció gradualmente conforme transcurrieron los trimestres de embarazo, y por Serati et al (2010), en tanto la reducción mayor ocurrió en el tercer trimestre.

Correlatos mórbidos de la actividad sexual nula. Por un lado, el vómito frecuente durante gran parte del embarazo y los síntomas y signos de gastritis que enmascararon el embarazo y, por otro lado, los padecimientos de un embarazo de alto riesgo, los cuales demandaron atención médica permanente, se asociaron, en sendas participantes, con su falta de actividad sexual durante el embarazo. Mientras permanece vigente la discusión, entre profesionales de gineco-obstetricia, de si es recomendable o no el despliegue de actividad coital o de otra clase durante un embarazo de alto riesgo (MacPhedran, 2018), una mujer que padece un embarazo de esta naturaleza puede determinar, como una de las participantes que lo sufría hizo, cancelarla por completo.

Vivencias emocionales de disfrute congruentes con la actividad sexual constante y satisfactoria. García y colaboradores (2015), hallaron que las relaciones sexuales fueron gratificantes en el embarazo para la mayoría de embarazadas, de su muestra. Maiellano (2022), encontró que para algunas mujeres el embarazo tiene un efecto positivo en su sexualidad, en función de determinadas prácticas sexuales previas. Congruentemente, en el presente estudio se obtuvieron testimonios de la importancia que, para la actividad sexual satisfactoria, tienen determinadas experiencias emocionales en este período: alegría desbordada al lograr el embarazo tras añorar convertirse en madre; sentimientos recíprocos de amor intenso, y de complicidad, entendimiento y disfrute conyugal en el hogar; una valiosa implicación paternal del cónyuge; sentirse especialmente querida por la pareja y personas de su entorno social; vivir *feliz, contenta y enamorada*; disfrutar por ser tratada con atenciones especiales, como nunca antes; atravesar un embarazo *bonito, lindo, tierno, disfrutado, amoroso, y pasándola muy bien*; carecer de síntomas gravídicos; sentir los movimientos, el crecimiento paulatino de su *hija o bebé*, y diferentes etapas del embarazo; haber aceptado los *cambios corporales* novedosos que se vivieron; desarrollar una conexión afectiva con el *bebé o pequeño*; sentirse revitalizada; gozar los conocimientos y aprendizajes adquiridos sobre embarazo; tener ensoñaciones sobre el futuro con el recién nacido; realizar preparativos prácticos para recibir al bebé cuando nazca; y la búsqueda de cuál será su nombre. Estos afectos, relaciones y acciones fueron compatibles con un ejercicio satisfactorio, pero siempre cuidadoso, de la actividad sexual de las primigestas: con amor, comprensión, deseo y gozo; con la constancia posible; con o sin miedo, pero con cuidado, protegiendo al *bebé*; adoptando *posiciones cómodas y placenteras*. Si bien el sexo pudo ser dubitativo, por falta de auto aceptación del cuerpo preñado (sentirse *gordita*), también fue percibido eventualmente como *maravilloso, celestial y de mayor conocimiento mutuo*.

Vivencias y circunstancias que redujeron la actividad sexual. En congruencia con lo hallado por Maiellano (2022), en algunas participantes hubo una disminución del coito vaginal, en el embarazo, en relación con un decremento de su deseo sexual. Sin embargo, se identificaron varios obstáculos específicos asociados a ese

descenso de la actividad sexual en ellas: vivir un embarazo imprevisto, inoportuno, frustrante y entristecedor con una pareja aún no consolidada, el cual, además, era rechazado por la familia de ella; tener presentes la intención y el deseo de abortar; pasar dificultades para poder aceptar y asimilar ese embarazo; sentir preocupación y angustia por una temida posible malformación genética del bebé después de haberse visto expuesta a radiación; enfrentar *problemas y desacuerdos constantes con el compañero*; sentir felicidad y añoranza por un *amor del pasado e imaginar que mejor ese hombre hubiera sido el padre del hijo* en gestación; creer que la actividad sexual puede afectar al bebé; carecer de ánimos y deseo sexual, en contraste con lo pretendido por el compañero; haber sentido incomodidad en previas relaciones sexuales; tener que negociar las relaciones sexuales; y ver rechazo y desinterés sexual en su cónyuge. Efectivamente, como plantearon Modh, Lundgren y Bergbom (2011), el primer embarazo involucra aspectos físicos, pero también existenciales para la mujer que lo vive. Además, como esbozaron González y Miyar (2001), cualquier embarazo puede afectar de forma involuntaria y sin razón consciente a la mujer, pero también al hombre, en los deseos sexuales.

