

**ACTITUDES DE LA MUJER EMBARAZADA FRENTE A LA RELACIÓN SEXUAL  
CON SU PAREJA DURANTE EL ÚLTIMO  
TRIMESTRE DEL EMBARAZO  
(Trabajo de Grado)**

**ALEJANDRA ORDÓÑEZ LÓPEZ  
VANESSA MONCAYO MONCAYO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
San Juan de Pasto**

**2007**

**ACTITUDES DE LA MUJER EMBARAZADA FRENTE A LA RELACIÓN SEXUAL  
CON SU PAREJA DURANTE EL ÚLTIMO  
TRIMESTRE DEL EMBARAZO  
(Trabajo de Grado)**

**ALEJANDRA ORDÓÑEZ LÓPEZ**

**VANESSA MONCAYO MONCAYO**

**Asesora**

**Ps. CLAUDIA MERCEDES CALVACHE**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**San Juan de Pasto**

**2007**

Esta investigación contiene información veraz de nuestra autoría y de autores que no han sido plagiados.

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma de Director de Jurados

---

Firma de Jurado

---

Firma de Jurado

*Agradezco este logro a mi Madre quien con su apoyo, amor y cariño permitió que consiguiera una de una de mis metas, haciendo que sus esfuerzos valiera la pena, a mi Novio por ser el compañero fiel quien con su colaboración amor y apoyo, me impulso a seguir adelante en los momentos en que me sentía derrotada y sin ánimos de continuar y a DIOS por los privilegios que me ha brindado.*

*ALEXANDRA ORDÓÑEZ LÓPEZ*

*Agradezco a DIOS por darme la oportunidad de ser y de hacer grandes cosas por mi vida con la compañía de personas tan valiosas, a mis Padres por impulsarme a alcanzar este logro brindándome su apoyo y colaboración constante, a mi Hijo por se la luz que ilumina mi camino para alcanzar mis metas, ayudándome con su amor y espera y a mi Esposo por estar en la vivencia de este triunfo brindándome su amor y colaboración*

*VANESSA MONCAYO MONCAYO*

## TABLA DE CONTENIDO

Lista de Figuras.....	12
Lista de Tablas .....	13
Resumen.....	14
Abstract.....	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
Descripción del Problema.....	16
Formulación del Problema.....	24
Sistematización del Problema.....	24
Justificación.....	24
OBJETIVOS.....	28
Objetivo General.....	28
Objetivos Específicos.....	28
MARCO CONCEPTUAL .....	29
Actitudes.....	29
Componente Cognitivo.....	31
Conocimientos.....	32
Creencias.....	33
Componente Afectivo.....	35
Componente Conductual.....	37
Función de las actitudes.....	37
Función Cognoscitiva.....	38
Función Instrumental o Adaptativ.....	39
Función Defensiva del Yo .....	40
Función Valor -Autorrealización Expresiva.....	40

Función Económica o de Conocimiento.....	40
Relación de Pareja.....	41
Contexto cultural de la pareja.....	44
Comunicación en la pareja.....	46
Sexualidad en la pareja.....	50
Disminución del Deseo.....	53
Sexualidad.....	55
Elementos de la sexualidad.....	58
Sexo.....	58
Genero.....	59
Reproductividad.....	59
Relaciones Afectivas.....	59
Erotismo.....	59
Relación sexual.....	53
Función de la Sexualidad Humana.....	65
Fase Apetitiva.....	66
Fase Relacional.....	66
Fase Estimuladora.....	67
Actividades Somatosexuales.....	67
Fase Excitatoria.....	69
Fase Orgásmica.....	70
Respuesta Sexual Humana.....	71
Deseo.....	72
Vasocongestión o Excitación.....	73
Meseta.....	74



Mioclonia u Orgasmo.....	75
La Resolución.....	75
Periodo Refractario.....	75
Embarazo.....	76
Cambios en la relación sexual durante el embarazo.....	81
Primer Trimestre.....	81
Segundo Trimestre.....	82
Tercer Trimestre.....	82
Fases del ciclo sexual en la mujer embarazada.....	83
Meseta.....	83
Orgásmica.....	84
Resolutiva.....	84
Deseo Sexual en el Embarazo.....	84
ASPECTOS METODOLOGICOS.....	90
Método de Investigación.....	90
Enfoque de Investigación.....	90
Unidad de Análisis.....	91
Unidad de Trabajo .....	92
Proceso de Análisis.....	92
Instrumentos de Evaluación.....	95
Entrevista a Grupo Focal.....	95
Entrevista Individual.....	96
Formato Tipo Respuesta Likert.....	96
RESULTADOS Y ANALISIS.....	98
Resultados Formato con Respuesta Tipo Likert.....	117

Sistematización de Items.....	117
Item 1.....	117
Item 2.....	118
Item 3.....	118
Item 4.....	119
Item 5.....	119
Item 6.....	120
Item 7.....	120
Item 8.....	121
Item 9.....	121
Item 10.....	122
Item 11.....	122
Item 12.....	123
Item 13.....	123
Item 14.....	124
Item 15.....	124
Item 16.....	125
Item 17.....	126
Item 18.....	126
Item 19.....	127
Item 20.....	127
Item 21.....	128
Item 22.....	128
Item 23.....	129
Item 24.....	129

Triangulación Interpretativa.....	129
DISCUSIÓN.....	139
CONCLUSIONES.....	156
RECOMENDACIONES.....	159
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	162
ANEXOS.....	166

**LISTA DE FIGURAS**

Representación esquemática de actitud.....	31
Esquema del desarrollo de etapas metodológicas.....	91

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 2. Matriz de Categoría Actitudes.....	99
Tabla 2. Matriz de Subcategoría Componente Cognitivo.....	100
Tabla 3. Matriz de Subcategoría Componente Afectivo.....	101
Tabla 4. Matriz de Subcategoría Componente Conductual.....	102
Tabla 5. Matriz de Información Entrevista a Grupo Focal.....	103
Tabla 6. Matriz de Información Entrevista Individual a Profundidad.....	111
Tabla 31. Matriz de Análisis Deductivo e Inductivo.....	135

## Resumen

Esta investigación cualitativa de enfoque etnográfico, tuvo como propósito “Comprender las actitudes que asume la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre”, destacando la importancia del encuentro sexual en la pareja durante el embarazo, en el cual se manifiesta un marcado cambio en la actividad sexual habitual. Su desarrollo contó con la participación de nueve madres gestantes entre ocho y nueve meses de embarazo, con pareja estable y sin contraindicación médica para la relación sexual. Para la recolección de información se construyeron y validaron instrumentos como: La entrevista individual, a grupo focal y un formato con respuesta tipo Likert, utilizados para identificar conocimientos, creencias, emociones y comportamientos. En la interpretación de éstos se utilizaron matrices categoriales, de análisis deductivo e inductivo y la triangulación interpretativa, encontrando la presencia de actitudes favorables y desfavorables que influyen en el cambio del comportamiento sexual.

## **Abstract**

This qualitative investigation of ethnographic focus had as a purpose “to understand the attitudes of the pregnant woman assumes in front of the sexual relation with her couple during the last three months”, emphasizing the importance of sexual relationship in the couple during the pregnancy , in which there is a strong change in the habitual sexual activity. Its development has been obtained with the participation of nine pregnant mothers between eight and nine months of pregnancy, with stable couple and without medical warning for the sexual relation. For the recollection of information builds and validate instruments like: the individual interview to a focal group and a format with answers with likert type, using to identify: Knowledge, believes emotions and behaviours. In the interpretation of these, it has been used standing matrixes of deductive and inductive analysis and the interpretative triangulation, findiyng the presence of favorable and unfavorable attitudes that influence in the change of sexual behavior.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### Descripción del Problema

Años atrás, se aceptaba que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso inmoral e indecente. En los libros de obstetricia no se hacía referencia sobre el tema; resultando incompatibles el embarazo y el sexo. Sin embargo, en la actualidad se destaca la importancia de la sexualidad en el período de gestación, por ser parte integral de la vida del ser humano y no puede separarse de éste por la vivencia de una nueva etapa; sino lograr la adaptación de la pareja a los cambios que implica el embarazo y así realizar transformaciones en su vida sexual para vivirla a plenitud.

Además se observa interés por parte de la medicina para ahondar en temas relacionados con el embarazo y la sexualidad, centrándose únicamente en la frecuencia de la relación sexual durante la gestación, a través del desarrollo de investigaciones que dan a conocer los cambios biológicos en cada trimestre del embarazo, que influyen en la relación sexual, los efectos que ésta puede provocar en la salud de la madre y el bebé y problemas sexuales presentes en la pareja; las cuales hemos tenido en cuenta como un punto de partida para lograr nuestro propósito, que va más allá de la limitación de la relación sexual vista desde su frecuencia, pretendiendo “Comprender las actitudes de la mujer embarazada frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo”, integrando la relación sexual como un todo, desde su componente erótico afectivo que hace parte de la expresión sexual de los seres humanos.

A nivel nacional se destacan las siguientes investigaciones: “¿Es Peligroso el Sexo para el Desarrollo del Bebé Durante el Embarazo?” (Babedes, 2004), “Disfunciones Sexuales en el Embarazo” (Marega, 2005); e, investigaciones desarrolladas a nivel



mundial como: “Preocupación en Relación con la Salud de la Madre y el Niño” (Carbonell y Doval, 2005), “Influencia del Embarazo en la Frecuencia de la Relación Sexual en Mujeres Musulmanas” (Oruc et al. 199), “Relaciones Sexuales Durante el Embarazo” (González y Miyar, 2002), entre otras. Encontrando que los cambios observados en la actividad sexual durante el embarazo, se relacionan con la etapa de desarrollo de éste, constatándose una reducción generalizada de la actividad sexual que varía según los meses de gestación, sin demostrarse interferencia en la respuesta sexual normal. Manifestándose así una marcada diferencia en la respuesta sexual de la mujer en los distintos trimestres del embarazo, especialmente en el último trimestre, debido a la influencia de aspectos culturales (tabú frente a la sexualidad), físicos (aumento de peso, molestias, etc.) y emocionales (inseguridad, temores, etc.). Identificando en algunas mujeres la disminución de su interés por la actividad sexual y una reducción de ésta en el primer y tercer trimestre del embarazo, a diferencia del segundo trimestre, en el que se observa un interés de renovación de la sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. Además se reconoce la existencia de disfunciones sexuales en cada uno de los integrantes de la pareja como: disminución o falta de deseo sexual tanto en el hombre como en la mujer, anorgasmia en la mujer y dificultad eréctil y eyaculación precoz en el hombre.

Estos estudios también demuestran que durante el embarazo, la mujer puede seguir con su rutina habitual: Trabajo, vida social, familiar y, a su vez, seguir manteniendo relaciones sexuales con su pareja, a excepción de circunstancias en las que haya prohibición médica por antecedentes de abortos espontáneos o signos de aborto, hemorragia inexplicada, en caso de fetos múltiples y durante las 8 últimas semanas si hay historial de parto prematuro.

“Si no hay problemas durante la gestación, la pareja puede hacer el amor incluso hasta el mismo

día del parto”, “No se trata de aumentar ni de disminuir la frecuencia de esas relaciones, sino de hacerlo sólo cuando apetezca” (Carbonell, 2005 p. 2).

Esto implica que la pareja debe destacar en su sexualidad la calidad de los encuentros íntimos que generen satisfacción, placer y cercanía emocional, fortaleciendo el vínculo de la pareja, sin reducirla a la frecuencia de la relación sexual. Siendo la gestación un estado en el que la madre y su pareja pueden disfrutar con naturalidad de los nuevos lazos que se generan en el hogar, aprendiendo juntos el rol que cada miembro ha adquirido con la decisión de ser padres y viviendo a plenitud cada faceta de su vida en espera de la llegada del bebé, sin descuidar la vida íntima con su pareja, por ser un aspecto relevante en la relación.

Por otra parte, el miedo presente en la mujer durante el embarazo es una cuestión cultural:

Muchas veces sienten temor a molestar o lastimar al niño, y ese miedo hace que se inhiba el deseo. De todas formas, también suele ser un momento oportuno en la pareja para descubrir y plantear otro tipo de sexualidad no coital. Se busca otro tipo de relaciones, como la masturbación mutua o caricia genital, que suelen ser experiencias muy enriquecedoras para ellos (Doval, 2005 p. 7).

Son muchos los mitos y creencias que se han formulado en torno a la relación sexual en el embarazo, debido a la falta de información y desconocimiento del tema, llevando a las parejas a no disfrutar de la relación sexual en un momento tan importante como es la espera de un nuevo ser. Históricamente se ha estereotipado a la mujer embarazada como asexuada, intocable, preocupada sólo de la espera de su hijo, por lo que es importante recordar que la mujer embarazada sigue siendo sexuada y parte de una pareja, que más allá de sus preocupaciones y miedos propios como futuros padres, no deben dejar de lado su actividad sexual; por el contrario deben disfrutar este periodo y experimentar nuevas sensaciones, posturas y

prácticas sexuales y de este modo enriquecer la relación (Velasco, 2004).

Actualmente en la región no existen investigaciones que estudien las actitudes de la mujer embarazada frente a la relación sexual, sino aspectos relacionados. Tal es el caso de la Universidad de Nariño, en la que se han realizado algunos estudios como: "Actitudes Frente a la Sexualidad" (Salazar y Muñoz, 2001). "Embarazo en la Adolescencia" (Burbano y Montilla, 1997). "Embarazos Indeseados en Estudiantes" (Castillo, Hernández y Vélez, 2001) entre otros, cuyos resultados no se ajustan al propósito de nuestro estudio.

Por otra parte en el campo interventivo los programas de prevención desarrollados en la ciudad de Pasto con mujeres gestantes; han sido dirigidos sólo a la preparación de la mujer para el parto, brindándole herramientas y potencializando habilidades que le permiten afrontar su período de gestación, buscando lograr un proceso satisfactorio a nivel de cambios biológicos y psicológicos. Sin embargo, el tema de la relación sexual en esta etapa no es abordado a profundidad por el personal hospitalario, encargado de realizar el curso psicoprofiláctico, el cual aborda temas como: cambios físicos y emocionales, anatomía y fisiología de la mujer, nutrición y salud, ejercicios físicos, respiratorios y de relajación, trabajo de parto, lactancia y cuidados del bebé, sin tener en cuenta que este aspecto es relevante en la relación de pareja.

Los integrantes de la pareja pueden verse afectados por la vivencia del embarazo y el rol que cumple cada uno de los padres es fundamental, para afrontar adecuadamente esta nueva experiencia de vida. En esta investigación se trabajo con madres gestantes, ya que son ellas quienes experimentan cambios en el embarazo a nivel biológico y mayores molestias físicas en el último trimestre, ésto, en conjunto con los cambios a nivel psicológico; debido a la presencia de aspectos como: falta de

sentimientos eróticos, introversión y pasividad, egocentrismo, labilidad emocional, tipo de personalidad, habilidades sociales, conformidad y satisfacción con su propia sexualidad, alteración de la imagen corporal erótica, entre otros, influyen en la vivencia y evaluación de la disminución de la actividad sexual, generando en la madre y en su pareja posibles reacciones de ansiedad, inseguridad, miedo, reacciones de fracaso etc. (Magendzo, 2006), que dificultan la expresión del amor y el deseo sexual durante el embarazo, formando diversas actitudes ya sean de: comprensión, colaboración o de rechazo e irritabilidad, que pueden traerles problemas en su relación; especialmente sino encuentran información y orientación apropiada que pueda ayudarlos.

En nuestro contexto actual el tema de la sexualidad y la posibilidad de la relación sexual en el embarazo, difícilmente se hablan abiertamente y con naturalidad; por ser aspectos importantes dentro de la privacidad de la pareja, siendo abordados principalmente cuando hay prohibición médica.

Habitualmente no se habla de ello a no ser que haya problemas en el embarazo y el médico tenga que recomendar no practicar el sexo. Y es que el mismo tabú que existe en las mujeres también retrae al profesional, por eso es mejor plantear la situación con naturalidad. Por otra parte hay que tener en cuenta la actitud de las mujeres, ya que preguntan muy poco sobre ello (Doval, 2005 p. 4).

La barrera que establecen las madres gestantes para hablar sobre el tema, puede implicar la presencia de valoraciones desfavorables frente a éste, que afectan la conducta sexual, lo cual es explicado por La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975 citado por Worchel, Cooper, Goetals y Olson, 2002) que postula que las acciones de la persona en una situación en particular, se determinan en forma conjunta por la manera en que se evalúan las conductas posibles en una situación (Actitudes) y la presión social que se siente respecto de tales conductas (normas subjetivas). Es decir, como evalué la mujer embarazada el tener relaciones sexuales

en el último trimestre del embarazo y las creencias que tenga respecto a esto, pueden influir en su comportamiento sexual durante esta etapa de gestación.

En 1975 Fishbein y Ajzen (citado por Worchel et al. 2002) formulan el Principio de Compatibilidad en el cual explican que “la conducta y la actitud son específicas (compatibles) en lo que se refiere a la acción concreta a realizar, el objeto hacia el que esa acción se dirige, el contexto en el que tiene lugar y el momento en el que ocurre”; siendo la actitud específica una postura hacia una conducta particular (como abstenerse del sexo), la cual se especificará a lo largo de cuatro dimensiones:

1. Acción (lo que es la conducta - abstenerse o no del sexo durante el último trimestre del embarazo).
2. Objeto (a qué se dirige la acción - la relación sexual durante el embarazo).
3. Contexto (lugar donde la acción ocurre – intimidad).
4. Tiempo (cuando ocurre la acción – durante el último trimestre de gestación).

Esto permite comprender como las actitudes (formadas ya sea por información, experiencia personal, creencias, etc.) que la mujer asume frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo generarán ciertas conductas, (respuestas emocionales y conductuales) que influirán en la vivencia de la actividad sexual con su pareja.

Desde el aporte científico que hace la medicina, se puede observar la importancia de dar a conocer los cambios manifestados en el embarazo, no sólo del aspecto biológico del desarrollo de la gestación; sino también de la vivencia sexual en el transcurso de esta etapa, siendo relevante que cada mujer y su pareja conozcan los cambios manifestados en la relación sexual en cada trimestre del embarazo, permitiendo una adaptación favorable a la nueva situación y la formación de actitudes facilitadoras que aporten día a día a la relación de pareja. Teniendo en

cuenta que la formación de actitudes se basa en tres clases de información: cognoscitiva, afectiva y conductual, en donde cada persona evalúa el objeto de su actitud influenciado por lo que sabe y cree conocer de éste (información cognoscitiva), existiendo una relación entre el conocimiento y la evaluación del objeto de la actitud. La Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975 citado por Worchel et al. 2002) vincula creencias y evaluaciones; de acuerdo a este modelo nos consideramos seres racionales, pensadores deliberados que actuamos a partir de nuestros conocimientos. Es decir que los conocimientos que hayamos adquirido en el transcurso de la vida y nuestras opiniones, predisponen la realización de ciertos comportamientos frente a diversas situaciones, como en el caso del encuentro íntimo en el último trimestre del embarazo.

De igual manera el conocimiento que se tiene del objeto de la actitud, está basado en creencias originadas de experiencias personales directas con el objeto y las que se basan en la información indirecta obtenida de otras personas. Por tanto el no contar con la experiencia personal, lleva a confiar en la información recabada de otras fuentes como: padres, amigos cercanos, profesionales de la salud, instituciones sociales y medios de comunicación. De aquí la importancia de brindar la información pertinente a cada mujer gestante y a su pareja, respecto a la actividad sexual sana y sin riesgos durante el embarazo.

Farré y Lasheras (1999) definen la actitud como la creencia o sentimiento de una persona, que determina su predisposición a valorar los objetos y sujetos que la rodean, integrada por opiniones o creencias, sentimientos y conductas que se interrelacionan entre sí. Permitiendo así comprender que las actitudes presentes en la mujer embarazada están cargadas de una serie de creencias, opiniones y/o temores según el nivel de información o conocimiento que tengan sobre la relación

sexual con su pareja en el embarazo; especialmente en el transcurso del último trimestre, generándose diversos sentimientos ante una situación nueva y desconocida como es la etapa de gestación, que a su vez pueden influir en ciertos comportamientos y prácticas de la actividad sexual habitual. Las actitudes que adopte cada mujer frente a esta situación, ya sean actitudes positivas o negativas, influirán en como la vivencien, aportando o no nuevas experiencias de enriquecimiento a la relación de pareja, con la llegada de un nuevo integrante al hogar.

Es posible que las actitudes presentes en la mujer gestante en el último trimestre del embarazo, no sean el factor desencadenante de los cambios generados en la relación sexual durante éste; debido a la existencia de otras variables que pueden interferir en la actividad sexual en la relación de pareja como: Vida sexual previa, experiencias individuales, dificultades para lograr el embarazo, deseo de tener un hijo, capacidad de comunicación, conflictos de pareja, entorno social, nivel de información que se tenga sobre los cambios normales del embarazo, entre otras. Sin embargo este trabajo investigativo buscó entender la valoración que hacen las madres gestantes participantes, frente a la relación sexual con su pareja, para satisfacer la necesidad de conocer esta realidad inmersa en nuestro contexto, que permite establecer bases científicas a partir de los resultados obtenidos, proporcionando información pertinente, que facilite el cambio de actitudes negativas y obstaculizadoras presentes en ellas y en sus parejas durante el último trimestre del embarazo; evitando que sean percibidas como madres asexuales, y se sientan capaces de sentir placer integral.

De continuar así la situación, probablemente la población de mujeres gestantes, siga adoptando actitudes en muchas ocasiones inadecuadas, dejando en un segundo plano su condición de mujer capaz de sentir deseo y placer, lo que puede

llegar a dificultar la relación sexual e influir de manera negativa en la relación de pareja durante el período de embarazo e incluso ocasionar la infidelidad o la ruptura de la relación.

Es por esto que padres y madres, requieren de espacios educativos, asesoría y apoyo por parte de un equipo de salud interdisciplinario; que permita abordar aspectos fisiológicos, familiares, emocionales y sexuales durante la gestación, propiciando una mejor calidad de vida a la mujer embarazada en compañía de su pareja.

### **Formulación del Problema**

¿Cuál es la valoración que hace la mujer embarazada afiliada a Emssanar IPS, frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo?

### **Sistematización del Problema**

¿Qué conocimientos tiene la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja durante el embarazo?

¿Qué creencias surgen en la mujer durante la gestación acerca del encuentro sexual?

¿Qué emociones experimenta la mujer gestante en relación al encuentro sexual con su pareja?