Circunstancias y experiencias asociadas con la ausencia de actividad sexual. La ausencia absoluta de actividad sexual tuvo qué ver con: no disfrutar el embarazo por sentirse enferma y débil por éste, que fue confundido con malestares de gastritis crónica; vivir, en depresión, un embarazo de alto riesgo, *tormentoso, infernal, caótico y riesgoso*; y *estar separada escapando de violencia física y psicológica de su pareja*. Si un embarazo ordinario puede alterar cada vez más la sexualidad femenina a través de los trimestres de embarazo, como mostró Espitia (2020), ¿qué esperar entonces de un embarazo cursado en las condiciones de morbilidad, confusión y conflicto, arriba referidas?

Aparentemente, la frecuencia y forma de la actividad sexual de las participantes durante el primer embarazo indican de manera fidedigna la naturaleza de: su deseo y aceptación de la concepción y el embarazo, el avance del desarrollo gestacional, el estado de salud gineco-obstétrica, su condición socioemocional como cónyuge y embarazada, la dinámica y armonía de su relación de pareja, y sus significaciones

características respecto del influjo que tiene el coito vaginal sobre la salud propia y la del feto.

En favor de primeros embarazos de tipo ideal. Las experiencias relatadas por las participantes sugieren la conveniencia de que se conceptualice y se persiga un primer embarazo de un tipo ideal, en términos psicosociales y sanitarios. Sería un embarazo deseado, planeado, esperado, diagnosticado certeramente, asimilado y aceptado afectivamente, comprendido fácticamente, y querido y protegido con continuidad por ambos miembros de la pareja gestante, sus familiares cercanos y las instituciones y profesionales de salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, sería un embarazo libre de complicaciones mórbidas y psicosociales, con expectativas y proyecciones positivas a futuro, uno que encuadre con los nuevos roles de madre y padre, y que permita el disfrute sexual de la embarazada y su pareja. El logro, la aproximación o búsqueda de este tipo ideal de embarazo se antojan plausibles, no obstante que éste formase parte hoy, primordialmente, del imaginario colectivo, y ocurriese en México apenas en minoría de casos.

CONCLUSIONES

No todos los primeros embarazos que se analizaron fueron planeados y esperados, pero pronto o posteriormente, fueron asimilados y aceptados por las participantes. Los vivieron con: una sintomatología gravídica leve, mediana o intensa; complicaciones variantes, generalmente menores, en la salud materno-fetal; complejos socioemocionales positivos, negativos o ambivalentes; relaciones de pareja de mayor o menor compenetración y entendimiento mutuo. Estas condiciones complejas, las cuales fueron graduadas como (1) leves y aceptables, (2) regulares en cuanto a bienestar percibido, o (3) de plano sufrimiento físico y socioemocional, se asociaron con una actividad sexual satisfactoria, reducida o nula, respectivamente. Así, por un lado, una sintomatología gravídica leve y un estado saludable propiciaron la actividad sexual; cierta incomodidad ocasionada por síntomas gravídicos contribuyó a la disminución del deseo y la actividad sexual; y correlatos mórbidos, tanto gravídicos (embarazo de alto riesgo) como interactuantes (síntomas de gastritis aguda durante el embarazo) nulificaron la actividad sexual.