¿Qué actividades somatosexuales adopta la mujer embarazada en el último trimestre del embarazo?

### **Justificación**

La sexualidad es un proceso vital para el ser humano y está relacionada con la capacidad de sentir placer.

“Es el modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer. Es una función normal del ser humano” (Cerruti, 1990 citado por Zabarew, 2004).



La sexualidad es un todo como la vida misma y está impregnada de sentimientos y afectos a lo largo de la vida. Por tanto debe ser tomada como parte integral de cada persona, en donde se pueden apreciar diversas manifestaciones, tanto eróticas como afectivas, jugando un papel fundamental en éstas el deseo y el placer. Es por este motivo que la sexualidad no debe ser reducida solo a la genitalidad, ni exclusiva de jóvenes y adultos, dado que ésta es una vivencia, que asume características diferentes y plantea distintas posibilidades, necesidades e intereses, en cada etapa de la vida (Gestación, infancia, adolescencia, adultez y vejez) para hombres y mujeres.

Es así que la mujer en algún momento de su vida experimenta la posibilidad de ser madre y dar a luz a un nuevo ser, sintiendo alegría y gozo. Experiencia que genera múltiples transformaciones a nivel personal, familiar y social. Por esta razón es importante conocer la vivencia particular de cada mujer, frente a la relación sexual en el último trimestre de gestación, sin desconocer la participación del padre, la cual se manifiesta en la valoración que hace la madre. Interiorizando en lo que esta oculto para los demás y en ocasiones para ella misma, por ser el embarazo una experiencia nueva, que genera el descubrimiento de sensaciones, pensamientos, y acciones, que en este caso se relacionan con el encuentro sexual, aspecto que se trata con ciertas limitaciones y por tanto no se permite exteriorizar con libertad.

Este período es una situación compleja de estrés psicológico para la mujer y su compañero. Existe por lo general, preocupación en relación con la salud de la madre y del niño y se efectúan ajustes en la familia en relación con la espera de un nuevo integrante. Este estrés físico y emocional parecería influir en la actividad sexual habitual de la pareja y en las actitudes relacionadas con ésta (Oruc, et al. 1999), en especial en el último trimestre de gestación.

Por esta razón la presente investigación estuvo orientada a abordar las actitudes que adopta cada mujer embarazada, frente a la relación sexual con su pareja, durante esta etapa de cambios físicos, emocionales y sociales. Esta temática es de gran relevancia para su desarrollo en nuestro contexto, debido a la falta de investigación sobre el tema en el departamento y al abordaje investigativo a nivel nacional sólo del campo de la medicina, dirigido exclusivamente a la educación de la mujer en cuanto a los cambios biológicos presentes, a medida que avanza cada etapa del embarazo, al cuidado médico necesario en este período, acorde con el seguimiento del desarrollo del feto y a la prevención de riesgos de posibles abortos o malformaciones congénitas, y en escasas ocasiones al abordaje de la Psicología, dirigido al estudio de la influencia del embarazo en la relación de pareja, relacionado con el nuevo rol de padres; dejando de lado las cogniciones, emociones y comportamientos, que hacen parte de cómo la mujer percibe e interpreta su actividad sexual durante el último trimestre de gestación, como experiencia de vida en compañía de su pareja.

Por esto es necesario reevaluar el concepto de salud sexual, dirigida al mejoramiento de la vida, al bienestar y logro de las relaciones personales positivas y equitativas; buscando como objetivo el disfrute de una vida sexual satisfactoria, sana y sin riesgos (Profamilia, 1999), que permita a cada mujer embarazada disfrutar a plenitud su vida sexual, desde su papel de mujer amante y futura madre.

Este estudio permite aportar a la Investigación científica en las áreas aplicadas de la psicología social y de la salud. Implementando un proceso investigativo en el contexto regional acerca de las actitudes, relacionadas con el comportamiento sexual, y a su vez aporta a la construcción de nuevos conocimientos a la psicología de la salud, de la cual no se ha dado un abordaje amplio desde la investigación como

tal. De igual manera este trabajo investigativo, se constituye en un antecedente que aporta a la Institución herramientas para intervenir con la población de madres gestantes a la que atiende y posibilita la formulación y desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva, orientado a la integración de aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezcan la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 1994 citado por Zabarew, 2004), generando un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con ésta. Brindando espacios educativos que propicien la reeducación, la comprensión del valor de la afectividad, la comunicación y el placer, el crecimiento personal y el cambio de actitudes obstaculizadoras en la población de mujeres gestantes y en sus parejas; generando así la posibilidad de vivencias sexuales abiertas, cálidas y seguras que enriquezcan la relación, siendo la pareja capaz de sobrellevar las dificultades y explorar nuevas alternativas, durante el transcurso del embarazo.

Queremos además destacar el aporte personal de este trabajo; pues nos brindó herramientas y un mayor conocimiento en esta área, posibilitando nuestro crecimiento personal como seres humanos y como profesionales en un proceso de formación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Comprender las actitudes de la mujer embarazada afiliada a Emssanar IPS, frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo.

### **Objetivos Específicos**

Identificar los conocimientos que tiene la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja en el embarazo.

Determinar las creencias que surgen en la mujer durante la gestación acerca del encuentro sexual.

Reconocer las emociones experimentadas por la mujer gestante, en relación al encuentro sexual con su pareja.

Describir las actividades somatosexuales adoptadas por las madres en el último trimestre del embarazo.

Interpretar la valoración que las mujeres gestantes elaboran acerca de la relación sexual con su pareja.

## MARCO CONCEPTUAL

### Actitudes

La Psicología social en su afán por conocer cómo el entorno social influye directa o indirectamente en la conducta y el comportamiento de los individuos, se ha interesado en el estudio de las actitudes, encontrándose variedad de definiciones teóricas de actitud, de las cuales a continuación nombraremos algunas, que hemos tomado como referencia.

Las actitudes surgen de las interacciones de la persona con el objeto o situación, es un contexto motivacional y cognoscitivo particular. Según la interacción con el objeto, se comprueban actitudes, se las expone a información nueva, a veces se las archiva y conserva y a veces se las cambia (kelman, 1974 citado por Whittaker, 1995, p. 241).

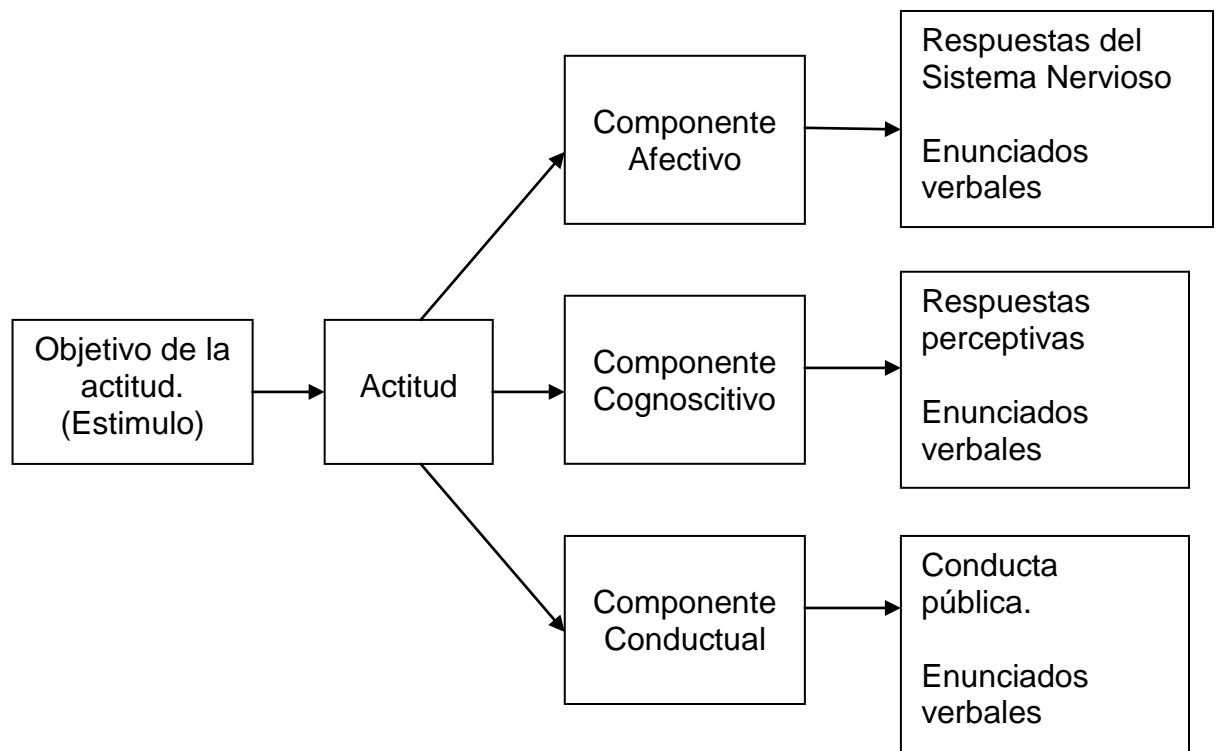
Creencia o sentimiento de una persona que determina su predisposición a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y sujetos que la rodean y que, por lo tanto, influye en su comportamiento. La integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre si (Farré y Lasheras, 1999, p. 63).

Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tiene por que sustentarse en una información objetiva. Por su parte los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente las conductas son tendencias a comportarse según opiniones y sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos, si las influencias externas sobre lo que se dice o se hace tienen una mínima incidencia. También los orienta, si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión denominada disonancia cognitiva.

Zanna y Rempel (1988 citado por Worchel, et al. 2002) identificaron cuatro rasgos esenciales del concepto de actitud. Primero, las actitudes se refieren a un estímulo;

es decir siempre tienen un referente. Las actitudes siempre se dirigen a un objetivo (un asunto, una conducta, una persona, un grupo o cualquier otro aspecto identificable del medio). En consecuencia tenemos actitudes hacia los entes, las cuales varían de objetivos específicos o concretos como “uso del condón” a abstractos y generales como “libertad” y “salud”. Segundo, las actitudes se refieren a las evaluaciones que hacen los individuos de los objetos. Son juicios en el contexto de una dimensión evaluativa (de lo bueno o lo malo) que reflejan impresiones agradables o desagradables hacia el objeto. Las actitudes se miden al pedir a las personas su valoración del objeto en varias dimensiones evaluativas, como lo bueno o lo malo, favorable o desfavorable, sensato o insensato, agrado o desagrado (Osgood y Tannenbaum, 1957 citado por Worchel et al. 2002). Tercero, las actitudes están representadas en la memoria (Partkainis y Greenwald, 1989 citado por Worchel et al.). Ej. Pensar en sus acciones hacia los médicos, activará también sus actitudes hacia los objetos que se relacionan como hospitales, enfermeras y jeringas. Las actitudes también difieren en cuanto al grado de dificultad para recuperarlas de la memoria, un concepto que llamamos accesibilidad de las actitudes (Fazio, 1990 citado por Worchel et al.). Como vemos las actitudes muy accesibles son más “consecuentes” que las inaccesibles; es decir tienen un efecto más poderoso en el momento de la información y en la conducta. El cuarto y último rasgo clave de las actitudes es que se desarrollan a partir de la información cognoscitiva, afectiva o conductual. Esto significa que las evaluaciones de los objetos se basan en el conocimiento y las ideas de ellos (información cognoscitiva), reacciones emocionales y sentimientos (información afectiva) y conductas y respuestas anteriores (información conductual). Ej. Susana tiene una actitud favorable hacia Jorge, su compañero de clases por que piensa que es honesto y amistoso (conocimiento), se

siente atraída por él (afecto) o se tomo el tiempo para explicarle cuando lo vio confundido en clase (conducta). A menudo, las actitudes se basan en las tres fuentes, aunque no siempre sean congruentes. Ej. A usted le puede gustar el chocolate (afecto positivo) pero sabe que no es saludable (convicción negativa). A pesar de las incongruencias entre las tres fuentes, las actitudes representan un concepto que integra cognición y afecto.



**Figura 1.** Representación esquemática de una actitud (Tomado de Rosenberg y Houtland, 1960 citado por Whittaker, 1995).

### Componente Cognitivo

Puede considerarse como un conjunto de categorías que los seres humanos utilizan para dar nombre a todos los estímulos. Las categorías definen una serie de características que un reactivo debe presentar para poder pertenecer a alguna de

ellas. Es decir, existe una representación cognoscitiva de los objetos y situaciones que nos inclinan a favor o en contra de estos.

La representación cognoscitiva no necesita ser exacta. Muy a menudo, se ve que las personas prejuiciadas tienen puntos de vista distorsionados sobre el objeto blanco de su prejuicio; pero es con base en tal conocimiento que se desarrollan y mantienen actitudes negativas (Whittaker, 1995).

Las categorías cognoscitivas incluyen tres aspectos fundamentales. Podemos subdividir la categoría en el número de categorías secundarias que la compongan. Ej. La categoría “oriental” puede subdividirse en categorías como: japonés, chino, vietnamita, etc., dependiendo de la necesidad que el individuo tenga.

Tendrá cierto grado de “centralidad” para quien la acepta cuando esta relacionada con él y cuando ella recibe infinidad de apoyo social. Ej. El apellido, es pues una categoría central ya que recibe el apoyo del mundo social en que se vive. Por ello Rokeacha (1967, citado por Whittaker, 1995) proponía que el concepto de centralidad era equivalente a la participación del yo.

Con la categoría se asocian una serie de características o rasgos. Cada vez que se categoriza a un nuevo estímulo como parte de una categoría específica, por generalización se considera que tiene las características o rasgos asociados con esa categoría. Este proceso de generalización es el que se conoce como estereotipo.

### **Conocimientos**

El conocimiento surge de la necesidad del individuo de conocer ciertos aspectos de la vida. Las actitudes forman parte de su sistema que codifica, selecciona e interpreta, tanto los estímulos como las respuestas, siendo parte de la adaptación al medio social y en ocasiones ayudando en la protección de cogniciones indeseables” (Harvard, 2001, citado por Ortega y Gasset, 2005, p. 2)

También se define al conocimiento como el recuerdo de material aprendido previamente. Esto puede comprender recordar una amplia gama de



elementos, desde datos específicos hasta teorías complejas, todo lo que se necesita es volver a traer a la mente la información apropiada que se requiera. El Conocimiento representa el nivel más bajo de los desempeños del nivel cognitivo. Ejemplos de objetivos de aprendizaje de este nivel son: conocimiento de términos comunes, conocimiento de hechos específicos, conocimiento de métodos y procedimientos, conocimiento de conceptos básicos y conocimiento de principios (Conocimientos, 2005. [Internet]).

### **Creencias**

Es el acto de la mente que representa a la realidad, a lo que es tomado por realidad, presente en nosotros en grado mayor que las ficciones y hace que pese más sobre el pensamiento y que tenga una influencia superior sobre las emociones y sobre la imaginación (Ortega y Gasset, 2005, p. 9).

Es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo en una afirmación personal que consideramos verdadera. Las creencias afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean.

Muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente del de los demás. Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que vivimos tal como lo vivimos, depende más de la representación y elaboración de nuestro mapa mental que del territorio "real" en sí. Por lo tanto el mapa no es el territorio.

A través de un sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, al que estamos profundamente vinculados. Cuestionar una de nuestras creencias puede desestabilizar todo el sistema, al afectar aquellas otras que se derivan o están relacionadas con ella. Esta es la razón por la que somos

muy reacios, como en muchas ocasiones a modificar alguna de nuestras creencias.

“Creer no es simplemente concebir o tener una idea, ya que muchas veces concebimos cosas en las que no creemos. Esto nos manifiesta que la creencia es algo más que una simple idea” (Hume, citado por Ortega y Gasset, 2005, p. 12).

Las creencias se forman a partir de ideas que confirmamos o creemos confirmar a través de nuestras experiencias personales. Cuando nuestras creencias se instalan en nosotros de forma sólida o consistente, nuestra mente elimina o no tiene en cuenta las experiencias que no casan con ellas.

Las creencias son una fuerza muy poderosa dentro de nuestra conducta. Es bien sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por más grande que este sea logrará convencerlo de que se puede realizar. Todos tenemos creencias que nos sirven como recurso y también creencias que nos limitan. Nuestras creencias pueden moldear e influir e incluso determinar nuestro grado de inteligencia, nuestra salud, nuestra creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito.

Son creencias que en un momento determinado llegaron a nosotros y por que si creímos, como el que cree que mañana sale el sol. Las creencias se han ido formando, ocupando un espacio, una energía, materializándose dentro de nuestros conceptos más arraigados, vienen a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido, son maneras que nosotros creemos tener y ser, y que vienen más de otras personas: educadores, padres, experiencia de nuestros padres, por los medios de comunicación o en el momento en que algo muy fuerte nos ha sucedido y se ha producido una impregnación en nuestro consciente o en nuestro inconsciente. Creencias a veces escondidas en nuestro inconsciente y que están teniendo una repercusión extraordinaria en nuestras vidas y es difícil acceder a ellas (Ortega y Gasset, 2005).

Fazio y Zanna (1981 citado por Worchel et al.) afirman que el origen de las creencias tiene dos categorías principales: las basadas en experiencias personales directas con el objeto y las que se basan en información indirecta obtenida de otras personas. Con respecto a la experiencia personal directa, muchas de nuestras creencias vienen de nuestro contacto con los objetos y las personas; las actitudes basadas en experiencias directas con un objeto son más accesibles (se traen con mayor facilidad a la mente), se retienen mejor y son más claras que las actitudes basadas en experiencias indirectas. Las actitudes basadas en experiencias directas también predicen mejor las conductas que las basadas en información indirecta. Confiamos más en nuestras sensaciones que en la información de los demás. La mayoría de nosotros no tenemos una experiencia personal y debemos confiar en la información recabada de otras fuentes. Nuestra primera exposición es ante nuestros padres, quienes ejercen una profunda influencia en nosotros, otras fuentes de información indirecta son las instituciones sociales y los medios de comunicación.

### **Componente Afectivo**

Se define como la respuesta emotiva asociada a la categoría cognoscitiva o al objeto de la actitud. Este componente se forma con la historia de asociaciones existentes entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables.

Gran parte de los investigadores consideran que el componente emotivo de una actitud surge de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos efectos recompensantes o de castigo. Posteriormente, se generaliza la emoción asociada con la categoría a todos los reactivos que concuerden con la misma.

El componente afectivo es el componente más característico de una actitud, ya que hace que las actitudes sean distintas a las simples creencias y opiniones

(Whittaker, 1995).

La emoción es una reacción negativa o positiva de carácter brusco y de duración breve que aparece como respuesta ante objetos o acontecimientos externos o internos. Por lo general las reacciones emocionales tienen una influencia directa sobre la conducta del individuo y se asocian a manifestaciones somáticas diversas.

Los componentes de las emociones son tres: Experiencia consciente, respuesta fisiológica (Enrojecimiento facial, aumento del ritmo cardiaco, tensión muscular, etc.) y conducta expresiva (Cejas fruncidas, escasa comunicación con los demás, etc.). La experiencia consciente es subjetiva que acompaña a la emoción. Se trata de lo que el individuo siente y por lo tanto, solamente se puede conocer a través de la descripción que haga la persona.

Los avances de la investigación en este campo están en gran medida dificultados por la propia subjetividad de la vivencia, así como también por las diferencias culturales e idiosincráticas en la definición y descripción de los estados emocionales. A pesar de ello se ha determinado la existencia de emociones fundamentales: Alegría, interés, excitación, sorpresa, tristeza, cólera, disgusto, desprecio, miedo, vergüenza y culpa.

La respuesta fisiológica del organismo ante una experiencia emocional es ineludible y viene determinada por el sistema nervioso autónomo, siendo los perfiles de respuesta distintos según los individuos. Ante las emociones unas personas reaccionan con patrones cardiacos (taquicardia) en lugar de respiratorios (hiperventilación), o segregan más adrenalina que otras. La expresión de las emociones se realiza a través del lenguaje y la comunicación no verbal (Expresión facial, movimientos corporales) (Farré y Lasheras, 1999).

## **Componente Conductual**

Este componente abarca la acción o la conducta que ejecutará un individuo ante ciertos estímulos. El componente conductual de una actitud ayuda a predecir que conducta mostrará un individuo, cuando se enfrente con el objeto de la actitud, activando una disposición específica a actuar.

Así, el componente conductual es activo en la medida en que predispone la conducta de un individuo hacia el objeto de la actitud, categorizando y evaluando positiva o negativamente.

Newcomb, Turner y Converse (1965, citado por Whittaker, 1995) consideran que: “las actitudes causan un estado de disposición psicológica que, cuando es activado por una motivación específica, conduce a cierta conducta”.

Las conductas son congruentes con las cogniciones y afectos relacionados con el objeto de la actitud, aunque en ocasiones, la conducta pública no se presenta debido a las normas sociales en las cuales estamos inmersos, las que determinan que pensamos, que deberíamos hacer y las consecuencias que nuestras acciones acarrearán (Wittaher, 1995).

Al respecto, podemos categorizar los comportamientos sexuales como formas de conducta que conforman la motivación sexual y están ligados a la formación de actitudes referentes a la sexualidad. Comprenden tanto la masturbación como las relaciones sexuales, las variaciones de la orientación y la inclinación sexual, los diversos comportamientos según la edad y los elementos sociológicos e históricos que determinan las diversas actitudes ante el sexo (Farré y Lasheras, 1999).

## **Función de las Actitudes**

Las actitudes tienen una base funcional en el sentido en que una opción específica, puede desarrollarse y manifestarse para satisfacer una necesidad social

importante para la persona. Las actitudes constituyen el fundamento de los modos de conducta constantes con respecto a los objetos sociales, sucesos y problemas durante un periodo de tiempo. El individuo que tiene la actitud gana con ello en términos de economía adaptativa, puesto que el tener una actitud le permite ordenar y dotar de significado, a ciertos aspectos del medio social en el que se mueve. En efecto las actitudes sociales representan el eslabón fundamental para unir las capacidades de la persona, para percibir, sentir y aprender de su experiencia continua en un medio social complejo. La actitud que se tiene influye en otros procesos psicológicos, tales como la formación de juicios sociales simples, la percepción y la interpretación de estímulos ambiguos, el aprendizaje y la retención de materiales contradictorios, la receptividad y apertura a nuevas informaciones. Puesto que las actitudes confieren estabilidad y consistencia considerable a la conducta, saber que una persona sostiene cierta actitud, permite al observador anticipar y predecir su conducta con cierto grado de exactitud y confianza.

### **Función Cognoscitiva**

Las actitudes tienen una funcionalidad cognoscitiva, en las que podrían desempeñar un papel mediador entre E y R, entonces necesariamente forman parte de un sistema que codifica, selecciona o interpreta tanto los E como las R. La formación de actitudes para el comportamiento de los humanos ha sido enfocado por algunos psicólogos sociales, aludiendo a diversas funciones que cumplirán como coadyudantes de la adaptación, y en ocasiones sirviendo también para protección de cogniciones indeseables. De alguna manera, en el mismo sentido, se ha sostenido que las actitudes constituirán unidades de una “visión totalitaria del mundo en que vivimos”. Debería quedar entendido, por ende, que la funcionalidad cognoscitiva se refiere a los contenidos de conocimientos errados o correctos con los cuales

enfrentamos la realidad (Kelman, 1974 citado por Salazar et al. 1997).

Katz y Stotland (1959 citado por Salazar, et al. 1997), quienes han sugerido que la actitud desempeña una serie de funciones en el nivel cognoscitivo, las cuales no pueden ser ignoradas, si se quiere intentar cualquier procedimiento de cambio de actitudes. En la proposición de estos se entiende a las funciones como dependiendo de una base motivacional.

### **Función Instrumental Utilitaria o Adaptativa**

Smith, Burner y Whiter (1956 citado por Salazar et al. 1997) sugieren que las actitudes le han dado también los nombres de adaptativa o instrumental y se ha descrito asumiendo que en términos generales, los individuos se esfuerzan por maximizar las recompensas y minimizar los castigos. Así se desarrollan actitudes favorables hacia objetos recompensantes o conducen a la obtención de recompensas y desfavorables ante objetos que conducen a la obtención de castigo.

Esta función utilitaria ha posibilitado la formulación de un análisis mediato-finalista, que señala que aquellos nos disponen favorablemente hacia objetos y procedimientos instrumentales para el logro de nuestras metas. La instrumentalidad puede ser prospectiva o retrospectiva, puede depender de los refuerzos obtenidos en el pasado o de la percepción de la posibilidad de obtener las metas a futuro.

La utilitariedad puede ser también para el caso de una actitud, su valor de adaptación social (Smith, Burner y Whiter, 1956 citado por Salazar et al. 1997) más que su valor instrumental para obtener la meta. En muchas ocasiones, cuando se ha impuesto modas en relación con objetos de actitud, las personas asumen esas actitudes pensando en la posibilidad de ser aceptados en un medio más, que en el objeto mismo. De acuerdo a Kelman (1974 citado por Salazar et al. 1997), en este caso, las actitudes se adoptan por identificación, esta adopción se hace para ayudar

a mantener una relación a nivel de rol, recompensante con alguien significativo.

### **Función Defensiva del Yo**

La función Defensiva del yo, Indica que las actitudes funcionarían como mecanismo de defensa y así, permitirían a alguien protegerse de sentimientos negativos hacia sí mismo o hacia el propio grupo, al tiempo que permitirían la proyección de esos sentimientos hacia otras personas u otros grupos.

### **Función valor-autorrealización expresiva**

En esta función de valor-autorrealización expresiva, las personas tienen la necesidad de expresar actitudes que reflejen sus propios valores. Esta expresión de actitudes no esta tan dirigida a influir en los demás como a confirmar la validez del propio concepto de sí mismo.

### **Función de Economía o de Conocimiento**

Las actitudes estructuran u organizan la sobrecarga de información que nos llega de nuestro ambiente exterior, ayudándonos así a simplificar y comprender mejor el complejo mundo en que vivimos. Así ante situaciones nuevas, nuestras actitudes nos permiten sobre la base de nuestras experiencias pasadas, predecir que podemos esperar de esa situación. Tener una actitud hacia un objeto es más funcional para la persona que no tener ninguna, puesto que por ese solo hecho puede orientar su acción y saber lo que es conveniente hacer y lo que es preferible evitar en todo lo relacionado con el objeto de la actitud (Cantero, León y Barriga, 1998 citado por Worchel, et al. 2002).

De esta manera se puede destacar la capacidad que tiene el ser humano, de pensar, racionalizar y deliberar sus actos a partir de la integración de sus opiniones, creencias, sentimientos y conductas, respecto a un objeto, situación o aspecto de la vida en cualquier etapa, formando así actitudes ante una situación o persona de



manera favorable o desfavorable como es el caso de la sexualidad inmersa en cada individuo. Siendo por esta razón de interés, el estudio de la sexualidad como un aspecto importante en las actitudes que asume cada persona frente al comportamiento sexual y al rol sexual, en el desarrollo y vivencia de una sexualidad sana.

“las actitudes están determinadas por las expectativas de nuestra familia y la sociedad, adquiridas desde temprana edad y ya en la adolescencia y en la edad adulta están profundamente arraigadas como actitudes que se reflejan en la conducta sexual” (Zabarew, 2003, p. 5).

En donde cada individuo al formar una relación de pareja asume diferentes comportamientos y roles sexuales, dependiendo de las actitudes que ha formado a lo largo de su vida.

### **Relación de Pareja**

Una relación de pareja al igual que un compuesto químico, tiene propiedades únicas que le permiten, por encima de las características de los elementos combinarse para formularla. Es una entidad nueva y distinta, pero sus propiedades, aunque sean únicas, conservan una relación dinámica específica con los elementos Psicológicos, que orientan el comportamiento en un individuo. Los cuales no son los mismos que dirigen la conducta de una relación (Ackerman, 1996 citado por Rojas, 1997, p. 25).

Para la mayoría de las personas ser pareja es un destino que no se puede evitar y al cual van todos irremediablemente dentro de un proceso: cortejo, enamoramiento, matrimonio, desamor y muchas veces ruptura, como si esta fuera la única opción y alternativa de vivir juntos. Se cumplen así los adagios populares, como aquel que dice que, frente al matrimonio, los que están afuera se quieren meter y los que están adentro se quieren salir.

La pareja se constituye del intercambio de emociones sanas, de gustos, de acuerdos en la cotidianidad, pero también de la más susceptible relación de dos. En las relaciones con componentes de sentimientos amorosos fuertes, éstos se

convierten en poderosos incentivos que alimentan y fortalecen el vínculo, aunque son necesarios otros integrantes para conseguir y mantener una relación armónica, como paciencia, consideración, lealtad, confiabilidad, ternura, responsabilidad, sentimientos de compromiso, una buena dosis de independencia y algunos más, de acuerdo con cada persona.

Para entender lo que las parejas consideran como una relación feliz, es importante tener algunas consideraciones:

1. Necesitamos tener signos evidentes de que somos queridos, importantes y que despertamos sentimientos en nuestra pareja. Podría pensarse que es menos dañino el reconocimiento negativo que la indiferencia, porque frente a lo negativo hay conocimiento, mientras en la indiferencia hay desazón y vacío. Es por esto que pensamos que no hay nada más desgastador en una relación que esos silencios prolongados. Sentir esa profunda seguridad de saberse importante, querido y constatar que somos valiosos para nuestra pareja nos provee de una sólida satisfacción.

2. Requerimos un sano equilibrio entre las necesidades de realización personal de cada uno y la necesidad de realizaciones comunes. Esto implica el manejo de los cotidianos conflictos entre lo mío y lo nuestro. La elección de pareja forma parte de la tentativa existencial por vencer el miedo: el perder la libertad.

Las personas se debaten entre estos dos extremos de una continua dependencia-independencia. En ocasiones quisieran estar muy juntos, compartiéndolo todo y al rato desearían que los dejaran solos, para hacer cosas o para pensar o simplemente para estar un tiempo consigo mismos. Aun cuando parezca duro, hay una expresión que encierra mucha verdad: "Cada uno ha de ser para el otro la mejor prioridad, no necesariamente la única".

La armonía conyugal está vinculada al acceso al placer sexual o a la profunda vivencia del vínculo sexual. Este aspecto es valioso cimiento de la relación amorosa, que pone en juego toda la pasión y las emociones. Cuando es realmente parte del mundo sexo-afectivo, no resulta únicamente en la descarga fisiológica de tensión sino que abarca íntegramente al individuo. Las personas ponen a veces sin quererlo, muchos de sus deseos y aspiraciones. Conocemos casos en los que partiendo de un entendimiento sexual maravilloso, surge una compenetración afectiva duradera y de otro lado están también aquellos que con un profundo afecto se sienten alimentados y sólidos cuando lo complementan con una relación corporal total. En las creencias populares se reafirma el hecho de que muchos conflictos de las parejas se solucionan en el lecho conyugal. No se puede desconocer que un organismo enojado e insatisfecho bloquea la posibilidad del diálogo; es aquí donde se hace necesaria la búsqueda del espacio cotidiano no íntimo para dirimir la diferencia. El acuerdo, la satisfacción sexual incitan a la ternura y a la gratitud y son una de las formas más completas de comunicación en pareja.

El factor que resulta indispensable para que exista armonía conyugal es encontrar el amor a través de ese vínculo. El amor es un sentimiento, una vivencia compleja a la cual no le encontramos un significado único. Amar a otro podría querer decir que se le necesita, que no se quiere estar solo o sola, que se quiere a sí mismo a través del otro y otras muchas sensaciones más.

Hay tres grandes componentes del amor: la necesidad de asociación y de dependencia, la predisposición a socorrer y ayudar al otro y la necesidad de fusión, que supone exclusividad y sentimientos positivos. Tales componentes se encuentran más o menos integrados en todos los guiones. Pero la necesidad de fusión tiene una clara diferencia con otros sentimientos positivos. El amor es una creación en el

sentido en que hace nacer muchas posibilidades nuevas y genera alegría y gratificación.

El amor puede ser vivido en forma distinta en los diferentes momentos de la convivencia. Muchos se enredan en aquello de “lo quiero pero no lo amo”. El amor pasión de los inicios de la relación no dura mucho (8-10 meses) y da paso al amor compañía, apego, solidaridad, cariño, familiaridad, seguridad, etc. esto no significa que la pasión se extinga. En las parejas hay un reto por mantener ardiendo el deseo y el gusto por el otro, con picos de alta pasión y franca tranquilidad (Nader y Palacio, 1993).

### **Contexto Cultural de la Pareja**

A lado de la expresión íntima del vínculo encontramos que éste forma parte de un sistema social más amplio que cambia constantemente y que ésta compuesto por determinadas normas culturales que no se pueden desconocer y son las que determinan la relación en forma importante.

Los aspectos de orden ideológico y cultural están muy relacionados con la dinámica de la pareja, en donde la ideología transmitida a cada uno de los miembros con relación a lo que debe ser la familia, la pareja y el papel de los sexos en la relación, permite identificar no sólo las diferencias entre ellos, sino de igual manera entre esos ideales y la situación que viven en este momento y quisieran desarrollar hacia el futuro. La mayoría de las personas en nuestro medio acepta que la familia nuclear, compuesta por padre-madre-hijos, es la meta ideal. Esto entra a menudo en conflicto con la situación cotidiana vivida en la actualidad por muchas mujeres, la cual les permite e incluso las obliga, a desarrollarse en otras dimensiones laborales y profesionales. La consecuencia directa de este tipo de contradicción entre el deber ser y el ser, afecta obviamente la percepción que tienen tanto el hombre como la

mujer acerca de los deberes y las responsabilidades de cada uno, todo lo cual puede llevar a una situación de conflicto.

Otras dificultades se originan en las diferencias socioculturales, según el lugar de procedencia de sus miembros. Observamos por ejemplo, que no es lo mismo una pareja integrada por una mujer santandereana y un hombre costeño, que aquella constituida por un boyacense y una antioqueña. Las normas sociales asimiladas por cada uno de los miembros influyen en forma decisiva en el vínculo que van a conformar. Cada caso es un mundo particular; por tanto ciertos aspectos del contexto pueden afectar una relación en una forma y esos mismos afectar otra relación de manera muy distinta.

Por otro lado se observa, casi sin excepción, que las parejas entre cuyos miembros existe desigualdad sociocultural, se refleja en su vida sexual. A través de la sexualidad se manifiestan aspectos de la ideología y de los diferentes significados culturales, que cada grupo étnico les da a las relaciones entre los sexos. Existen preconcepciones de quien debe o puede proponer la relación sexual y sobre el nivel de participación que debe o puede tener cada uno de los miembros en la búsqueda del placer propio y del placer del otro. Estas ideas, muy relacionadas con el concepto que se tiene en nuestro medio del placer pasivo que corresponde a la mujer, y el activo al hombre, son una importante fuente de conflicto entre sus miembros. Incluso muchas manifestaciones sexuales de uno de ellos, denominadas tradicionalmente síntomas, como la anorgasmia, la frigidez, la impotencia o la eyaculación precoz, tiene que ver a veces con dificultades de la pareja, en torno al concepto de cómo debe ser su relación.

En el aspecto sexual se expresan con claridad las diferencias culturales. En nuestro caso, en cada región del país hay normas diferentes respecto a la educación.

De allí la importancia de conocer el lugar de origen o de crianza de los miembros de la pareja, porque la enseñanza de la feminidad y de la masculinidad, la transmisión de lo que se cree característico para cada uno de los sexos, las pautas que deberían regir la forma de establecer relaciones con personas del mismo sexo o del opuesto, varían de una región a otra. Y las diferencias que se evidencian al ser revisadas y cuestionadas por la pareja son a veces una fuente fundamental para la comprensión de su problemática.

Pero no sólo en la dimensión sexual se reflejan los determinantes estructurales de orden ideológico y cultural; también en la dimensión afectiva, a nivel de la expresión de las emociones, de lo que cada miembro espera del otro acerca de los papeles que deben desempeñar uno y otro sexo y que determinan la manera de ser, de comportarse, de pensar y hasta de sentir. Al hombre desde muy pequeño se le censura la manifestación de sus sentimientos, que no sean los sexuales. Debe ser impasible, estoico y resistente al dolor. A la mujer sí le es permitido sentir y expresar sus emociones, salvo las de carácter sexual.

Los elementos mencionados hasta aquí y que componen gran parte las expectativas de la pareja, no se manifiestan sólo en el manejo de la relación actual, sino que comenzaron a influir desde mucho antes en cada uno y en el momento en que se conformó la pareja (Rojas, 1997).

### **Comunicación en la Pareja**

En el campo del vínculo se aprecian un conjunto de normas que se han hecho propias. Algunas tienen su raíz en el grupo de más influencia y otras en el proceso de la interacción de sus integrantes. Las primeras a través de la socialización, aportan patrones generales de intercambio; las segundas pertenecen al campo más íntimo de la pareja en donde se encuentra una historia común vivida durante determinado

tiempo, que les ha permitido construir una imagen del otro, una imagen que el otro posee de ellos, una imagen de la imagen que ellos tienen del otro y así sucesivamente. Con base en esa mezcla de imágenes, cada miembro ha aprendido a prever qué conductas del otro serán provocadas por los comportamientos del compañero.

El individuo no puede verse como los otros lo ven, pero con frecuencia supone que los demás lo ven de manera particular y actúa de acuerdo con las opiniones, actitudes, necesidades reales o supuestas, que considera que el otro tiene con respecto a él.

Durante un determinado tiempo los miembros de la pareja, aprenden a predecir las conductas que provocan en el otro, esas actitudes propias y desarrollan un cúmulo de reglas tácitas de interacción. Aprenden también en forma correcta o con grandes errores, el gran significado comunicador de conductas con frecuencia irrelevantes para un observador ingenuo, los gestos, el ritmo y el tono de la voz, las posturas, el uso de ciertas palabras. Ninguno de los integrantes tiene una percepción precisa del otro, sino de acuerdo con su propia visión particular, adquirida a lo largo de la vida y que se inicia con las primeras personas que lo rodearon. El otro responde también, como es lógico, con su propio código personal y así sucesivamente.

“Una de las crisis más frecuentes en las parejas resulta de la dificultad de percibir al compañero como es y en consecuencia, comprenderlo, lo cual genera un tipo de comunicación muy conflictiva: ambos se culpan y ninguno se responsabiliza de sus propios comportamientos” (Rojas, 1997, p. 33).

Esta intrincada red de significados de la conducta, hace que los componentes de la pareja sean el uno para el otro una representación que difiere de lo que realmente son. Estas atribuciones mutuas de sentimientos compartidos, que escapan a la conciencia, son las que llevan a distorsionar la personalidad del compañero. Pero

esto tiene lugar de manera mutua y a lo largo de su historia, los dos miembros no se dan cuenta de qué partes son de cada uno y cuáles corresponden al otro. La pareja después de mucho tiempo, llega a parecerse tanto, que la gente que los conoce no sabe qué es de uno y qué es del otro.

Es habitual observar parejas cuyos miembros atribuyen al otro, rasgos de personalidad que cada uno de ellos tiene, pero que no quiere aceptar como propios. Por eso muchas de las dificultades de la comunicación entre las parejas provienen de conflictos que tienen que ver con el pasado de cada uno de los miembros y con su interpretación sobre el compañero, que se refleja a su vez en la comunicación actual (Rojas, 1997).

La comunicación es una forma de interactuar, de compartir situaciones, sentimientos, pensamientos y expresiones humanas. En la gente la comunicación es inherente a la existencia. Por eso partimos de que siempre tenemos algo que comunicar. El silencio, la ausencia de movimientos corporales, la misma inexpresividad, dicen de alguna forma qué posición estamos asumiendo frente al otro. Todas estas posturas están determinadas de alguna manera por nuestra estructura biológica, por un organismo con una capacidad básica de expresión pero también por el moldeamiento cultural y social y por los aprendizajes que sellan y determinan formas de comunicación específicas y adquiridas.

A través de la identificación y de la imitación aprendemos de nuestros mayores, expresiones similares o contrarias, que sin tomar mucha conciencia de ellas, reproducimos en nuestra relación de pareja en forma de actitudes, valores, emociones y sentimientos, que se manifiestan de manera muy personal y significativa para cada uno.

Todos estos complejos mundos internos se expresan de diferente manera. Para



muchos la palabra tiene mayor significado; para otros el contacto corporal, los gestos, la expresión facial, los movimientos son su forma de relación. Es difícil encontrar que tanto lo gestual como lo verbal estén en una proporción dinámica que facilite el entendimiento. Nos encontramos ante situaciones que se vuelven complejas en la medida en que un emisor, al expresar un mensaje, no está seguro de que lo que siente y expresa, sea recibido de igual manera por el receptor, quien siempre se aproximará con este cúmulo de procesos internos a interpretar lo que el otro dice de acuerdo con su propia percepción.

Aquí aparece lo que para muchos es el elemento bizarro o inadecuado de la comunicación.

Las suposiciones y prejuicios en la percepción del mensaje. Porque una es la intención del mensaje que comunica y otra bien diferente la percepción de quien recibe. En ocasiones también existe discordancia entre lo que verbalmente se dice y lo que gestualmente se señala. La comunicación del sentimiento va más allá de su acompañamiento verbal. Si las formas de comunicación han sido abiertas, directas, amorosas, muy probablemente encontraremos personas seguras que dicen realmente lo que sienten y quieren (Nader y Palacio, 1993, p. 117).

Formas de comunicación deficientes son aquellas en las cuales la falta de compromiso, la indiferencia y el autoritarismo son las expresiones habituales de comportamiento. Esto se puede traducir en la crítica, la queja y el reproche, desafortunadamente tan común entre las parejas y que opaca y deteriora toda posibilidad de cambio constructivo.

Thomas Gordón (1985 citado por Nader y Palacio 1993) plantea estilos positivos de comunicación, los cuales se adaptan a la relación de pareja:

1. Escucha activa: se refiere a la necesidad de estar realmente alerta a las expresiones del otro. No interrumpir un mensaje para juzgarlo, completarlo o acabarlo. Si quiere entender todo lo que se pretende comunicar es indispensable

poner atención al mensaje en su totalidad. Expresar los sentimientos, antes de tratar de suponer los del otro: produce mejores resultados la genuina manifestación personal, al no ser vivida como ataque y por lo tanto no poder enganchar en el otro un contra-ataque.

2. Procurar acuerdos mutuos: cada uno esta manejando sus necesidades y su deseo de complacer al otro. Es la formula en la que se procura que no exista ganadores, ni perdedores totales, sino personas que en ocasiones seden y en otras consiguen el apoyo del compañero. Hay una búsqueda permanente de un equilibrio, en el cual ninguno se siente manejador del otro ni manejado por el otro.

Toda pareja debe enfrentar decenas de desiciones. Una comunicación clara y precisa facilita la toma de desiciones, en tanto que la ambigüedad los confunde. Las parejas más adaptadas y más sanas son más precisas y cada uno descifra mejor lo dicho por el otro. Si se identifican los problemas se buscan las soluciones: los más conversadores aprenden a ser más concisos, los parcos a expresarse más, los lentos a no ofenderse cuando se les interrumpe y los otros a no interrumpir, los impasibles a dar señales de atención y la pareja a no interpretar una actitud como indiferencia.

En una relación de pareja las posiciones de cada uno pueden ser absolutas y válidas desde su óptica personal y el reconocimiento de esto, facilita la sana aceptación del otro y el logro de mejores conciliaciones. Esa puede ser la llave maestra de la comunicación de pareja (Nader y Palacio, 1993).

### **Sexualidad en la Pareja**

Nader y Palacio (1993) afirman que aunque el amor es un poderoso incentivo para que las parejas se ayuden y apoyen, no constituye en sí mismo la esencia de la relación. Hay cualidades especiales, como el compromiso, la lealtad, la confiabilidad, que son ingredientes determinantes en el florecimiento de la satisfacción de pareja.

Los cónyuges deben procurar reconocer errores y perdonar. Tienen que ser tolerantes con los defectos o rasgos negativos del otro. Si se cultivan esas virtudes durante cierto tiempo, el matrimonio se desarrolla y madura. A la pareja no se la prepara para cuidar y enriquecer de manera creativa e ingeniosa su relación cotidiana e íntima. De otro lado, es importante liberarse de los mitos, los prejuicios y las supersticiones sobre el sexo y los papeles tradicionales del hombre y de la mujer; sólo así se podrá tener la posibilidad de entendimiento y desarrollo de la sexualidad propia y de pareja.

Hoy se ha logrado asumir el ejercicio de la sexualidad como expresión de placentera compañía, comunicación, interrelación emocional y tan sólo como libre opción la procreación. Se rescata el placer sexual como un valor humano positivo.

El buen sexo hay que aprenderlo y cultivarlo. Una buena relación sexual emana de un intercambio de individualidades basado en el deseo, el afecto, el respeto, la autoestima y la igualdad recíproca. No es algo que él hace por ella o a ella, ni es algo que ella hace por él. Es algo que una persona hace con otra comprometiéndose con su propio placer y el del otro, y asumiendo la búsqueda de nuevas posibilidades.