Por otro lado, las vivencias emocionales de disfrute fueron compatibles con una actividad sexual constante y satisfactoria; malestares emocionales y conflictos de pareja y personales se relacionaron con un descenso de la actividad sexual; y los embarazos más tortuosos en lo biológico, lo emocional y lo existencial se asociaron con el destierro radical de la actividad sexual. El conjunto de hallazgos obtenidos torna imaginable, deseable, buscar, lograr que un primer embarazo se aproxime, cuanto más, mejor, a un tipo ideal. Por último, el ejercicio sexual vivido, en frecuencia y forma, parece fungir como indicador de qué tanto el primer embarazo, en el cual ocurre, se aproxima o no a un primer embarazo ideal, según los criterios arriba expresados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dwarica, D.S., Collins, G.G., Fitzgerald, C.M., Joyce, C., Brincat, C., & Lynn M. (2019). Pregnancy and sexual relationships study involving women and men (PASSION Study). *The Journal of Sexual Medicine*, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.014>

Educación para la Salud (2018). Concepción, embarazo y parto.
<http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/concepcion%20embarazo%20y%20parto.pdf>

El Informe Belmont (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Observatori de Bioètica i Dret,
<https://outlook.live.com/mail/0/id/AQMkADAwATE2MTEAMC04NDQAYy00YmNkLTAwAi0wMAoARgAAAXe8iOcmKdBs%2B3sliC2sLEHAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUAAAIBCQAAAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUABYqOlrAAAA%3D/sxs/AQMkADAwATE2MTEAMC04NDQAYy00YmNkLTAwAi0wMAoARgAAAXe8iOcmKdBs%2B3sliC2sLEHAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUAAAIBCQAAAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUABYqOlrAAAABEgAQAHfd0Ucq1AxPi%2BcvrsWBjzU%3D>

Espitia, H.F. J. (2020). Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(5), 537 – 548. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0537.pdf>

García M.R., González S.A., Llibre G.J.J., Lorna García A.L. y Perera B.O. (2015). Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de

- puérperas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 39-49.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin051115.pdf>
- González L.I. y Miyar P. E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 17(5), 497-501.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015
- Hernández S.R., Fernández C.C. y Baptista L.M.P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Keçe A.C., Aydoğan Kırmızı D., Coşar F., Başer E., Sivaslıoğlu A.A. (2023). Female sexual behaviour and perception during pregnancy: A questionnaire based study. *Pelvipерineology*, 42(2), 56-62.
https://www.pelvipерineology.org/pdfs/PPJ_42_2_56_62.pdf
- MacPhedran S.E. (2018). Sexual Activity Recommendations in High-Risk Pregnancies: What is the Evidence? *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 343-357.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052118300131>
- Maiellano, B. (2022), Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results*, vol.5, no.10. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3673>
- Maluka, S.O., & Peneza, A.K. (2018). Perceptions on male involvement in pregnancy and childbirth in Masasi District, Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health*. 15:68. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0512-9>
- Modh C., Lundgren I., & Bergbom I. (2011). First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6: 5600. [DOI: 10.3402/qhw.v6i2.5600](https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.5600)
- Pierrepont, C., Brassard, A., Bécotte, K., Lessard, I., Polomeno, V., & Péloquin, K. (2022). Sexual activity based fears during pregnancy, sexual function and dyadic adjustment in couples who are expecting their first child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 107-113.
[DOI: 10.1080/0167482X.2022.2052844](https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2052844)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. 31 páginas.
<https://outlook.live.com/mail/0/id/AQMkADAwATE2MTEAMC04NDQAYy00YmNkLTAwAi0wMAoARgAAAXe8iOcsmKdBs%2B3sliC2sLEHAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUAAAIBCQAAAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUABYqOlrAAAA%3D/sxs/AQMkADAwATE2MTEAMC04NDQAYy00YmNkLTAwAi0wMAoARgAAAXe8iOcsmKdBs%2B3sliC2sLEHAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUAAAIBCQAAAGc3%2BvL75WRGqSPoUc84aDUABYqOlrAAAA%3D>

Serati, M., Salvatore S., Siesto G., Cattoni E., Zanirato M., Khullar V., Cromi A., Ghezzi F., & Bolis P. (2010). Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010;7:2782–279.

<https://www2.uned.es/saludsexual/soyalumno/materiales/docs/sexembarazo1.pdf>

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México, Paidós.

Versele, V., Stok, F.M., Aerenhouts, D., Deforche, B., Bogaerts, A., Devlieger, R., Clarys, P., & Delien, T. (2021). Determinants of changes in women's and men's eating behavior across the transition to parenthood: a focus group study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18:95. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01137-4>