La expresión sexual tiene muchas dimensiones y todas pueden gozarse: puede ser por diversión o en serio, rutina exploratoria u rutina cómoda, puede ser espontánea o planeada, puede ser creadora, tierna o apasionada, erótica o sensual, pero sobre todo ha de ser descomplicada.

No podemos negar ni subestimar las barreras internas, mentales; están ahí con toda la fuerza que la historia de represión al placer les ha transmitido. En muchas parejas son más fuertes que la razón y que los nuevos conocimientos y aun que los impulsos pero en la mayoría de la gente son susceptibles de modificación. En las parejas en ocasiones uno de sus miembros o los dos, tienen alguna limitación o

barrera que les impide dar, recibir caricias o ser tocadas, manifestarse espontáneamente o buscar algo que pueda favorecer un encuentro más gratificante. Aun personas sin algún tipo de barrera pueden tener reticencias a la intimidad, por temor a perder su poder ante el otro o a mostrarse débiles al aceptar la necesidad de protección o ternura. A partir de la adolescencia, el cuerpo de hombres y mujeres percibe con mayor capacidad la excitación y el deseo sexual a manera de apetito o necesidad placentera, que impele a la búsqueda de estímulos que incrementen y le den luego resolución. Esta excitación puede tener una salida rápida y poco creativa cuando los escasos segundos del clímax u orgasmo hacen creer a la persona, que ese era el final de su ansiedad. Este modo de goce resulta poco satisfactorio para la gran mayoría de las parejas, que desea experiencias diferentes, de libre expresión creativa, en las cuales la inteligencia y el recurso sobrepasen una simple expresión de respuesta genital que sólo rebaja la tensión corporal.

Todo el cuerpo tiene grandes posibilidades. Nuestro mayor orgasmo es la piel. Lo que hace que una zona sea excitable, es su mayor sensibilidad por efecto de su rica innervación, pero especialmente por el contexto en que es estimulada o por el significado, que le imprime el estar en contacto con una persona especial como es la pareja que se ha elegido.

Con miras a la aceptación de todo nuestro cuerpo, como fuente de placer y no de rechazo, culpa o vergüenza, no debemos guiarnos por patrones estéticos de belleza, pues frente a ellos, la gran mayoría sentirá que su cuerpo es poco atractivo y tenderá a esconderlo, limitando así su espontánea expresión y disfrute. Personas con alteraciones en su esquema corporal, pueden también disfrutar de su sexualidad sin luchar contra sentimientos de inadecuación. Desde que nace e independiente del tipo de vivencias, cada pareja va construyendo un sistema de preferencias sexuales, que

predispone al organismo a desarrollar múltiples y variados elementos con los cuales va aproximarse a una sexualidad más enriquecida en la relación. Uno de estos elementos es la sensualidad, el disfrute de los sentidos, la posibilidad de percibir y convertir en placentero un estímulo de cualquier índole, incluso aparentemente neutro.

Para las parejas es importante darse un tiempo especial para descubrir y confrontar mutuamente sus preferencias, necesidades y deseos. Esto les permitirá construir sus propios juegos, su mundo erótico y un ambiente que resulte tan estimulante a la experimentación y a la ruptura de la monotonía, que se vislumbre la posibilidad, de que la pasión es una emoción que puede tener su espacio a pesar del paso de los años (Nader y Palacio, 1993, p. 135).

### **Disminución del Deseo Sexual**

La disminución del deseo sexual en la pareja es una de las situaciones que generalmente va instalándose en forma silenciosa, discontinua y que se constituye en un problema explícito, hablado y consultado o pasa a ser aceptado como uno de los precios normales de la convivencia. Las razones por las cuales el deseo disminuye, o simplemente desaparece, en uno o en ambos integrantes de la pareja pueden ser atribuido a múltiples razones. Y pensemos que esta situación la viven más allá de la normalidad de la convivencia adoptada, de las posibilidades económicas, de la opción sexual, entre otras variantes. Lo cierto es que determinadas pautas heredadas culturalmente, forman parte del “Patrimonio invisible” que las dos personas pondrán en juego a partir del comienzo de su vínculo. Mencionaremos algunas. La seducción y el tiempo para compartir forman parte del comienzo de la vida en pareja. Así es que, lo que parece como fundamental al comienzo de la relación, noviazgo, primeros meses de convivencia van dando el cultivo del vínculo íntimo. Ahora estamos casados, ahora ya es mío/a. En esta frase resumimos cual es el germen de la autodestrucción del deseo. La cotidianeidad muchas veces erosiona la seducción y el

erotismo, quién esta a nuestro lado ya no nos erotiza como antes, años después ambos se preguntarán que fue lo que hicieron mal para no sentirse atraídos uno por el otro.

La vida sin comunicación, solidaridad y demostraciones de afecto son comentarios que a diario, las mujeres y hombres nos refieren en espacios de consulta, que sus compañeros/as solo se tornan cariñosos cuando tienen interés en mantener una relación sexual. Es solo entonces que aparecen los mimos y algunas dosis de ternura. Todo parte de un juego de seducción rutinario, se sabe como empieza y como termina y siempre es lo mismo, esto lleva la disminución del deseo, a la no renovación del mismo y al rechazo... Pero sobre todo, lo que más molesta es la incapacidad de integrar el deseo por la persona a la que se descuida cotidianamente y a la que se le quiere demostrar todo el amor en quince minutos. Y el resto del día que...? no hay amor...No, la respuesta es no hay pasión y no se sabe demostrarla, total, no hay que tomarse el trabajo de seducir, ya que esta persona esta conmigo... y así se olvida que el deseo y el amor se construyen todos los días y se renuevan todos los días, para evitar que se desgasten y se mueran. Se olvida que las demostraciones de amor son una necesidad básica y permanente, para reafirmar el sentimiento del otro hacia mi y viceversa. Aunque debemos reconocer que no siempre lo planteado anteriormente es la única causa de la disminución del deseo sexual. Otro problema que suele suceder comúnmente es que la persona que se tiene al lado, ya no nos erotiza como antes, perdimos la pasión, lo cual no significa que se haya perdido el deseo sexual, pues no nos excita él o ella pero si otra persona... Si tenemos deseo cuando hay fantasías sexuales que lo alimentan, no olvidemos que el deseo sexual no debe provenir siempre de la persona que tenemos como compañera, puede proceder de otra persona que nos estimula, de otra fantasía que ya no tenemos de

quien convivimos o estamos.

La sexualidad es vivida como un acto confirmatorio de que aún estamos juntos físicamente. Es clásico escuchar a hombres y mujeres lamentándose de que la frecuencia de los contactos amorosos se va reduciendo drásticamente a medida que pasan los años de convivencia. Ambos se culpan mutuamente, ambos entienden que queda poco por rescatar en la dimensión erótica y amorosa de la pareja, pero en realidad son ambos los que se van distanciando, por no hablar de lo que les pasa y lo que necesitan. Entonces sobreviene la búsqueda de compensar lo que nos falta fuera de ese vínculo de a dos...

En definitiva, que no es tan importante como mantener un nivel de vida, preocuparse por el trabajo, los hijos, otras tareas y desafíos de la vida en común. Otras parejas, en franca crisis explícita o no, han pasado tan solo a habitar bajo el techo en común, pero en realidad poco queda por rescatar en un individuo desgastado y maltratado. Para ellos, las relaciones no son más que una carga, una forma de atenuar una separación o un posible conflicto. Cada tanto, hacen el amor intentando cubrir las crisis y sus consecuencias, cumpliendo simplemente con un mandato social y /o cultural (Girart, 2004).

### **Sexualidad**

La sexualidad hace parte de la vida de todos los seres humanos y esta relacionada con las actitudes de la personas y con la capacidad de sentir placer. Desde que una persona nace hasta que muere, su sexualidad se manifiesta de distintas formas, situaciones, sensaciones, sentimientos y comportamientos en materia sexual, cada quien experimenta la sexualidad de distinta forma, por que es individualizada. Se trata de la percepción de experiencias, por lo tanto, la sexualidad no es una “cosa” que aparece de pronto en las personas, adolescentes, jóvenes o

adultos, el recién nacido experimenta placer en el momento en que succiona el seno de su madre y a través de la lactancia recibe alimento, los niños y las niñas, durante la infancia, sienten placer al tocar algunas partes de su cuerpo, lo cual también hace parte del reconocimiento propio de la edad.

A través del tiempo, según la cultura y la sociedad se han establecido comportamientos considerados como “correctos” (relaciones heterosexuales, coito vaginal) y otros “incorrectos” o prohibidos (masturbación, relaciones homosexuales, etc.). Estas calificaciones han pretendido controlar la vivencia de la sexualidad y no son en forma alguna, verdades absolutas.

Así mismo, de generación en generación se han transmitido ideas sobre la sexualidad que son falsas, inexactas y no tienen bases científicas sólidas, pues han surgido de creencias populares, de la interacción, de la desinformación y en algunos casos del miedo de las personas.

El efecto de estas falsas creencias y de la información errónea es que pone a las personas en riesgo, las imposibilita para asumir actitudes preventivas frente a su salud sexual y para disfrutar libremente de su sexualidad. Además puede influenciar actitudes negativas o discriminatorias frente a otras personas (Profamilia, 2004).

La sexualidad, como cualquier otra función o actividad del ser humano, es el resultado de la interacción de la evolución biológica (que determina las funciones somatofisiológicas básicas) y el entorno sociocultural (que influye poderosamente en el funcionamiento psicofisiológico y cognitivo).

Masters y Cols (1994 citado por Muñoz y Salazar, 2001) plantean que esta tiene varias funciones pero las dos principales son: la reproductora y la placentera. La primera, es la más antigua en la filogenia y por ello es común a seres humanos y a animales inferiores, como sucede con la nutrición y la locomoción, esta función



reproductora no singulariza al Homo Sapiens. La segunda, por el contrario, es de muy tardía aparición, puesto que solo existe en plenitud desde el momento en que la evolución de la corteza cerebral permitió a nuestros antepasados primates franquear el umbral de la hominización y adquirir la función intelectual típica del ser humano. La función erótica definida sumariamente como la búsqueda consciente del placer sexual, por la cual se puede llamar humana con toda la propiedad, porque nos distingue de los demás seres del reino animal, en forma similar como lo hace la función intelectual. El hombre está capacitado para trascender el mero aspecto reproductor de la sexualidad, es decir, puede ser sexualmente con la plena independencia de las células germinales y justificar su existencia por sí misma; por ello, en el ser humano (hombre o mujer) hay independencia funcional (que también es anatómica en la mujer) entre erotismo y procreación.

Alzate (1997) define la sexualidad como un conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, psicológicas, comportamentales y socioculturales, que permiten el ejercicio de la función sexual humana. A su vez la función sexual humana se define como la función consciente y condicionada por la cultura que se ha derivado filogenéticamente de modo reproductor, pero que se ejercita en primer lugar de modo placentero o lúdico (ficción erótica) y secundariamente de modo reproductor mediante el uso de zonas corporales u órganos de especial sensibilidad, como de otras manifestaciones que interrelacionan al hombre.

No hay que olvidar que además del factor biológico, existe un componente sociocultural en la sexualidad del ser humano, pues a medida que la cultura se fue haciendo más compleja, se fue produciendo también la socialización de la sexualidad y la sexualidad de la sociedad. Lo primero quiere decir que las diferencias sexuales primigenias (reproductoras), han dado origen a muchas otras disimilitudes entre los

géneros; lo segundo, que muchos comportamientos sociales, que no tienen relación con las diferencias biológicas genéricas, han adquirido significado sexual (Beach citado por Muñoz y Salazar, 2001).

Davenport (1997 citado por Muñoz y Salazar, 2001) dice que la herencia biológica provee al individuo de las capacidades potenciales para actuar en la vida adulta, pero solo mediante la adecuada socialización y maduración, ellas son moldeadas como pautas de conducta lo suficiente uniformes para permitir la interacción con los demás; en otras palabras el programa genético sexual debe estar abierto al influjo del entorno sociocultural. Hay semejanzas en las actitudes y comportamientos sexuales de diversas sociedades, que no son explicables biológicamente, y que han de considerarse resultantes del aprendizaje y experiencias comunes a todas.

Por otra parte, existen grandes diferencias entre las diversas culturas respecto a las actitudes y los comportamientos sexuales, que corresponden a las modificaciones culturales del sustrato biológico, y ocurren por que el hombre adquiere la mayor parte de sus conocimientos, no por experimentación solitaria, sino mediante las enseñanzas directas o indirectas que recibe. Una regla general, de consecuencias muchas veces negativas, es la de que los integrantes de todas las sociedades están ligados a sus culturas, y tienden a considerar sus propias costumbres sexuales, no como tradiciones, sino como normas absolutas o dogmas teológicos.

### **Elementos de la Sexualidad**

#### **Sexo**

Diferencias anatomofisiológicas entre seres sexuados con potencialidad reproductiva. Es el conjunto de características físicas que diferencian al hombre y a la mujer.

Los factores que determinan el sexo son fundamentalmente biológicos (cromosoma

sexual, presencia de ovarios o testículos, hormonas específicas y estructuras accesorias internas como la próstata o el útero) y ambientales marcadas por la morfología genital externa y la educación.

### **Género**

Procesos de orden sociocultural que clasifican a los humanos en dos grandes grupos: hombres y mujeres. Por extensión se les asignan atributos masculinos y femeninos, con respectivas expectativas motivadas para su cumplimiento.

Género, identidad de conciencia que un individuo tiene sobre su propio género. Es el que se denomina la experiencia privada del género. Se relaciona con los papeles masculino y femenino que están más o menos estereotipados y que contienen una fuerte connotación cultural y social. También se denomina rol del género, que equivaldría a la expresión pública de la identidad del género.

### **Reproductividad**

Potencialidad de generar nuevos seres, mediante la fusión de gametos y el intercambio de material genético.

### **Relaciones Afectivas**

Potencialidad humana de dar y recibir amor, en compañía o en ausencia de otros cuatro sentimientos básicos: miedo, enojo, tristeza y alegría. Estas relaciones comprenden el afecto y las relaciones humanas. Por ejemplo, el afecto que una persona siente por si misma también llamado autoestima, así como el afecto hacia otras personas, donde pueden estar incluidas las relaciones afectivas entre padres, madres e hijos, pareja, amigos, hermanos y familia en general.

### **Erotismo**

Capacidad personal de generar y/o compartir una forma peculiar de placer: deseo, excitación y orgasmo. El erotismo así definido tiene bases fisiológicas y

esta sujeto a procesos de aprendizaje a lo largo de la vida.

Los estímulos que desencadenan la respuesta sexual son innumerables, la mayoría de ellos con una percepción subjetiva de las vivencias individuales propias de la experiencia, matizadas por emociones y motivaciones.

La procura del placer erótico puede ser individual (autoerotismo), en pareja e inclusive en colectivo (mas de dos personas). Por ende, el erotismo también puede ser concebido como una manera especial de comunicación y trasciende al individuo y a la pareja (Valdés, 2002).

En el encuentro sexual desempeña un papel importante el componente erótico, que en el hombre se despliega con mayor intensidad en el terreno de lo sensorial, mientras que en la mujer requiere con mayor frecuencia un reclamo adicional, nunca totalmente desvinculado del registro sentimental. Siempre se ha dicho que en el caso del hombre, la imagen de una mujer desnuda puede ser suficiente para despertar sus deseos y excitarse, mientras que una mujer puede apasionarse más en situaciones en las que exista una mayor implicación emocional. Distintos son los sueños y fantasías que produce la excitación erótica del hombre y de la mujer, del mismo modo que es distinto el comportamiento durante la experiencia sexual, ya que el interés del hombre se centra en el carácter físico del acto, mientras que el de la mujer no puede prescindir de la necesidad de ternura que se prolonga y perdura una vez satisfecho el impulso sexual. La mujer juega y dirige su seducción para enamorar, no se conforma con el acto sexual, sino que pretende dejar una huella permanente que perdure no solo en el recuerdo, sino también como deseo, que se renueve continuamente. La mujer, en su seducción, recurre al perfume, a la crema, elige con cuidado el peinado y el maquillaje que más le favorecen y extiende estos cuidados también a su casa. El hombre por el contrario no suele dedicar tanta atención a preparar el encuentro y la

invitación, no confiere en general importancia a esos detalles. Por tanto el hombre y la mujer tienen distinta sensibilidad y sus fantasías y deseos son también distintos, lo que a menudo da lugar a malos entendidos, incompreensión y disgustos. Esto no excluye sin embargo la posibilidad de un encuentro, de un intercambio, de un entendimiento, que de cualquier forma siempre alegra la existencia y la enriquece (Vallejo, 1998).

El erotismo, el amor y la ternura son dimensiones para la vivencia plena de la sexualidad humana. Si bien es cierto vivimos momentos cruciales y de cambio relacionados con la sexualidad, el amor, el emparejamiento y la vida erótica, aún es mucho lo que hay que hacer para lograr que la sexualidad deje de ser fuente de malestar, sufrimiento y frustración y se convierta en lo que merece ser para la gran mayoría de los seres humanos; fuente de crecimiento y realización personal.

Entendemos el erotismo como la capacidad que tenemos los seres humanos de vivir, experimentar, compartir y expresar placer sexual, es esa capacidad de movilizar y activar en nuestro SER la excitación sexual y las emociones que la acompañan en el contexto de un "Encuentro" que tiene como fin la posibilidad de intimar con otro(a). Somos un cuerpo hecho para sentir, rico en órganos sensoriales. Tenemos una gran capacidad sensorial y sensual. Aprendemos a sentir, aprendemos practicando, experimentando, activando nuestros sentidos y órganos sensoriales. Tenemos capacidad para sentir, experimentar sensaciones, gozar el placer que produce la estimulación sensorial. Captamos estímulos táctiles, olfativos, propioceptivos, visuales, auditivos, etc. Y los transformamos en experiencias sensoriales. Las sensaciones y experiencias sensoriales son construcciones mentales, existen y se hacen realidad en nuestra mente.

Son varios los sentidos y órganos sensoriales que tenemos, sin embargo usamos

unos pocos en el ejercicio del erotismo. Tenemos un inmenso potencial sensorial y sensual por desarrollar, experimentar y vivenciar. Hemos aprendido a vivir la sexualidad de una forma prácticamente genitalizada y exclusivamente centrada en el orgasmo inmediato y fugaz. Parecería ser que los genitales fuesen la única parte de nuestro cuerpo y los únicos órganos sensitivos que tuviesen para vivir la sensualidad y el erotismo. Hemos aprendido a vivir la sexualidad en medio de un culto sobrevalorado al ejercicio de una genitalidad orgásmica.

Excitarse y tener orgasmos es importante, así como también lo es saber encontrarse e intimar con el otro, haciendo contacto con su ser y con mucho tacto, tocarse en todo el sentido de la palabra, tocarse con la piel, con el tacto, con el alma, con la mirada, con la voz, con todo su cuerpo, tocarse con la esencia de su ser y dejarse tocar del otro para experimentar la magia del encuentro, con capacidad de asombro. Intimar implica erotizar el encuentro teniendo sexo con sentido, viviendo el amor con sentido sexual.

Sexuar, erotizar, amar y ternurizar son parte del arte de construir intimidad, arte que requiere de la habilidad para erotizar la ternura, ternurizar la sexualidad y armonizar el sexo.

El cuerpo, la emoción y la conciencia son componentes claves del erotismo. El erotismo no se consigue aprendiendo posiciones gimnásticas, ingiriendo sustancias extrañas o usando prendas circenses, para ella el erotismo se consigue con una clara conciencia de la libertad para el goce íntimo.

El enriquecimiento erótico no se aprende en ningún curso teórico, su desarrollo es un espiral constante, podría decir que su aprendizaje dura toda la vida si subsiste el interés y es entendido como un proceso con la pareja o con cada nueva pareja, dada la subjetividad del placer. El erotismo florece con el afinamiento de la sensibilidad, con las expresiones y variaciones del placer deseado, siguiéndole el ritmo interno al deseo, a la excitación y dejando correr la ternura (Londoño, 2000

citado por Romero 2005, p. 11).

Vivir gozosamente el erotismo implica dejarse llevar, ir con las danzas y ritmos naturales del erotismo, la ternura y el amor. Estamos bien hechos para sentir y vivenciar el erotismo, la ternura y el amor, pero las actitudes, temores, creencias y estereotipos aprendidos en la sociedad occidental respecto al amor y el erotismo dañan y perturban el natural fluir de nuestra capacidad para erotizar, ternurizar, amar y sexual (Romero, 2005).

### **La Relación Sexual**

Dentro de la relación de pareja, el comportamiento sexual es un núcleo de comunicación importante. Esto no quiere decir, sin embargo, que la sexualidad se constituya como fundamento de la comunicación de pareja: no es más que uno de los núcleos alrededor de los cuales se articula la intimidad de pareja.

La ternura es el altísimo exponente del amor por el otro. Sin ella, no hay comunicación ni sinceridad. Poder entregar a la pareja lo más profundo que se lleva dentro es un antecedente de que será recibido con lo mejor del otro (Mardarás, 1998 citado por Besso, 1991, p. 22).

Al hablar de relación sexual dentro de la relación de pareja, lo haremos como si esta relación fuera un verdadero lenguaje, al que llamaremos “lenguaje de los cuerpos”, siendo este lenguaje tal vez el sismógrafo más preciso y más sensible del clima conyugal. Este lenguaje de los cuerpos descarga nuestras tensiones biológicas y psíquicas, al tiempo que satisface nuestras necesidades afectivas, del mismo modo que los gritos y las inflexiones vocales intentan expresar el deseo, la llamada del oponente y la desesperación.

Es en los escarceos eróticos preliminares y en el coito (en cualquiera de sus formas) donde encuentran el lenguaje de los cuerpos su verdadero sentido, si bien no podemos hablar de coito sin haber diferenciado y descrito antes los conceptos de deseo y de placer. El deseo es la anticipación, en la imaginación, de un placer que se

espera encontrar en la realidad. Sería pues el deseo lo que empuja al individuo hacia otro en busca de placer.

Hay que considerar el coito o acto sexual como una concatenación de fases: impulso sexual, excitación sexual, unión genital y orgasmo. Por lo general, se da por sentado que todo ser humano nace con un potencial que permitirá su desarrollo sexual. La forma final que adopta este potencial se considera fruto de la identificación del individuo con el papel de los padres y otras influencias psicológicas que, bajo la forma de códigos morales, legales o culturales, se van depositando en la conciencia del ser humano. Del proceso de concienciación del potencial sexual dependerá el impulso sexual y su capacidad de manifestarse. El impulso (necesidad sexual) variará de unos individuos a otros. Toda persona reacciona ante una serie de estímulos capaces de excitarla sexualmente. Estos estímulos pueden ser de carácter físico (besos, caricias en distintas partes del cuerpo, etc.) y psicológicos (tono de voz, inteligencia del compañero, etc.), que, en sexología se llaman técnicas sexuales, empleadas con el fin de lograr la máxima satisfacción de la pareja. Estas técnicas van desde las diferentes posiciones durante el coito hasta las diversas actividades sexuales.

Una vez alcanzada la excitación sexual, con la consiguiente erección en el hombre y lubricación en la mujer, habrá llegado el momento de la unión genital. La unión genital es la fase inmediatamente anterior al orgasmo. La penetración variará según las parejas, y en algunos casos de mujeres lentas para alcanzar el clímax, será raro llega al orgasmo únicamente a través de la estimulación del pene y habrá que recurrir a otro tipo de ayudas mediante la manipulación manual del clítoris. El orgasmo es la culminación del acto sexual constituye una intensa “explosión” de sensaciones que se inician en la región genital y recorren el cuerpo. Esta invasión sensual irá



acompañada de la eyaculación, en el hombre, y de contracciones rítmicas del útero en la mujer.

Al describir la relación sexual de la pareja, lo hemos hecho empleando la metáfora del “lenguaje de los cuerpos”, que en calidad de tal, puede sufrir trastornos como alteraciones en el aparato instrumental (impotencia y frigidez), disparidad en la intensidad del deseo y en la consecución de placer y concepciones diferentes de la relación sexual (Besso, 1991).

### **Función sexual Humana**

La función sexual humana (función erótica) es, entonces, el núcleo de la sexualidad.

Esto produjo que la sexualidad dejará de ser instintiva para pasar a ser consciente, y la función reproductora cedió a la primacía de la función erótica, es decir, el motivo (razón consciente), primario de la función sexual paso a ser la obtención del placer por su carácter exclusivamente humano, este motivo gratuito, en el sentido en que no esta susceptible al análisis causal último evolutivo, lo cual no es óbice para que los mecanismos de búsqueda de dicho placer estén sometidos en cierto grado al efecto de la causa última de la función sexual animal. En la función erótica se da origen al libre albedrío, exige la posibilidad de elegir, que es contrario al determinismo biológico.

La función sexual humana es ejercida fundamentalmente de dos modos: el erótico o primario y el reproductor o secundario, en dos planos internos u orgánicos: el mental, psíquico o central y el corporal, somático o periférico o cuyos elementos generan comportamientos o manifestaciones en un plano externo o comportamental (Alzate y Fernández, 1997).

Todos estos elementos están encadenados, en una secuencia de varias fases,

que en el ejercicio del modo erótico son básicamente cinco: apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica. Cuando el individuo opta por ejercer la función sexual de modo reproductor, hay que agregar una sexta fase, reproductora.

### **Fase Apetitiva**

La primera fase de la función erótica es típicamente la apetitiva. Se dice “típicamente”, porque aun cuando la estimulación somatosexual (y en ocasiones psicosexual) puede desencadenar la secuencia de fenómenos que llevan al orgasmo, en ausencia de un estado apetitivo, lo habitual, al menos en el caso del sexo masculino, es que sea la percepción conciente de dicho estado la que mueva a la persona (sujeto) a entrar en una fase relacional, para lograr así la estimulación somatosexual, que continuará con las demás fases ulteriores de la función sexual hasta la culminación orgásmica. Alternativamente la persona que experimenta apetito sexual puede omitir la fase relacional, y pasar directamente a la estimulación somatosexual (masturbación), que llevará a la excitación y al orgasmo.

El deseo sexual es un fenómeno complejo, que involucra por lo menos tres variables: impulso, motivación, y activación, probablemente la segunda es la más típica e importante. Por lo tanto, definimos el apetito o deseo sexual llamado también libido, como la motivación conciente que impulsa al ser humano a ejercer la función sexual de modo erótico. Se trata de un fenómeno exclusivo del plano interno psíquico y esencialmente autónomo, pero puede ser influido por elementos de otras fases, sobre todo la relacional y la excitatoria y por otros factores. A pesar de que el origen del apetito sexual es biológico, él está condicionado a factores socioculturales y presenta grandes variaciones individuales y circunstanciales.

### **Fase Relacional**

Motivada por el apetito sexual, la persona adopta comportamientos que busca

ponerla en relación con la pareja sexual compatible con sus preferencias eróticas, con el propósito de estimularse y llegar al orgasmo. La fase relacional de la función erótica masculina por lo general solo sirve de enlace entre la fase apetitiva y estimuladora. Sin embargo, en el caso de la mujer el condicionamiento cultural y la menor intensidad de su libido ha hecho que el sentimiento amoroso hacía el objeto sexual potencial adquiera en ella importancia capital. Por eso, en la mujer, la secuencia de la función erótica se inicia más bien con la fase relacional, durante la cual se desarrolla la emoción amorosa que, a la vez que refuerza o dispersa su apetito sexual, le facilita psicológicamente el paso a la fase estimuladora y su continuación secuencial.

### **Fase Estimuladora**

La estimulación sexual se puede definir como la acción de un fenómeno energético interno y externo (estímulo sexual), que al ser percibido psíquica (en el plano central) o somáticamente (en el plano periférico) por el sujeto, es susceptible de inducir en él una sensación placentera específica (excitación sexual), o una reacción somatofisiológica también específica (respuesta sexual, típicamente en los órganos sexuales). Siguiendo la vía principal de la secuencia de la función erótica, en la fase estimuladora hay dos etapas: La interacción corporal del sujeto con el objeto sexual (consiente en las actividades somatosexuales) y la estimulación somatosexual propiamente dicha.

**Actividades Somatosexuales.** Consisten en la interacción corporal del sujeto con el objeto sexual, en continuación directa de la fase relacional, o sea los actos corporales efectuados mutuamente por el sujeto y el objeto, por uno sobre el otro o por el sujeto sobre sí mismo, con el propósito de producir estimulación sexual y generalmente el orgasmo. Ellas son básicamente cuatro: las actividades

heterosexuales, las actividades homosexuales, la masturbación y las actividades sexuales con animales. En los dos primeros casos, los participantes pueden ser simultánea o alternadamente sujetos u objetos sexuales. La actividad masturbatoria constituye una situación especial puesto que, habitualmente, a ella se llega sin pasar por la fase relacional; es decir, el sujeto es su mismo objeto sexual. Con el fin de no romper la continuidad descriptiva de las fases de la función erótica.

Las actividades sexuales efectuadas entre personas de diferente género son habitualmente las manifestaciones de la heterosexualidad del individuo y pueden dividirse en el coito vaginal (técnicas o posiciones sexuales) y otras actividades o caricias heterosexuales que pueden ser menores como las ligeras (abrazos, besos boca a boca, actividades manomamarias, actividades bucomamarias) y fuertes (actividades manogenitales) y caricias mayores como las actividades bucogenitales y el coito rectal, pero pueden haber otras menos frecuentes, como los coitos intermamarios e intercrujal, la estimulación digital del recto y el anilinto. A pesar de que estas actividades sobre todo las menores, con frecuencia preceden al coito vaginal, en numerosas ocasiones son practicadas independientemente y substituyen a aquel en la producción de la excitación sexual y el orgasmo.

La masturbación es la autoestimulación manual o instrumental de los órganos sexuales con el fin de lograr el orgasmo. En sentido lato, el termino se aplica también al caso de que los órganos sexuales de una persona sean estimulados manual o instrumentalmente por otra, aunque esto propiamente es una actividad hetero u homosexual. No obstante las innumerables fabulas que se han inventado para desacreditarla, la masturbación es una actividad perfectamente normal además de ser una de las formas más comunes de satisfacer el impulso sexual, por lo menos en la cultura occidental; de hecho, es la manera más efectiva para que las mujeres

logren el orgasmo.

### **Fase Excitatoria**

La cuarta función erótica es la excitatoria, que se presenta tanto en el plano psíquico como en el somático. Definimos la excitación propiamente dicha (plano psíquico) como la percepción subjetiva del continuo de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual. Como ya se dijo es equivocado identificar los fenómenos psíquicos excitatorios como manifestaciones periféricas, que además son contingentes. Por ejemplo, en muchos casos de disfunción erectiva, el hombre está excitado sexualmente, a pesar de la ausencia de la manifestación somática (erección). Por el contrario las manifestaciones periféricas pueden estar presentes, en ausencia del estado psíquico de excitación sexual; tal sucede durante las erecciones espontáneas, sobre todo nocturnas, que tienen los hombres, sin que subjetivamente se sientan en estado de excitación sexual.

El tipo de estímulo (psíquico o somático), siempre que sea adecuado, puede hacer entrar al sujeto en la fase excitatoria. Sin embargo son los estímulos táctiles los que usualmente permiten a la persona excitarse hasta el orgasmo; la intensidad y la duración de éstos estímulos eficaces varía individualmente.

Hay dos conceptos atinentes a esta fase que deben distinguirse: La excitabilidad sexual y la estimulabilidad sexual. La primera es la capacidad del sujeto para excitarse sexualmente; la segunda es la capacidad del sujeto para reaccionar somatofisiológicamente a la estimulación sico o somatosexual. La excitabilidad es, entonces, inherente al plano psíquico de la fase excitatoria, mientras que la estimulabilidad (que algunos llaman potencia) lo es al plano somático. Los estudios experimentales indican que, tanto en los hombres como en las mujeres, hay una gran variabilidad individual en la excitabilidad y en la estimulabilidad, las cuales muchas

veces no están correlacionadas, o sea, fluctúan independientemente, sobre todo en las mujeres.

### **Fase Orgásmica**

La fase Terminal de la función erótica es la orgásmica. Definida como el orgasmo o clímax sexual, un fenómeno de placer del plano psíquico, como percepción subjetiva de la culminación placentera de la excitación sexual. Como en el caso de la excitación el orgasmo se manifiesta muchas veces, sobre todo en el hombre, por fenómenos somatofisiológicos, los cuales, sin embargo, no deben confundirse con el fenómeno psíquico primario. Los fenómenos del plano somático de la fase orgásmica pueden estar, entonces, total o parcialmente ausentes, o ser simplemente la respuesta refleja de la estimulación sexual. Por ejemplo los niños prepúberes pueden experimentar el orgasmo pero no eyaculan, mientras que algunos hombres adultos se quejan de que no existe orgasmo, a pesar de eyacular. Además, en las mujeres, las contracciones de los músculos perineales pueden estar ausentes, a pesar que la sensación orgásmica puede ser percibida por la persona. El orgasmo es probablemente un fenómeno peculiar del ser humano, puesto que constituye la motivación consciente para ejercer la función sexual de modo erótico. En el contexto sociocultural del orgasmo, parece que, en el caso de la mujer, la mayor o menor facilidad para obtenerlo depende en buena medida de la sociedad a que pertenezca, es decir del tipo de ética sexual que profese. Diferentes culturas, entre ellas la Judeocristiana han negado a la mujer “decente” el derecho al orgasmo. En el caso del hombre, por el contrario, la necesidad de eyacular para cumplir la función reproductora le ha permitido disfrutar del placer erótico, libre de las presiones psicosexuales impuestas a la mujer por los tabúes sexuales (Alzate, 1997).

## **Respuesta Sexual Humana**

La respuesta sexual humana (RSH) es ante todo, la integración de procesos fisiológicos que generan el placer o erotismo: deseo, excitación y orgasmo/eyaculación.

Estos procesos suponen la participación de los sistemas nerviosos central, periférico y autónomo, así como neurotransmisores y algunas hormonas. Son cuatro de los fenómenos en la RSH:

1. Potenciales de la membrana en las células neurales que originan actividad neurotransmisora y neurosecretora.
2. Reacción vasomotora. Vasocongestión por incremento en el flujo sanguíneo.
3. Reacción miotónica. Contracciones en los músculos liso y estriado.
4. Sensación subjetiva (emocional) de placer.

Las neuronas son las células que conforman a los sistemas nerviosos. Estas se comunican con otras neuronas y con las células de los diferentes órganos a los que llegan, por medio de la producción (neurosecreción) de los neurotransmisores receptores específicos ubicados en la membrana celular de otra neurona o del órgano blanco, esto produce una respuesta en esa célula receptora.

Existen distintos modelos de RSH, siendo los más representativos y difundidos, los cuales son:

1. Master y Jonson (1966 citado por Valdés, 2002), modelo unidimensional consistente en cuatro fases, a saber: excitación, meseta, orgasmo y resolución.
2. Helen Kaplan (1974 citado por Valdés, 2002), modelo bifásico: vasocongestión y mioclonía. (1977-79), modelo trifásico: deseo, vasocongestión (excitación) y mioclonía (orgasmo).
3. John Bancroft (1983 citado por Valdés, 2002), modelo pentafásico: apetito,

excitación, central (subjetiva), respuesta en órganos sexuales (genital), excitación periférica y fenómenos en torno al orgasmo.

### **Deseo**

Es una gran tensión que engloba la disposición como una “ansiedad placentera” por excitarse. En el proceso de deseo básicamente la respuesta fisiológica es neuroquímica, en ella participan el sistema nervioso central y algunas hormonas.

La dopamina y la testosterona (en personas de ambos sexos) activan el impulso sexual. La prolactina que compite centralmente con los andrógenos inhibe el mencionado impulso. La serotonina, el GABA y los estrógenos inhiben el impulso sexual. Las hormonas liberadoras de gonadotropinas (GH-RH) son activadoras. La respuesta físicamente observable es eminentemente subjetiva: sentirse “caliente” (Valdés, 2002).

El deseo sexual conciente es un mecanismo biológico primario, no indispensable para la supervivencia de un individuo pero sí para la de una sociedad, que nos impulsa a tener relaciones sexuales, las cuales han sido diseñadas por la evolución para reproducirnos y perpetuar la especie. Es también un mecanismo que ayuda a establecer vínculos afectivos y a reducir tensiones entre personas o grupos y a nivel individual, un recurso que canaliza conflictos y necesidades emocionales, creativas, físicas y mentales.

Dado que desde hace unas décadas tenemos los medios para evitar o controlar la fecundación, se ha potenciado la vertiente cultural de la sexualidad, de modo que esta se vive cada vez más como un medio para la desinhibición ante el estrés y las presiones sociales cotidianas, la experimentación de placer ligado a la creatividad y al juego, y la búsqueda de la necesaria intimidad. Este uso cultural está tan extendido,



que el deseo sexual ya no es solo un fenómeno biológico, sino también una percepción mental moldeada por el entorno social y como tal, potencialmente sujeta a confusión, represión y manipulación, o bien objeto o vehículo de liberación, subversión, adicción, presión y ansiedad por rendimiento. Ya no funcionamos tanto por el deseo sexual en si sino por el deseo del deseo sexual.

En la fisiología del deseo sexual vemos que los centros cerebrales que lo desencadenan son los mismos que se activan al consumir cualquier droga. Se deduce por tanto que, al menos fisiológicamente, el grado de deseo sexual depende de su consumo, es decir a más relaciones sexuales (satisfactorias) mayor deseo. Vemos también que el deseo actúa antes que la excitación y se desencadena al querer algo, soñarlo, iniciarlo, recibirlo, o pensarlo; por tanto, cuantos más momentos del día dedicados a fantasías o ensoñaciones eróticas, o cuanto más interactuemos con la pareja a nivel sensual, táctil o afectivo, mayor será la predisposición cerebral para el despliegue del deseo y la práctica sexual (Flores, 2006).

### **Vasocongestión o Excitación**

Incluye diferentes cambios en la economía corporal y dos signos cardinales: erección del pene en el hombre y lubricación vaginal en la mujer. En la excitación tienen participación fundamental los sistemas autónomo, simpático y parasimpático, cuyos mediadores químicos son la acetilcolina y la norepinefrina.

En épocas recientes se ha descubierto la participación de sustancias nocoligérgicas y no adrenérgicas así la relevancia del oxido nítrico y el GMP cíclico en la excitación masculina. La fisiología de la excitación femenina es un campo fértil para su estudio.

Los cambios en las mamas son más evidentes en la mujer, el primer cambio es la erección del pezón, el aumento del tamaño de la mama así como la ingurgitación de

la areola, esta llega a ser tanta que da la impresión de que el pezón ha perdido la erección.

En las mujeres los labios se aplanan y presentan una elevación anterolateral de manera que el orificio vaginal queda libre. Los labios menores responden con engrosamiento, expansión y cambio de la coloración (de rosáceo a rojo oscuro o vino) este cambio específico se demoniza “piel sexual”.

La primera reacción del clítoris es la tumescencia y elongación de su cuerpo, esto se hace fácilmente visible y palpable. La vagina se distiende y se da inicio a la formación de lo que será la plataforma orgásmica.

### **Meseta**

Fase donde se produce un marcado aumento de la tensión sexual, se mantiene o intensifican los niveles de excitación. La duración de este es variable.

En ambos mujeres y hombres, la aureola mamaria se agranda hasta el punto que el crecimiento del pezón queda disimulado. En algunas personas, más frecuentemente en las de piel blanca se observan manchas rojizas en tórax, cara, abdomen lo cual es denominado “rubor sexual”. Y se puede presentar disminución de la agudeza visual y auditiva.

En la mujer durante la fase de meseta la intensa vasocongestión del tercio externo vaginal, estrecha más del 30% de orificio vaginal, los dos tercios posteriores se han expandido más, formando en conjunto la llamada “plataforma orgásmica”.

El útero se ha rectificado y la cerviz se dilata; fluidificándose al mismo tiempo el modo que lo ocluye.

El clítoris se retrae contra el hueso pubico y queda debajo del “capuchón clitorídeo” formado por los cambios en los labios vulvares.

## **Mioclona u Orgasmo**

Fase en la que se distingue un componente físico (contracciones involuntarias del músculo esquelético y del músculo liso de las vísceras) y uno eminentemente emocional (sensación subjetiva de placer). La sensación subjetiva de placer es una vivencia individual, cada persona puede experimentarla y referirla de manera distinta.

En la fase de orgasmo participan endorfinas y antiendorfinas, otros péptidos opioides y receptores alfa adrenérgicos; éstos últimos para la eyaculación.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo y no solamente de la región pélvica. La frecuencia cardíaca aumenta, la respiración se vuelve rápida y superficial, existe pérdida de control muscular, pueden presentarse contracturas musculares y calambres. Se presenta disminución de la agudeza visual y auditiva.

## **La Resolución**

Se caracteriza por sensaciones subjetivas de bienestar físico. Inicia el retorno de la sangre al sistema venoso general y por tanto desaparece la vasocongestión y sus efectos: disminuye la T/A, FR; FC, hasta estados basales, la reacción miotónica disminuye lentamente, quedando una sensación de relajación muscular. Las manos, las personas y las areolas recobran su tamaño y forma. Se recupera la agudeza visual y auditiva y desaparece el rubor sexual.

En la mujer el útero regresa a su posición normal lentamente, el orificio cervical permanece abierto por un lapso de 20 -30 minutos; la vagina inicia la detumescencia y desaparece la plataforma orgásmica; labios mayores, menores y clítoris regresan a su estado basal.

## **El período Refractario**

También conocido como refractario, es el tiempo que transcurre entre el fin de la resolución y el inicio de un nuevo ciclo de respuesta sexual humana. En la mayoría de

los varones durante este período de reposo fisiológico es imposible eyacular de nuevo. La duración de esta fase puede variar desde varios minutos hasta horas y días (Valdés, 2002).

La sexualidad hace parte integral de la vida del ser humano, y debe ser considerada dentro del contexto de cada etapa de la vida. Por esta razón, es precisamente en el proceso de gestación en el que cobra gran significado, debido a la presencia de múltiples y complejos cambios físicos y psicológicos manifestados en la mujer, los cuales son generadores de percepciones y formas de expresión diferentes de la sexualidad en esta nueva experiencia de vida. Ante el hecho del embarazo, la sexualidad se modifica, tanto en expectativas, sentimientos y prácticas, asumiendo la madre gestante actitudes favorables o desfavorables frente a ésta, lo que puede significar un enriquecimiento de la vida erótica-sexual y afectiva o un empobrecimiento de la misma, dependiendo de la forma en que cada mujer vivencie su sexualidad y de cómo la integra en su relación de pareja durante el transcurso del embarazo.

### **Embarazo**

El embarazo es la iniciación de una nueva vida, que surge con la fecundación, perdura en el progresivo desarrollo del feto, y concluye con la irrupción de éste al mundo exterior mediante el parto.

Hay que aclarar que el embarazo no es, bajo ningún concepto, una enfermedad, y si hacemos alusión a esta idea es porque hay quienes así lo creen. El embarazo es un proceso fisiológico completamente normal, cuya finalidad es la continuidad de la especie. Más aún: el embarazo incide favorablemente en el organismo y hasta en el psiquismo de la mujer. Con la gestación la mujer alcanza su plenitud física y mental. Por supuesto que estamos refiriéndonos a embarazos normales, en mujeres sanas.

En las que padecen anomalías físicas o mentales, el hecho del embarazo y sus implicaciones, pueden producir diversas complicaciones.

Como afirma Starenky (1991 citado por Aguilar y Gálbes, 1991) el embarazo es una realidad, una faceta de la sexualidad femenina en acción. Si nuestra sociedad, dice ella, llegase a comprender plenamente que el embarazo es la culminación de la actividad sexual, ésta se vería notablemente dignificada y el papel de la mujer mejor valorado.

La duración del embarazo en la especie humana es de 280 días, contando a partir del primer día de la última regla, equivalente a 40 semanas de amenorrea (falta de regla) y a 38 semanas de gestación. Diferencias de hasta 14 días en más o menos, se consideran como normales, según se estableció en el congreso de 1958 de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) celebrado en Ginebra.

Es necesario establecer criterios uniformes en el cálculo de la duración del embarazo, con el fin de evitar ansiedades, que sufre la mujer y sus familiares, cuando el parto no llega en el momento calculado. Por lo general la mujer suele indicar el tiempo que lleva embarazada contando como completos los meses que no ha tenido la regla. De modo que, si por ejemplo tenía prevista la llegada de la menstruación para el día 20, dice que en ese momento se halla ya embarazada de un mes, cuando en realidad se trata de la primera falta de la regla.

Entre la regla anterior y la siguiente, que ya no se producirá por causa de la fecundación, se interpone una ovulación, que se produce hacia el 14 día después del inicio de la última regla (en un ciclo de 28 días), y 14 días antes de la primera falta. De modo que, en la primera falta, el embarazo no es de un mes, sino de dos semanas; aunque haya habido cuatro semanas de amenorrea. De ahí la aparente discrepancia entre las cuentas de la mujer y el cálculo del médico.

Los signos principales que se observan en este periodo son: en un inicio la amenorrea (ausencia de la regla en las 2 semanas de gestación), náuseas, mareos, vómito, vértigos, alteraciones psicoemocionales (3 a 4 semanas de gestación), tensión mamaria (3 a 5 semanas de gestación), poliuria (micción frecuente, 3 a 5 semanas de gestación), aumento del tamaño del útero (3 a 6 semanas de gestación), reblandecimiento del útero (6 semanas), vagina congestiva y azulada (6 semanas de gestación), contracciones uterinas (6 semanas de gestación), aumento del volumen del abdomen (16 semanas de gestación) y movimientos fetales (16 semanas de gestación), los cuales se vuelven signos de certeza con ayuda de Test de embarazo (2 semanas de gestación), ecografía fetal de saco ovular y embrión y latidos (3 semanas de gestación), audición del latido cardíaco fetal (20 semanas) radioscopia y percepción de los movimientos fetales activos (20 a 24 semanas), que permitirán controlar los cambios presentados a medida que avanza el proceso de gestación durante los nueve meses siguientes a la fecundación.

El embarazo afecta a todo el organismo femenino, produce una serie de cambios, que si bien son más evidentes en el área genital, en realidad afectan a todos los sistemas y aparatos modificando su fisiología, e incluso su forma, según avanza la gestación. De manera que datos analíticos y de exploración que, fuera del estado de gravidez, serían interpretados como indicativos de enfermedad, ahora se consideran absolutamente normales. Puesto que aparte de los cambios orgánicos relacionados con el área genital, se puede producir una serie de manifestaciones en el aparato digestivo (náuseas y vómito, sialorrea - aumento de la saliva, trastornos de apetito, afecciones bucales y dental, acidez, estreñimiento y hemorroides.), en el aparato cardiocirculatorio y respiratorio (aumento progresivo del volumen de la sangre, aumento de la presión venosa en la pelvis y extremidades inferiores, sobrecarga en el

corazón aumentando su volumen y aumenta el consumo de oxígeno y congestión bronquial), en el aparato urinario (la vejiga de la orina sufre presiones y estiramientos que dificultan su función, infecciones urinarias e incontinencia, en especial al toser o realizar esfuerzos), en el esqueleto (el volumen abdominal obliga a cambiar la postura y forma de caminar, mayor movilidad en la articulaciones produce dolores y molestias y en ocasiones excrecencias óseas en huesos de extremidades, esternón, cráneo, etc.), modificaciones psíquicas y sensoriales (mayor excitabilidad, la inteligencia se esclarece, aumenta la afectividad, presencia de antojos, cambios en el carácter, insomnio, agitación, vértigos y temores), en el sistema hormonal y metabolismo (aumento en las hormonas como insulina, las tiroideas, el cortisol, la prolactina y otras) y cambios en la piel (aumento en la pigmentación en algunas zonas, la línea alba, que pasa a ser línea negra, la areola mamaria y el pezón, la vulva, las cicatrices y el rostro, oscurecimiento mayor del dorso de la nariz, pómulos y frente llamado cloasma dravídico, las estrías provocan elongación y desgarramiento de las elásticas de la piel) (Aguilar y Galbes, 1991).

El embarazo es una situación compleja de estrés psicológico durante la vida de una mujer y su familia. Existe por lo general, preocupación en la relación con la salud de la madre y del niño y se efectúan ajustes en la familia en relación con la espera de un nuevo integrante. Este estrés físico y emocional parecería influir en la sexualidad y en las actitudes relacionadas a esta, observándose durante la gestación la disminución del deseo sexual en la mujer y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en la pareja. Las principales razones para esta conducta se deben al temor de dañar al bebé, al temor de que las relaciones sexuales causen el aborto, la disminución del deseo sexual y la presencia de dificultades físicas (Oruc, et al. 1999)

Los efectos que el embarazo produce, se observan también en la vida sexual de la mujer gestante, los que varían considerablemente de unas a otras. Algunas experimentan un mayor deseo sexual, debido a la vasocongestión de la zona pélvica o bien por la disminución del temor a quedar embarazada. En otros casos el deseo disminuye, e incluso se pierde, ya sea a causa de las molestias físicas o bien porque los esquemas psicológicos impidan asociar la maternidad con la actividad sexual. En general, no se prohíben las relaciones sexuales, excepto si existe el peligro de aborto espontáneo, en cuyo caso se aconseja una interrupción temporal. Con la excepción de casos muy específicos, el coito es perfectamente aceptable (Farré y Lasheras, 1999).

Durante el embarazo se van sucediendo una serie de cambios en el aspecto físico (aumento de peso y del apetito, molestias, etc.), psíquico y comportamental (inseguridad, temores) y social. Todo esto representa una época de grandes cambios para la pareja, que los afectará en mayor o en menor medida dependiendo de la experiencia previa de embarazos anteriores, de la información con la que cuenten acerca del embarazo y de la personalidad y de la actividad realizada por ambos cónyuges. Dicho proceso de cambio afectará la actividad sexual habitual durante el embarazo, por lo que se necesitará una adaptación específica.

Años atrás, se aceptaba que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso inmoral e indecente. En los libros de obstetricia no se hacía referencia sobre el tema, resultando incompatibles el embarazo y el sexo. Actualmente, se ha visto que esto no es erróneo. Estudios recientes demuestran que los cambios observados en la sexualidad durante el embarazo están en relación con la etapa del embarazo, no demostrándose una interferencia en la respuesta sexual normal (Carbonell, 2005).



En la respuesta sexual durante la gestación, es importante tener en cuenta que muchos factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual durante el embarazo. La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, en el nivel cultural y sus experiencias, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual. La presencia de complicaciones médicas y la preocupación ante la posible pérdida de la gestación, sin dudas influye en el comportamiento de la actividad sexual de la mujer durante el proceso de gestación. Cuando la mujer queda embarazada, su cuerpo inicia una serie de tremendos cambios fisiológicos que pueden afectar a cada mujer de manera diferente y no solo en la sexualidad, si no en todo su estado de ánimo, lo que a su vez repercute sobre el deseo y disposición sexual para mantener intimidad con su pareja (Master y Jonson, 2001 citado por Gonzáles y Miyar, 2002).

### **Cambios en la Relación Sexual Durante el Embarazo**

#### **Primer Trimestre**

En los primeros tres meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que sucederán durante el embarazo y asumir su nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, grandes y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de su pareja. Debe tenerse presente que muchas mujeres requerirán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual usual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias. El deseo sexual presenta variabilidad para cada caso: en algunas mujeres no cambia, en otras disminuye y en muy pocas mujeres aumenta. Un síntoma característico es el aumento en la sensibilidad de las mamas, con aumento de su tamaño y tumefacción de las areolas y pezones. Este

aumento en la sensibilidad, muchas veces hace que un estímulo que antes resultaba placentero, ahora sea una molestia. Para evitar esto, es recomendable mayor suavidad en esta etapa del embarazo. Pero, muchas mujeres manifiestan que con el tiempo la sensibilidad continúa, no así el dolor, por lo que la excitación es mayor. Y El orgasmo, en la mayoría de las mujeres, la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios.

### **Segundo Trimestre**

Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas. Pueden aparecer algunos temores a perder el bebe al comenzar a percibir sus movimientos. La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo. Debido a la congestión de la vagina, vulva y clítoris que aumenta en la mitad de este período, las sensaciones placenteras disminuyen. Muchas mujeres, por los cambios físicos observados en este trimestre, se preocupan por su atractivo físico y por si pueden despertar el interés sexual de su pareja, por lo que es muy importante la comunicación entre ambos. Y la frecuencia e intensidad del orgasmo disminuye a medida que transcurre el embarazo.

### **Tercer Trimestre**

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, acompañado de fatigabilidad y disminución de la libido. Hay un aumento en los cambios experimentados en el trimestre anterior. Las sensaciones vividas durante el orgasmo disminuyen considerablemente, hay presencia de incomodidad o torpeza por el aumento del vientre y el temor de dañar el feto. Si bien no sienten un deseo sexual, al sentirse más inseguras y frágiles, aumentan la necesidad de mimos,

caricias y cuidados. Muchas parejas son más prudentes, evitan empujes fuertes, profundos y excesivamente rápidos.

Luego del parto, el reinicio de la actividad sexual necesita de cierto tiempo, aproximadamente 30 a 40 días. Período durante el cual sus tejidos vuelven a su estado anterior al embarazo (Moreno, 2005).

### **Fases del Ciclo Sexual en la Mujer Embarazada**

La lubricación vaginal aumenta en constancia y en cantidad sobre todo en las multíparas. El fenómeno de elongación vaginal se va perdiendo a medida que crece el útero, esto se explica por el efecto de gravedad ejercido por el útero sobre el canal vaginal. Hay aumento de tamaño y edema de los labios mayores, este fenómeno sólo se da en las multíparas.

Debido a la vasocongestión que se produce en el segundo trimestre no se produce el aplanamiento de los labios mayores tanto en primerizas como en multíparas.

La protusión de los labios menores es mayor en el primer trimestre y segundo trimestre de la gestación que en el tercero.

La vasocongestión mamaria que se ve principalmente en el primer trimestre del embarazo, provoca aumento del tamaño y dolor, lo cual no ocurre en los trimestres posteriores.

### **Meseta**

Aumento de la plataforma orgásmica. Esto ocurre en el primer y segundo trimestre, y no en el tercero debido a la edema que se produce en el tercio extremo de la vagina. Lo anterior es más notorio en las multíparas que en las primigestas.

Cambios en la coloración de los labios mayores y menores. No ocurre a lo largo de toda la gestación. La elevación del útero hacia arriba y hacia atrás, observada

comúnmente en esta fase no ocurre debido al aumento de tamaño del útero y su ubicación en el abdomen.

### **Orgásmica**

Los cambios en las contracciones vaginales, no sufren modificaciones en el primer y segundo trimestre y la congestión vaginal que se produce en el tercer trimestre impide la observación de éstas.

Las contracciones que se producen en la fase orgásmica pueden causar un espasmo tónico en el útero, con disminución en la frecuencia cardiaca fetal, fenómeno de carácter transitorio que no tiene repercusiones para el feto. Hay aumento de la calidad orgásmica.

### **Resolutiva**

El alivio de la congestión es más lento. En el segundo y tercer trimestre del embarazo, la vasocongestión se mantiene de 10 a 15 minutos en la primigesta y de 30 a 40 minutos en la múltipara, en el primer trimestre ocurre como en la no embarazada, este hecho puede provocar niveles remanentes de excitación. El alivio post-orgásmico es lento y transitorio (Sayle, 2004).

## **El Deseo Sexual en el Embarazo**

Es especialmente en el primer trimestre de gestación cuando ocurre una verdadera revolución hormonal en el cuerpo femenino. Su organismo se está acostumbrando para dar el albergue más confortable al nuevo ser y este proceso demanda una serie de adaptaciones que podrían incidir en el deseo sexual femenino. Según los especialistas en el tema, 40% de las mujeres experimenta ésta disminución, 50% mantiene el mismo nivel de deseo y entre el 5% y el 15% experimenta un aumento.

El papel que decida jugar el hombre en este momento de la vida de sus parejas es

importante. Unos se mostrarán ansiosos por haberse sentido desplazados y otros, quizás más asertivamente, optan por integrarse al juego del amor romántico con su pareja y comparten con ella sus inquietudes maternas e incluso prefieren no propiciar la intimidad por miedo a dañar al feto.

La espera de un bebe cambia radicalmente la situación de las parejas. Esa mujer que antes se mostraba dispuesta y cariñosa y se preocupaba por estar bella en todo momento, hoy quiere dormir todo el tiempo, siente nauseas, vomita y experimenta una serie de malestares que su pareja debería tratar de entender. A él también lo asaltan dudas sobre la idoneidad para representar el papel de padre y los esfuerzos económicos que el nuevo ser implica. Tal vez sienta que el dueto madre-hijo es demasiado fuerte para ser quebrantado, es decir que él esta de más.

Entre los miedos que asaltan a la mujer tras la noticia de su embarazo, esta la perdida de su atractivo y el hecho de que los cambios de su cuerpo provoquen en su pareja la muerte del deseo. En la mayoría de los casos éste y otros temores son superados después que transcurren los primeros tres meses de gestación, cuando ella ya esta segura que todo marcha bien y siente revivir su coquetería y, por ende sus deseos por tener sexo.

En ésta parte del embarazo, el cuerpo femenino presenta una congestión vascular que se traduce en el arribo de mayor cantidad de sangre a los vasos sanguíneos pélvicos y el deseo sexual aumenta, especialmente en las mujeres que han dado a luz uno o más hijos. Durante la gestación las relaciones sexuales son buenas, no solo para la pareja sino para el padre, porque propician de alguna manera su encuentro con el bebe. Es cierto que los encuentros íntimos no le hacen daño alguno al feto, pero es bueno adoptar posiciones en las que el abdomen femenino no se vea presionado. En este sentido es mejor que la mujer se sienta sobre el hombre.

Faltando tres meses para dar a luz la revolución emocional de los primeros días del embarazo vuelven a tomar por sorpresa a mamá, quién comienza a experimentar incomodidades: El peso del vientre no la deja dormir, el feto ocasionalmente se encaja en sus costillas, se mueve constantemente, le cuesta respirar cuando esta acostada, tiene permanentes ganas de orinar, entre otras. El deseo sexual vuelve a deprimirse. El padre de la criatura por su parte, podría experimentar rechazo por la apariencia voluminosa de su mujer y quizás prefiera dedicarse a mirarla y complacerla para hacerle más llevaderos los últimos meses de espera (Babedes, 2004).

La sexualidad no es algo aislado de lo físico y psicológico, muy por el contrario, estos tres elementos interactúan permanentemente. Por lo tanto, los cambios fisiológicos y emocionales que experimenta la madre durante el embarazo y en muchos casos el padre, pueden conducir a transformaciones en la vivencia sexual de la pareja.

Si entendemos que concebir, gestar, dar a luz, y amamantar, hacen parte vital de la experiencia psicosexual de la pareja, empezaremos a describir las relaciones existentes entre los distintos aspectos de una sexualidad, donde integramos gozosamente en una caricia nuestros cuerpos, espíritus, sensaciones y sentimientos (Vargas, 2003, p. 15).

Es posible que durante la gestación, la futura madre y su pareja experimenten algunos cambios de actitud con relación a su vivencia sexual, puesto que la espera de un nuevo hijo, conduce al hombre y a la mujer a convertirse en padre y madre, significando esto el dejar de ser pareja. La relación amorosa continúa y es vital tanto para la pareja como para el nuevo ser. Durante la gestación puede darse en la mujer una disminución del deseo y la frecuencia sexual, asociado a cambios hormonales y fisiológicos, sensaciones dolorosas, temores frente al bienestar del bebé, las primerizas tienen menos tendencia a sentir interés sexual y en las multíparas el

interés sexual es estable o incluso incrementa en el primer trimestre. Sin embargo en el segundo trimestre se superan los malestares del primer trimestre y por lo general se presenta un aumento marcado del erotismo, el deseo sexual y la sensibilidad. Y nuevamente en el tercer trimestre debido a los cambios corporales que pueden generar emociones negativas por sentirse menos atractivas y seductoras, molestias como fatiga, acidez, dificultad para dormir y los temores de pérdida del bebé puede disminuir el deseo sexual, pero la relación amorosa debe mantenerse pues contribuye a satisfacer los deseos de afecto, libera las tensiones, reafirma la autoestima, ejercita los músculos para el parto y satisface el cuerpo y el espíritu (Vargas, 2003).

Durante el embarazo la mujer puede sentir ansiedad frente a aspectos relacionados con la actividad sexual como: temor a que el bebé perciba la relación íntima, hacerle daño al bebé o provocar su pérdida, que las náuseas y molestias interfieran con la relación (síntomas del embarazo) y le ocasionen problemas respecto a las exigencias sexuales de su pareja y que sus cambios corporales evidentes le resten atractivo sexual, causando en la embarazada ciertas actitudes que pueden influir en la normalidad de la actividad sexual habitual. Por esto durante el embarazo, se producen múltiples y profundos cambios, en la pareja, que pueden afectar distintas áreas de la relación. En muchos casos, por no estar debidamente informados y consecuentemente preparados, estos cambios suelen afectar una de las áreas que se muestra como la más vulnerable al daño, la sexualidad.

La historia sexual de cada pareja, el grado de conformidad y satisfacción que cada uno tiene de su propia sexualidad, la salud sexual previa al embarazo, el nivel de comunicación que tengan los cónyuges entre sí, y especialmente “el nivel de información” que tengan sobre “los cambios normales” que se aproximan, determinarán la predisposición o no, a padecer dificultades o trastornos sexuales

durante la gestación.

Dentro de la diversidad y complejidad de cambios que sufre una pareja embarazada, se observan con mayor frecuencia como generadores de dificultades sexuales, el cambio que cada miembro de la pareja experimenta de acuerdo al significado que subjetivamente ella o él otorga, a la maternidad o a la paternidad que se aproxima. Además de los cambios psicológicos de cada uno, hay que considerar los que ellos experimentan “como pareja” con la incorporación del hijo a sus vidas y con el sentimiento de exclusión que eso puede acarrear para el varón. A la vez las modificaciones fisiológicas a lo largo de la gestación, para algunas mamás y papás pueden provocar una alteración desagradable en la imagen corporal erótica de la mujer. En estas circunstancias, “ellas” podrían no sentirse seductoras y sensuales para el sexo, o “ellos” podrían no sentirse motivados, por un cuerpo que ha perdido cualidades eróticas (Marega, 2005).

Para las parejas que creen que el único objetivo de la relación sexual es el tener hijos, es evidentemente que el embarazo va a significar que “ya cumplió como hombre y como mujer” y por tanto, no es necesario tener más relaciones erótico-sexuales, o bien se ven desplazadas a un segundo término dentro de su vida de pareja.

Lo mismo puede suceder con los varones que hacen una diferencia, consciente o no consciente, entre sexualidad y maternidad. Por tanto, cuando una mujer ha quedado embarazada pasa de ser esposa-amante a madre-virgen y se vuelve intocable.

Para aquellas parejas que tienen una relación estable y creativa, el embarazo puede significar la posibilidad de enriquecer su comunicación y su vida afectiva, así como introducir prácticas sexuales más placenteras que prescindan del coito o que



varíen la forma en que éste se realiza. Sin embargo, esta posibilidad solo se realizará si se asume realísticamente que habrán cambios dentro del cuerpo de la mujer, en su disposición de tiempo y energía y por tanto, que la relación en su totalidad, será afectada por el nuevo hijo, que tendrá demandas de atención, afecto y seguridad, que dependiendo de la calidad previa en la relación de pareja podrán enriquecerla o empobrecerla e incluso destruirla (Velasco, 2004).

## **ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **Método de Investigación**

Este trabajo se basó en la investigación cualitativa que tiene como objetivo la comprensión de complejas interrelaciones que se dan en la realidad, centrada en la indagación de los hechos. Valiéndose del método científico para la descripción, comprensión experiencial y múltiples realidades que constituyen percepciones, creencias, emociones y acciones humanas, desde el punto de vista de una población específica con características comunes, como es el caso de las mujeres en período de gestación, protagonistas de esta investigación.

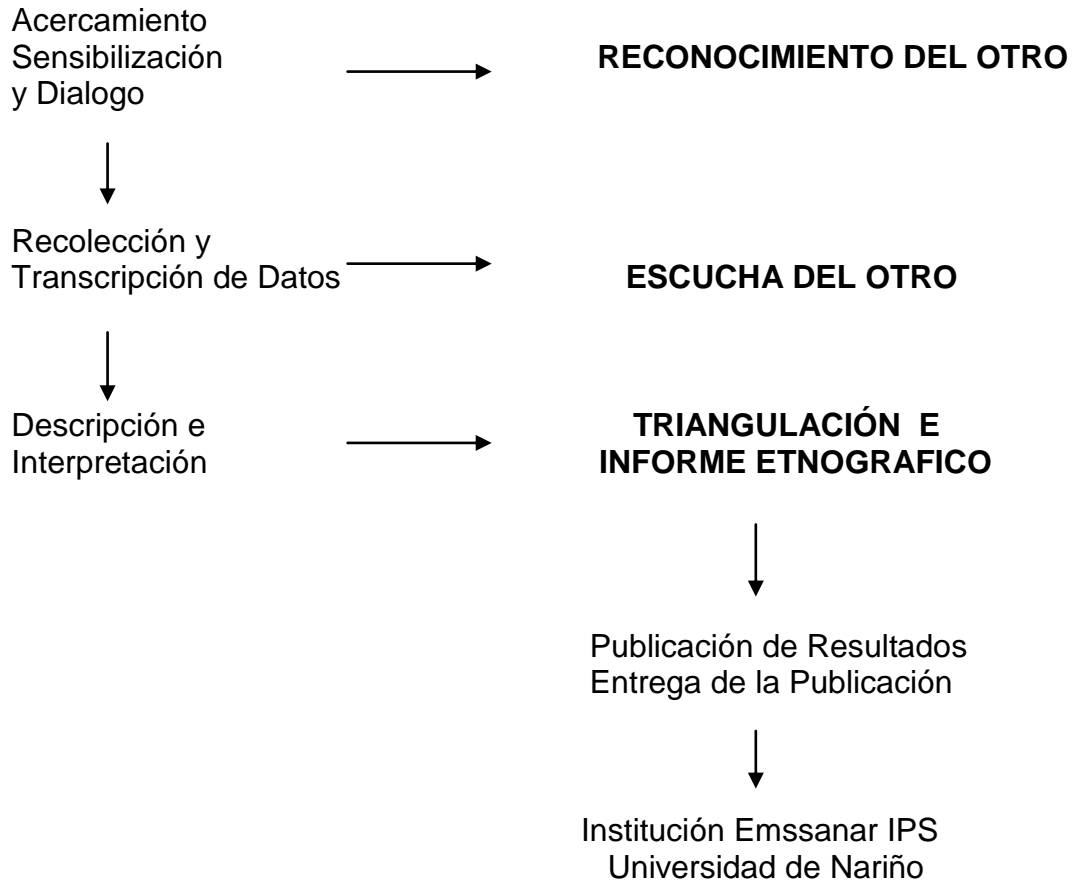
Permitiendo así estudiar la realidad en su contexto natural, buscando sacar sentido de, o interpretar las situaciones habituales y la experiencia personal, en la que subyacen actitudes presentes en la mujer embarazada, frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo, a través del contacto directo y personal de las investigadoras con el grupo; construyendo la interpretación que cada mujer gestante otorga, a la vivencia de la relación sexual a lado de su pareja, en esta nueva experiencia de vida.

### **Enfoque de Investigación**

Esta investigación esta orientada desde la etnografía, a través de la cual se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, que persigue esencialmente la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado. Basada específicamente en la microetnografía, interesada por una situación dada (Rodríguez, Gil y García, 1999), como la que viven las madres gestantes en el último trimestre del embarazo.

Esta investigación se desarrolló en dos momentos correspondientes a: 1). La etnografía como proceso, en la cual se realizó un trabajo de campo durante 3

meses, a través del acercamiento a las madres, la sensibilización y el dialogo con ellas. Esta escucha del otro permitió hacer una lectura mediada por los registros, en los que encontramos al otro, su voz y su visión de la realidad. 2). Y la etnográfica como producto correspondiente al informe etnográfico, basado en la descripción e interpretación de la realidad de las madres; a través de la interrelación entre la realidad, la teoría y el observador-investigador (Triangulación interpretativa).



**Figura 2.** Esquema del desarrollo de las etapas metodológicas de la investigación.

### **Unidad de Análisis**

El desarrollo de la presente investigación se realizó con madres gestantes, durante el transcurso del último trimestre del embarazo; teniendo en cuenta que las participantes del trabajo investigativo, cumplieran las siguientes características: género femenino, en período de gestación del último trimestre del embarazo (8 o 9

meses), con pareja estable, afiliadas a Emssanar IPS del municipio de Pasto y quienes no tuvieran contraindicada la relación sexual durante el período de gestación.

### **Unidad de Trabajo**

La conformación del grupo de estudio, se realizó a través de una muestra no probabilística o dirigida, en la cual las madres seleccionadas, cumplieron las características específicas ya mencionadas y quienes por su propia voluntad y decisión quisieron participar en el desarrollo de la presente investigación. Este muestreo por conveniencia no se establece en términos estadísticos, ya que pretende interesarse en un grupo determinado como son las madres gestantes; debido a que su disponibilidad facilita la recolección de datos, que resultó conveniente para el desarrollo de nuestro estudio (Agreda, 2004). El grupo de participantes fue conformado por 9 madres gestantes, teniendo en cuenta las características establecidas y su participación voluntaria.

### **Proceso de Análisis**

Teniendo en cuenta los parámetros de la investigación cualitativa de tipo descriptivo, se hizo uso de la reflexión, paralela a la recogida de datos en el último trimestre del embarazo. Para precisar los resultados obtenidos en la recolección de datos se utilizaron procedimientos como:

**Esfuerzos de validación:** En este caso se utilizó como criterio de validación el someter los instrumentos (entrevista individual y a grupo focal y formato con respuesta tipo Likert) a un proceso de validación por expertos, garantizando que los instrumentos evaluarán el objeto de estudio. Así como también se realizó la triangulación entre instrumentos, validando la información recolectada entre sí.

**Ponderación de la evidencia:** Garantizando que las participantes tienen la

capacidad de brindar información veraz sobre el tema de estudio y se sienten comprometidas con la investigación; ésto a través de la selección de la muestra, teniendo en cuenta las características específicas establecidas para la conformación del grupo de participantes y a través de la participación de manera voluntaria y por decisión propia.

Reacciones de la población estudiada: Esto mediante la retroalimentación de las participantes acerca de los resultados o hallazgos encontrados, en donde las participantes identificaron su situación, en la interpretación de los datos recogidos por las investigadoras (Baztán, 1995).

Teniendo en cuenta el propósito de la investigación “Comprender las actitudes que asume la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo”, se estructuraron los objetivos específicos, basados en los componentes que constituyen a las actitudes, como son: Componente cognitivo (conocimientos y creencias), Componente afectivo (emociones) y Componente conductual (actividades somatosexuales). Estableciendo como categoría las actitudes y como subcategorías los componentes de las actitudes como: conocimientos, creencias, emociones y comportamientos sexuales.

Para la recolección de datos se utilizaron técnicas cualitativas como: la entrevista individual y a grupo focal, y técnicas cuantitativas como: un formato con respuesta tipo Likert. La información recolectada fue organizada en matrices descriptivas, las cuales constituyen un recurso útil para describir sistemáticamente volúmenes grandes de información, para poner a prueba hipótesis y para descubrir patrones culturales que no son evidentes cuando se analizan por separado las categorías (Baztán, 1995). Inicialmente se establecieron matrices categoriales, en las que se especifican los objetivos que orientan la investigación y matrices de información conformadas por las

respuestas a las preguntas orientadoras de cada instrumento utilizado, siendo el reflejo de la realidad desde la visión de la experiencia vivencial de las madres y concluyendo con la interpretación de las investigadoras a través de proposiciones, frente a las percepciones de las participantes.

El análisis de la información se inició de forma deductiva, para la codificación y análisis de los primeros datos, sin pretender verificar conceptos previamente definidos, estableciendo las categorías descriptivas tales como los componentes de las actitudes, las cuales se derivan del reflejo directo de la teoría y del problema bajo estudio. Posteriormente se constituyeron proposiciones, que significan enunciados que pueden ser juzgados en términos de verdad o falsedad, en tanto que designan un fenómeno observable (McCall y Simmons, 1969 citado por Deslauriers, 2004), referidas a los temas de estudio, las cuales permitieron no perder de vista el contenido original de nuestra investigación y consecutivamente de forma inductiva, se estudian los hechos para extraer un concepto más general que se aplicará a varios casos, fiándose de los datos para hacer emerger conceptos, teorías e hipótesis (Deslauriers, 2004), planteando categorías que demuestran patrones culturales derivados de los datos.

La interpretación de la información recolectada en este proceso investigativo, buscó alcanzar aquello que está oculto en la inmediatez de la mirada, mediante la interrelación entre la realidad, la teoría y el observador-investigador. La realidad conformada por las percepciones, experiencias y reflexiones plasmadas en los registros, representados en el producto descriptivo que articuladamente manifiesta la forma y apariencia del otro; la teoría acumulada que se constituye de las conceptualizaciones, que articulan las distintas disciplinas específicas, a las que se recurrió para profundizar la comprensión del objeto de estudio y a las que se

contribuye desde el proceso de interpretación; y el observador-investigador como portador de experiencias, prejuicios, saberes y conocimiento (Tezanos, 2002). Logrando la construcción del informe etnográfico en el cual se ve reflejado el conjunto de experiencias, creencias, emociones y comportamientos de las madres en período de gestación, la relación de éstas con la teoría y nuestra percepción como investigadoras; construyendo así nuevos postulados que hacen referencia a los hallazgos encontrados en el proceso investigativo y a la vez aportan a las madres, a la Institución Emssanar IPS, a la construcción de nuevos conocimientos en psicología y a nuestra experiencia y enriquecimiento personal y profesional.

### **Instrumentos de Evaluación**

En el transcurso de la investigación, la recolección de datos se realizó durante el último trimestre del embarazo entre el octavo y noveno mes, teniendo en cuenta la fecha establecida para el parto en cada una de las participantes. En los meses ya mencionados se llevó a cabo la aplicación de técnicas como la entrevista a grupo focal, entrevista individual y la utilización de un formato con respuesta tipo Likert.

Los anteriores instrumentos fueron contruidos por las investigadoras y posteriormente revisados y validados por jueces, quienes retroalimentaron de manera escrita los formatos, con sugerencias para cada ítem o pregunta; teniendo en cuenta que los aspectos a evaluar para cada uno de éstos, se refieren a la pertinencia y claridad del enunciado. Por lo anterior se hicieron las modificaciones respectivas en cada instrumento, con el fin de disminuir la influencia del sesgo de las investigadoras.

### **Entrevista a Grupo Focal**

El emplear la entrevista a grupo focal, es una estrategia que permitió recolectar

gran cantidad de información de las participantes, acerca de los conocimientos respecto a la relación sexual en el último trimestre del embarazo. La entrevista a grupo focal (Ver anexo 1) fue el primer instrumento empleado en la recolección de datos de la investigación y el desarrollo de ésta propició en las participantes la expresión libre y espontánea, guiando la entrevista con preguntas abiertas establecidas con anterioridad por las investigadoras.

### **Entrevista Individual**

La utilización de la entrevista, a través del intercambio verbal en forma de preguntas y respuestas, que tuvo como lugar una situación real, proporcionó la aproximación a las percepciones que tienen las madres, acerca de la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, permitiendo obtener información más precisa de las emociones vivenciadas acerca de éste. La entrevista individual con preguntas abiertas (Ver anexo 2), dirigida a aspectos específicos, facilitó el proceso de comunicación, la confidencialidad y la obtención de información más profunda.

### **Formato con Respuesta Tipo Likert**

La utilización y construcción del formato con respuesta tipo likert por parte de las investigadoras, se basó en los siguientes supuestos: a). La actitud es posible estudiarla a partir de una serie de ítems (Enunciados); b). Existe continuidad entre un punto favorable, donde se puede ubicar las respuestas de la persona; c). La valoración de los sujetos en la variable antes mencionada, no supone una distribución uniforme sobre el continuo de actitudes, sino una posición favorable o desfavorable con respecto al objeto de la actitud a estudiar (León, et al.1998).

El formato con respuesta tipo Likert consta de enunciados breves, específicos y delimitados, orientados a identificar las creencias y comportamientos, relacionados con la relación sexual durante el último trimestre del embarazo. Los enunciados de



éste hacen referencia a la aceptación o no de creencias erróneas y a la frecuencia de comportamientos sexuales durante el último trimestre del embarazo (Ver anexo 3).

## RESULTADOS Y ANALISIS

A continuación se presentan los resultados cualitativos, obtenidos con la realización de este estudio, a través de la utilización de matrices categoriales, estableciendo el objetivo general y los objetivos específicos desde cada componente de las actitudes como son: Componente cognitivo (conocimientos y creencias), Componente afectivo (emociones) y Componente conductual (actividades somatosexuales), y posteriormente matrices de información de la entrevista a grupo focal (conocimientos) e individual (emociones), en las cuales se destaca la realidad vivida por las participantes y la interpretación de las investigadoras a través de proposiciones.

Además de esta descripción se presentan los resultados cuantitativos, obtenidos a partir de la realización del formato con respuesta tipo Likert, en el que se sistematizan los resultados por cada ítem y se hace una breve interpretación de éstos.

Finalmente se presenta la matriz de análisis deductiva e inductiva en la cual se realizó la categorización de los resultados.

Tabla 1 Matriz de Categoría Actitudes.

Objetivo General	Pregunta Orientadora	Categoría	Conceptualización
Comprender las actitudes de la mujer embarazada afiliada a Emssanar IPS, frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo	¿Qué actitudes tiene la mujer embarazada afiliada a Emssanar IPS, frente a la relación sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo?	Actitudes	Actitudes: creencia o sentimiento de una persona que determina su predisposición a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y sujetos que la rodean y que, por lo tanto influye en su comportamiento. La integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre si (Farré y Lasheras, 1999)

Tabla 2 Matriz Subcategoría Componente Cognitivo.

Objetivo Específico	Pregunta Orientadora	Subcategoría	Conceptualización	Técnica	Fuente
Identificar los conocimientos que tiene la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja en el embarazo.	¿Qué conocimientos tiene la mujer embarazada frente a la relación sexual con su pareja en el embarazo?	Componente Cognitivo (Conocimientos y creencias)	Componente Cognitivo: Es la evaluación que una persona hace de un objeto o situación, en conjunto con las creencias originadas por experiencias personales con el objeto, o de la información indirecta proveniente de otras personas o medios.	Entrevista Individual	Madres gestantes afiliadas a Emssanar IPS.
Determinar las creencias que surgen en la mujer durante la gestación acerca del encuentro sexual.	¿Qué creencias surgen en la mujer durante la gestación acerca del encuentro sexual?			Formato con respuesta tipo Likert	Madres gestantes afiliadas a Emssanar IPS.

Tabla 3 Matriz Subcategoría Componente Afectivo.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Pregunta Orientadora</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Técnica</b>	<b>Fuente</b>
Reconocer las emociones experimentadas por la mujer gestante, en relación al encuentro sexual con su pareja.	¿Qué emociones experimenta la mujer gestante en relación al encuentro sexual con su pareja?	Componente Afectivo (Emociones)	Componente Afectivo: Es una reacción emotiva positiva o negativa, asociada con el conocimiento que la persona tiene respecto del objeto de la actitud. Pueden considerarse como emociones: Ira, cólera, tristeza, alegría, culpa, vergüenza, sorpresa, entre otros.	Entrevista Individual	Madres gestantes afiliadas a Emssanar IPS.

Tabla 4 Matriz Subcategoría Componente Conductual.

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Pregunta Orientadora</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Técnica</b>	<b>Fuente</b>
Describir las actividades somatosexuales adoptadas por las madres en el último trimestre del embarazo.	¿Qué actividades somatosexuales adopta la mujer embarazada en el último trimestre del embarazo?	Componente Conductual (Actividades somatosexuales)	Componente Conductual: Incluye la respuesta (Acción o conducta) ante la presencia de conocimientos, creencias y sentimientos que se tienen frente al objeto de la actitud, lo que determinaría la tendencia a comportarse de cierta manera.	Formato con respuesta tipo Likert	Madres gestantes afiliadas a Emssanar IPS.

Tabla 5 Matriz de Información Entrevista a Grupo Focal. Componente Cognitivo (Conocimientos).

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposición
Componente Cognitivo Conocimientos	¿Qué es para ustedes la relación sexual?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Humm... bueno pues..., No! normal, osea es algo con mucho amor como con mi esposo nos queremos”.</li> <li>- “La relación sexual para mí es cuando uno ya esta con un hombre, con el esposo. Cuando uno se enamora y decide casarse, ya con responsabilidad”</li> <li>- “Pues, la relación sexual puede ser de diferentes maneras, para mí es como un estímulo que tenemos los hombres y las mujeres, que no siempre tiene que ser ligado al embarazo”.</li> <li>- “Pues para mí es como una cosa íntima entre dos personas, entre un hombre y una mujer”.</li> <li>- “Es algo muy normal que se da entre todas las parejas y pues es un factor como muy necesario para una relación de pareja”.</li> <li>- “Es una manera de entrar en contacto y confianza con la pareja, donde se unen y se goza del amor que se siente”.</li> <li>- “La relación sexual es un encuentro íntimo entre dos personas (Hombre y mujer) que comparten un sentimiento”.</li> <li>- “Como, demostrarse no se el amor, no se”.</li> <li>- “Que se una más la pareja, eso se llama unión”.</li> </ul>	<p>Las participantes valoran positivamente la relación sexual y hacen definiciones que resultan ser confusas; manifestando incomodidad y evitando hablar abiertamente sobre ésto, debido a que para ellas es algo que se sobreentiende y por tanto no es necesario describirlo.</p> <p>Para las participantes la relación sexual más que estar basada en la genitalidad se fundamenta en un vínculo afectivo con su pareja y es necesaria para ellas cuando se tiene una relación de pareja estable.</p> <p>Para cada participante la percepción de la relación sexual y su</p>

			práctica es diferente.
	¿Qué información recibieron de sus padres sobre la relación sexual?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Pues en realidad no mucha, No! con mi mamá nunca hablamos de eso”.</li> <li>- “Ninguna”.</li> <li>- “Pues la información que se recibe es como poca No!, más bien uno se informa como en el colegio, en charlas así, pero lo que si me decían en mí casa era que... pues, siempre estaba errada la concepción, entonces siempre me decían que solo era para traer los niños, sólo para quedar embarazada”.</li> <li>- “He! que debía cuidarme, más que todo con las infecciones, que por que todos no son sanos”.</li> <li>- “No, nada de parte de ellos”.</li> <li>- “La información es nula, ya que por la misma cultura sienten tapujos o vergüenza de hablar con los hijos sobre esto”.</li> <li>- “Ninguna, ya que hasta hace muy poco las relaciones sexuales son un tema mucho más abierto”.</li> <li>- “Nada”.</li> <li>- “Ninguna”.</li> </ul>	La mayoría de las participantes dan a conocer que no recibieron información referente al tema y aquellas que si la recibieron fue inadecuada o dirigida a la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual.
	¿Qué información recibieron sobre la relación sexual en la institución educativa a la que pertenecieron?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No, no nos decían nada en el colegio”.</li> <li>- “Humm... No, no nos hablaban de eso”.</li> <li>- “Fue un poco más avanzada la información, nos explicaban como se tiene la relación. Humm... que hay diferentes posiciones, que hay diferentes métodos para no quedar embarazada o para no tener enfermedades,</li> </ul>	La mayoría de las participantes recibió información sobre la relación sexual, orientada en gran medida a la prevención del embarazo y de



		<p>eso más que todo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Allá nos decían siempre que el sexo no era tabú, sino que era una relación natural, donde se encontraban dos seres”.</li> <li>- “En el colegio sí recibí información, que tocaba cuidarse, de las enfermedades y del embarazo”.</li> <li>- “La información es clara, pero de pronto por la edad en que uno está no le pone tanto cuidado”.</li> <li>- “Muy poca, porque en ese momento no era considerado un tema para llegar a hacer una materna”.</li> <li>- “De cuidarse, de los preservativos”.</li> <li>- “Las relaciones sexuales es algo natural y tenemos un derecho pero cuidándonos”.</li> </ul>	<p>enfermedades de transmisión sexual. Y algunas madres no recibieron ningún tipo de información</p> <p>En el contexto educativo se habla con mayor naturalidad sobre la sexualidad que en el hogar, sin embargo aún se percibe, una limitación frente a lo que es la relación sexual en su totalidad.</p>
	<p>¿Qué conoce sobre la relación sexual durante el embarazo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Pues, en ocasiones dicen que es mala, que no se que, que da mucho susto pero realmente no sé... yo pienso que es natural”.</li> <li>- “No, casi nada”.</li> <li>- “He, que, pues no debemos tener relaciones frecuentes por que a veces corre peligro el bebé”.</li> <li>- “Pues, según lo que me han dicho, siempre y cuando uno no tenga problemas con el bebé, pues no es malo, siempre y cuando el médico lo permita de lo contrario no se puede”.</li> <li>- “Pues que hay descontrol, que a veces uno quiere hacer el acto y otras no, siempre y cuando se pueda”.</li> <li>- “Se que es buena, siempre y cuando no se</li> </ul>	<p>La mayoría de las participantes dan una apreciación positiva acerca de tener relaciones sexuales durante el embarazo, a excepción de tener contraindicación médica.</p> <p>Una de las participantes desconoce acerca de la relación sexual durante el</p>

		<p>abuse, relaja los músculos y el coito ayuda o es una forma de ejercicio para preparación del parto, además de mejorar las relaciones afectivas de la pareja y por tanto con el bebe”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Que es muy importante”.</li> <li>- “Que se puede hacer, pero que hay en casos clínicos pues que no”.</li> <li>- “Como normal”.</li> </ul>	embarazo.
	¿Cuáles son las fuentes de las que ha obtenido información sobre la relación sexual durante el embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Pues... con otras personas que tienen experiencia o de los médicos pues ellos dicen si se puede o no”.</li> <li>- “Pues, de pronto de personas que me dicen o leyendo, de la TV, pues yo he leído bastante de libros de embarazo de los médicos y pues dicen que es algo normal”.</li> <li>-“No, ninguna, lo que yo he sentido”.</li> <li>- “De los médicos de Emssanar”.</li> <li>- “No hasta ahora ninguna”.</li> <li>- “Libros maternos, amigos, programas de televisión”.</li> <li>- “Muy poca, pues de los médicos”.</li> <li>- “En la clínica”.</li> <li>- “Centros de salud”.</li> </ul>	<p>Las mayoría de las participantes obtuvo conocimientos acerca de la relación sexual durante el embarazo, en gran parte de instituciones de salud y en ocasiones de la televisión, libros o de otras personas. demostrando interés por ahondar en la temática debido a las dudas que surgen en ellas. Algunas participantes no recibieron información.</p>
	¿Qué cambios se dan en la relación sexual en cada trimestre del embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>“No, no sé. No tengo claro cuales serán”.</li> <li>- “No, no sé”</li> <li>- “No, no sé cuales son”.</li> <li>- “Pues, he... al principio uno no quiere a uno le da como asco entonces uno no tiene relaciones, después es como que a uno le va</li> </ul>	<p>Las opiniones de las participantes respecto al tema son divididas, ya que algunas madres desconocen los cambios presentes en</p>

		<p>quitando eso y le da un poquito de atracción. Ahora pues no se puede por que el feto ya esta desarrollado y uno se siente como incómodo, como que fastidia como que, he... como que sí ya lo va a machucar o así”.</p> <p>- “¿Cambios?... No, pues no sé”.</p> <p>“Es diferente, en el primer trimestre no me provocaban y los mismos malestares del embarazo y el sueño hacían imposibles éstas, en cambio en el segundo trimestre se alborotaron las ganas y el deseo hacía mi pareja era tanto que hasta soñaba con esto. Para el tercer trimestre se normalizó y se volvió normal, claro que el mismo cambio del cuerpo hacen que se cambien formas y poses.</p> <p>Lo que si es común durante el embarazo y lo jarto de la relación es que el cuerpo ya no lubrica como lubricaba antes por lo tanto la penetración se vuelve dolorosa y de pronto por eso es la pereza de la mujer de tener relaciones”.</p> <p>-“Tengo entendido que en el último periodo de embarazo hay que tener mucha más precaución con las relaciones sexuales”.</p> <p>-“Al principio normal, pues si es normal el embarazo, después como incómodo y a lo último horrible, preferiblemente no”.</p> <p>-“No, yo no noté ningún cambio”.</p>	<p>cada trimestre del embarazo, la mayoría de ellas los expresan a partir de su experiencia personal y solo una madre no ha percibido cambios.</p> <p>De acuerdo con la experiencia de aquellas participantes que dieron a conocer la presencia de cambios en la relación sexual durante el embarazo, se puede decir que el deseo sexual disminuye en el primer trimestre, en el segundo hay un aumento y en el tercero la disminución del deseo es aún mayor que en el primero.</p> <p>Se manifiesta rechazo a la relación sexual y una posterior adaptación a ésta, durante el último trimestre del embarazo, adoptando una reacción más positiva.</p>
		<p>- “Pues la verdad yo no práctico eso tan seguido, pero yo creo que una vez a la</p>	<p>En las respuestas que</p>

	<p>¿Con que frecuencia la mujer embarazada puede tener relaciones sexuales con su pareja?</p>	<p>semana”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “No sé, pues eso depende de la mujer no!, unas mujeres tienen frecuente, otras no, otras no les da deseo ni por siempre, otras cada 15 o cada 8, así”</li> <li>- “No, tampoco sé”</li> <li>- “Pues yo creo que 2 veces al mes”</li> <li>- “Pues ay si no sabría como decirle, es que como yo soy la primera vez, pues no sé, estoy todavía como a ciegas”.</li> <li>-“Se las puede tener cuando se sientan las ganas de estar con la pareja”.</li> <li>-“Cada vez que se pueda”.</li> <li>-“Cuando quiera”.</li> <li>-“Son menos frecuentes que cuando uno no tiene bebé abordo”.</li> </ul>	<p>dan la mayoría de las participantes se hace evidente una confusión relacionada con la frecuencia de la relación sexual durante el embarazo, por lo que hacen suposiciones frente a ésto. Además se percibe en algunas madres el rol de poder frente a la decisión de tener o no relaciones sexuales.</p>
	<p>¿En que meses del embarazo se puede tener relaciones sexuales con la pareja?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Según lo que me han dicho sólo, en los primeros meses porque después es más difícil, la barriga le va creciendo y ya se vuelve incómodo”.</li> <li>- “En los primeros meses”.</li> <li>- “No sé, no sabría decirle con exactitud”.</li> <li>- “No lo tengo claro, pero yo creo que eso depende de la constitución que tenga cada mujer”.</li> <li>- “Pues en los anteriores meses es como más normal, cuando uno no tiene tan grande la barriga”.</li> <li>-“En todos los meses, teniendo en cuenta que sobre todo en el último mes se debe tener en cuenta el cambio del cuerpo”.</li> </ul>	<p>La mayoría de las participantes piensa que en los últimos meses de embarazo la dificultad de tener relaciones sexuales es mucho mayor, especialmente por el crecimiento del vientre, por esto para ellas es más posible la relación sexual en los primeros meses de embarazo. Dos participantes creen que se puede tener</p>

	<p>- “Hasta el octavo mes”          - “En todos”.          - “En los últimos ocho y nueve le recomienda el médico que sean menos frecuentes”.</p>	<p>relaciones sexuales durante todo el embarazo.</p>
<p>¿De que manera influye la actividad sexual en la relación pareja durante el último trimestre del embarazo?</p>	<p>- “La relación sexual pues ayuda mucho, pues, dicen que cuando la mujer esta embarazada le dan más ganas de estar con el hombre y todo, pero para mí no es que influya mucho porque en el embarazo y en mis relaciones sexuales todo a seguido siendo normal”.</p> <p>- “Pues hay discusiones hay problemas de comprensión de... de empatía todo eso, porque no se hace el acto sexual”.</p> <p>- “Humm... afecta porque da mucho cansancio, entonces no se querer porque como yo trabajo llego cansada. Pues el problema es con mí esposo porque es muy celoso y me dice que de pronto tengo otro y por eso no quiero tener nada con él”.</p> <p>- “En mi caso no ha influido, ni a mejorado, ni a empeorado, sigue igual”.</p> <p>- “Pues afortunadamente en mi relación no ha influido negativamente, porque a pesar de que mí esposo se pone de mala cara, hemos hablado y él pues acepta que no podemos, porque le podemos hacer daño al niño y él entiende y no ha pasado a mayores.”</p> <p>- “Pues depende porque hay relaciones que se hacen cuando nace, pero hay otras que como que toca y uno no quiere, es como ceder un</p>	<p>Existen opiniones diferentes frente a la actividad sexual durante último trimestre del embarazo: Para algunas participantes los cambios experimentados en ésta no han influido de ninguna manera en la relación de pareja, pero en cambio para otras, estos cambios han generado conflictos en la relación, y para algunas participantes la actividad sexual ha influido en la relación de pareja sin generar malestar en ésta.</p> <p>A partir de los cambios presentes en la actividad sexual durante el último trimestre del</p>

		<p>poquito, yo creo que influye arto en el acercamiento del papá con el estado de embarazo”.</p> <p>-“No pues ya no dan ganas de hacer nada, por el cansancio, el agotamiento y uno se siente mal”.</p> <p>-“Es que por ejemplo no es que uno quiera, sino que le toca, más por ellos para que no se vayan para otro lado, a mi no me gusta, pero me parece que es un irrespeto con el bebé”.</p> <p>-“En el último yo no quería que me tocará mi pareja pero el era comprensivo, también yo quería estar con él pero en momentos ya no quería pero lo hacia para que el no se sintiera mal”.</p>	<p>embarazo, la mayoría de las participantes resaltan la inconformidad de sus parejas ante la decisión de no tener relaciones sexuales, debido al malestar que sienten, sin embargo muchas de ellas ceden por complacer a sus esposos y por cumplir con las obligaciones como esposa en su vida sexual. Por este motivo las participantes no perciben la influencia negativa de la actividad sexual en la relación de pareja, durante el último trimestre del embarazo.</p>
--	--	---	---

Tabla 6 Matriz de Información Entrevista Individual Componente Afectivo (Emociones).

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposición
Componente Afectivo. Emociones	¿Qué sentimientos ha experimentado respecto a la actividad sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo?	<p>- “Pues en estos últimos meses, más bien como miedito, como de nervios, de pronto le vaya a hacer daño al bebé, y a veces uno se siente mal por no estar con mí esposo porque pues, porque se puede conseguir otra mujer y es que cuando el marido no esta bien atendido busca por fuera y eso sería mi culpa, usted sabe una de mujer debe cuidar al marido y complacerlo, entonces como ahora uno no lo complace siempre uno se preocupa”.</p> <p>- “Pues a mí me da como vergüenza por que ya no es igual, por que uno se siente como cansado y uno no responde como cuando no estaba embarazada, a demás como uno está con la barriga entonces da pena”.</p> <p>- “Pues a veces me siento triste por que mí esposo se enoja cuando no quiero estar con él porque me siento cansada y no sé que hacer porque no me gusta que se enoje, porque me siento muy cansada y por eso no quiero esta con él y no sé qué hacer, me da como aburrimiento cuando estoy así, eso no más”.</p> <p>- “Como de vergüenza osea como de pena y a veces como tristeza por los problemas por no poder tener relaciones, entonces el esposo se enoja y uno discute”.</p> <p>- “Pues yo me siento bien me siento contenta, y feliz con mí embarazo, porque pues gracias a</p>	<p>Las emociones más predominantes en algunas participantes son:</p> <p>Tristeza y culpa por pensar que no pueden complacer a su pareja sexualmente.</p> <p>Sentimiento de vergüenza por la apariencia física actual, al no sentirse atractivas para sus parejas.</p> <p>Y necesidad de satisfacer sexualmente a la pareja, por la presión que sienten, el temor a la infidelidad y a disgustar a su pareja a pesar del malestar causado por las molestias físicas.</p>

		<p>Dios tengo al padre de mí hijo al lado y uno se siente bien porque tiene ese apoyo y esa compañía y como nosotros no lo hacemos hartas veces, sino a veces, cuando queramos los dos porque no es cuando él quiera o yo quiera”.</p> <p>-“Se ha disminuido la pasión y como que uno se encierra con su bebé y a veces se olvida de la pareja, por tanto las relaciones en estos meses de embarazo no me llaman la atención, y me siento como mal por no esta con mi pareja”.</p> <p>-“Más unión, más compenetración”.</p> <p>-“Incomodidad”.</p> <p>-“Satisfacción”.</p>	<p>Dos participantes han experimentado mayor compenetración y satisfacción en su actividad sexual en este período.</p>
	<p>¿La actividad sexual con su pareja ha generado cambios en su estado de ánimo durante estos últimos meses de embarazo? ¿Cuáles?</p>	<p>- “No, para nada como le decía nada ha cambiado y ha estado normal, como con mí pareja las relaciones no han sido tan seguidas, entonces no ha influido sigue siendo normal”.</p> <p>- “Sí, como que uno se estresa, con rapidez se irrita, uno se pone de mal genio cuando pelea con el esposo y uno no quiere eso y como uno es el que tiene la culpa por no querer tener el acto sexual”.</p> <p>- “Pues sí... Humm... como un poco de aburrimiento, también fastidio de mí esposo, como él quiere que este con él y yo no quiero entonces me fastidia eso”.</p> <p>- “Sí, me siento cansada y a veces desanimada, no tengo ganas de hacer nada”.</p> <p>- “Pues afortunadamente no yo sigo siendo igual que cuando no estaba en embarazo”.</p>	<p>La asociación entre la inapetencia sexual de las participantes y la respuesta de la pareja ante ésta, genera malestar emocional en la mayoría de ellas, manifestándose en la insatisfacción personal y del compañero.</p> <p>Algunas participantes por el contrario no experimentaron cambios en su estado</p>



		<p>-“ Si, porque me siento mal al rechazar a mi pareja porque no me dan ganas de tener relaciones o porque me siento maluca y peor no provoca tenerlas, e impotencia al no poder complacer a mi pareja”.</p> <p>-“Si ha generado cambios ya que necesito que mi pareja me consienta más”.</p> <p>-“Si, el crecimiento del vientre, cansancio, inapetencia sexual”.</p> <p>-“Casi no”.</p>	de ánimo.
	<p>¿Qué emociones experimentó en la actividad sexual con su pareja actual antes del embarazo?</p>	<p>- “Pues, como le digo, como una alegría y como ansiedad como cruzadas en cambio ahora, como le digo como un miedito, de que se le haga daño al niño, eso más que todo”.</p> <p>- “Pues, como humm... pues uno se siente mejor y no se esta pensando en el bebé y uno se siente bien, como feliz, osea le gusta más cuando uno esta con el esposo”.</p> <p>- “¿Antes del embarazo? Humm... sentimientos como de felicidad, me sentía bien, eso”.</p> <p>- “Pues, como unión, una unión íntima, como una atracción, como un sentimiento de cariño, uno esta bien, contento porque se comprende en la intimidad, humm... así.”</p> <p>- “Pues antes del embarazo era como más descomplicado, porque ahora sobre todo por que en estos últimos mese a veces da como miedito, ha pesar de que yo he leído que eso no hace daño, a veces si se siente como miedito. Porque uno no le para muchas bolas en cambio ahora hay que hacerlo con más</p>	<p>Las participantes manifiestan sentimientos de satisfacción en la relación sexual con su pareja antes del embarazo, mostrándose una marcada diferencia en la actividad sexual antes y durante el embarazo en la mayoría de ellas.</p> <p>Se puede inferir que existen cambios emocionales en las participantes durante el embarazo frente a su relación sexual, posiblemente por los</p>

		<p>prudencia, con cautela para evitar problemas de pronto, pues uno nunca sabe. Entonces uno siente alegría y no preocupación”.</p> <p>-“Las relaciones eran normales con más tranquilidad y pasión, porque se podía variar, ahora con la barriguita hay que tener cuidado de ciertos movimientos y poses”.</p> <p>-“Más sensibilidad”.</p> <p>-“Bienestar, mucho amor, unión, confianza, satisfacción”.</p> <p>-“Excelentes”.</p>	<p>cambios en el comportamiento tanto de ellas como de sus parejas.</p>
	<p>¿Qué puede decir acerca de la actividad sexual con su pareja antes del embarazo?</p>	<p>- “Como le decía es más descomplicado y uno siente pues como más placer pero mis relaciones siguen igual que antes no a cambiado el numero de veces que lo hacemos”.</p> <p>- “Pues ... como sería humm... pues antes del embarazo es como más atracción y uno tiene más relaciones sexuales que ahora y entre más tenga hay más intimidad, más comprensión, más amor, más unión entre la pareja”.</p> <p>- “Me sentía bien y teníamos intimidad más veces que cuando quede embarazada.</p> <p>- “Como le dije uno se siente mejor y no esta preocupado, pues es más uno esta más frecuentemente con el esposo, porque se puede, en cambio en el embarazo es menos y ya no se puede, sobre todo ahora”.</p> <p>- “Pues antes era como le digo, como más seguido pero ahora es menos”.</p> <p>-“Relaciones de recién casados, cómodas, ambos con ganas y gusto y siempre”.</p>	<p>La mayoría de las participantes dan a conocer que las relaciones sexuales antes del embarazo eran más frecuentes que en la actualidad y varia la satisfacción de éstas durante la gestación.</p> <p>Una de las participantes manifiesta que la frecuencia de sus relaciones sexuales no ha cambiado.</p>

		<p>-“Era mejor, más continuo”.</p> <p>-“Que era buena, que eh...Sin presión de el sobre mi, ósea me sentía bien y no me sentía obligada, sino porque quería, lo hacíamos varias veces”.</p> <p>-“Era muy chévere, era mejor”.</p>	
	<p>¿Cómo ha sido su relación de pareja antes del embarazo?</p>	<p>- “Humm... pues era bien... como le decía había más comprensión y amor nos llevábamos bien con mi marido”.</p> <p>-“Pues como le digo, yo con mi pareja nos queremos y nos hemos llevado bien, llevamos 2 años de casados y no tenemos problemas, nos queremos harto y eso nos a ayudado a estar bien a pesar de las dificultades y como nosotros siempre hablamos cuando pasa algo, mi esposo es comprensivo y nos entendemos”.</p> <p>- “Bien con mi marido nos llevamos bien, el me entiende y yo le colaboro en lo que pueda, nosotros casi no peleamos y ahora nos seguimos llevando bien, el es comprensivo de que no tengamos relaciones por el bebé”.</p> <p>- “Pues era como más intensa, más de complemento de pareja, más de penetración de pareja, se pensaba en otra cosa más de relación sexual que familia, como que se lo ve más esposo ahora.</p> <p>- “Tranquila, eh... que se puede decir sin preocupaciones pues compartimos mucho los dos solitos”.</p> <p>- “Buenísima nos entendíamos bastante y lo que el quería también lo quería yo”.</p>	<p>Todas las participantes afirman sentirse satisfechas por la relación que han tenido con su pareja antes del embarazo, resaltando la comprensión, el amor y la unión.</p> <p>Se evidencian transformaciones en la relación de pareja, ya que la prioridad antes del embarazo era la relación, ahora es el bebé y la salud tanto de éste como de la madre.</p> <p>Se percibe nostalgia frente al pasado de su relación de pareja.</p>

		-“Nuestra relación era buena nos comunicábamos mucho y había amor.	
--	--	--	--

## Resultados del Formato con Respuesta Tipo Likert

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el Formato con Respuesta Tipo Likert. En el cual se describe el componente cognitivo (creencias) desde el ítem 1 hasta el ítem 17 y el componente conductual (actividades somatosexuales) desde el ítem 18 hasta el ítem 24.

### Sistematización de Ítems

En la afirmación o ítem se describe la frecuencia, el porcentaje, frecuencia acumulada, porcentaje acumulado y la actitud promedio (Ver tabla 6).

Tabla 7

#### Ítem 1

El Objetivo de la relación sexual es tener hijos.

Muy de acuerdo 4

De acuerdo 3

Desacuerdo 2

Muy en desacuerdo 1

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0 %	0	0 %
3	3	33%	3	33 %
2	2	22%	5	55 %
1	4	44%	9	100 %

El 66% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres no creen que la relación sexual tenga como único propósito tener hijos, sino también disfrutar del encuentro corporal, enriquecido por el erotismo, el deseo y el amor que comparte la pareja, a diferencia del 33% de las participantes, quienes perciben la relación sexual en función de tener hijos.

Tabla 8

**Ítem 2**

Con el embarazo la mujer debe asumir su papel de madre y dejar de ser amante.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	2	22%	2	22%
3	0	0%	0	22%
2	4	44%	4	66%
1	3	33%	7	100%

El 77% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres piensan que no deben dejar de ser percibidas como mujeres amantes durante el embarazo, porque pueden seguir siendo atractivas y ofrecerles a sus esposos disfrute sexual, diferenciando el estado de embarazo de su sexualidad, lo que no sucede con el 22% de las participantes, quienes creen que durante el embarazo deben asumir su papel de madre y dejar de ser amantes.

Tabla 9

**Ítem 3**

Las relaciones sexuales están prohibidas durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	1	11%	1	11%
2	5	55%	6	66%
1	3	33%	9	100%

El 88% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres creen que las relaciones sexuales no son prohibidas durante el embarazo y pueden compartir con sus esposos de un encuentro sexual placentero, a excepción de circunstancias en las que haya contraindicación médica. A diferencia del 11% de las participantes, quienes creen que la relación sexual es prohibida en el transcurso del embarazo.

Tabla 10

**Ítem 4**

El crecimiento del vientre en la mujer impide tener relaciones sexuales con su pareja.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	7	77%	7	7%
2	2	22%	2	77%
1	0	0%	9	100%

El 77% de las participantes esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres gestantes creen que la relación sexual con su pareja se dificulta por el crecimiento del vientre generándoles incomodidad, lo cual no permite que las participantes centren su atención en la relación sexual. A diferencia del 22% de las participantes, quienes no perciben dificultad en la relación sexual con su pareja por el crecimiento del vientre.

Tabla 11

**Ítem 5**

El bebé puede detectar los movimientos de la relación sexual.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	6	66%	6	66%
2	2	22%	8	88%
1	1	22%	9	100%

El 66% de las participantes esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres piensan que el bebé puede detectar los movimientos de la relación sexual y esta creencia impide una relación sexual satisfactoria, por pensar que el bebé se convierte en un espectador de la situación, y se cree estar irrespetándolo. Lo anterior

no se presenta en el 44% de las participantes, quienes piensan que los movimientos de la relación sexual no son percibidos por el bebé.

Tabla 12

**Ítem 6**

Al tener relaciones sexuales es probable causarle daño al bebé.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	1	11%	1	11%
2	6	66%	7	77 %
1	2	22%	9	100%

El 88% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres creen que tener relaciones sexuales durante el embarazo no causa daño al bebé. A diferencia del 11% de las participantes, quienes creen que la relación sexual en el transcurso del embarazo ocasiona daño al bebé. Este es un miedo que surge con la nueva experiencia de la gestación y es destruido a través de la información recibida, principalmente de instituciones de salud a las cuales acuden las participantes.

Tabla 13

**Ítem 7**

El tener relaciones sexuales puede provocar un parto prematuro.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	3	33%	3	44%
2	4	44%	7	77%
1	2	22%	9	100%

El 66% de las participantes no están de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres creen que la relación sexual no genera un parto prematuro. A diferencia del 33% de las participantes, quienes perciben que un parto prematuro es provocado



por la relación sexual durante el embarazo. Las participantes no tienen seguridad absoluta sobre el peligro que puede correr el bebé en este momento, talvez porque aún si se tiene la respuesta correcta frente a ésto, la presencia de movimientos bruscos generan ansiedad ante la posibilidad de adelantar el nacimiento del bebé.

Tabla 14

**Ítem 8**

La perdida del bebé es causada por los movimientos o penetración durante la relación sexual.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	3	33%	3	33%
2	4	44%	7	77%
1	2	22%	9	100%

El 66% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres no creen que la pérdida del bebé sea causada por los movimientos o penetración durante la relación sexual. A diferencia del 33% de las participantes, quienes creen que la los movimientos o penetración durante la relación sexual causan la perdida del bebé en el embarazo. A pesar de que la relación sexual no provoque la muerte del bebé, este miedo acompaña a las participantes durante el período de embarazo, especialmente en el último trimestre.

Tabla 15

**Ítem 9**

El deseo sexual disminuye en la mujer durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	3	33%	3	33%
3	4	44%	7	77%
2	1	11%	8	88%
1	1	11%	9	100%

El 77% de las participantes esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres piensan que durante el embarazo el deseo sexual disminuye en la mujer, notando un cambio negativo en la sensación de deseo sexual, el cual es otorgado a las transformaciones del último trimestre del embarazo. A diferencia del 22% de las participantes, quienes creen que el deseo sexual no disminuye en la mujer durante el embarazo.

Tabla 16

**Ítem 10**

La mujer deja de ser atractiva para su pareja durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	6	66%	6	66%
2	2	22%	8	88%
1	1	11%	9	100%

El 88% de las participantes esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres piensan que dejan de ser atractivas para sus parejas durante el embarazo. A diferencia del 11% de las participantes, quienes creen que aún son atractivas para su pareja durante el transcurso del embarazo. Las participantes sienten que no deben dejar de ser atractivas para sus parejas, sin embargo en la actualidad, el cambio en su aspecto físico influye negativamente en su autoimagen.

Tabla 17

**Ítem 11**

Sin la penetración no se puede sentir placer sexual durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	2	22%	2	22%
2	7	77%	7	100%
1	0	0%	0	100%

El 77% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres piensan que se puede sentir placer sin la penetración. Las participantes saben de la existencia de alternativas para tener un encuentro sexual satisfactorio, sin embargo no las practican. A diferencia del 22% de las participantes, quienes creen que para sentir placer sexual es necesaria la penetración.

Tabla 18

### **Ítem 12**

La mujer durante el embarazo debe descansar y evitar cualquier movimiento generado por la relación sexual y el hombre debe entenderlo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	1	11%	1	1%
3	2	22%	3	33%
2	3	33%	6	66%
1	3	33%	9	100%

El 66% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres creen que pueden tener relaciones sexuales evitando movimientos bruscos. A diferencia 22% de las participantes, quienes creen que es importante descansar y evitar movimientos ocasionados por la relación sexual en el transcurso del embarazo. Debido a las características del último trimestre de éste, se demanda mayor cuidado en la relación sexual, con el fin de prevenir efectos secundarios que afecten a la madre o al bebé, más no se prohíbe la relación sexual si el desarrollo de la gestación evoluciona con normalidad.

Tabla

### **Ítem 13**

El hombre pierde el deseo sexual por su pareja durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	1	11%	1	11%
3	3	33%	4	44%
2	4	44%	8	88%
1	1	11%	9	100%

El 55% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres creen que el hombre no pierde el deseo sexual durante el embarazo, debido a la demanda continua de sus esposos para tener relaciones sexuales. A diferencia del 44% de las participantes, que creen que durante el embarazo sus esposos pierden el deseo sexual por ellas.

Tabla 20

#### **Ítem 14**

La frecuencia de la actividad sexual cambia durante los meses del embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	1	11%	1	11%
3	7	77%	8	88%
2	1	11%	9	100%
1	0	0%	0	100%

El 88% de las participantes esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres creen que durante el embarazo cambia la frecuencia de la actividad sexual, disminuyendo en el primer y tercer trimestre de gestación y en el segundo aumenta, dependiendo de las transformaciones que se dan durante el embarazo y de cómo lo vivencie cada madre. El 11% de las participantes creen que la frecuencia de la actividad sexual no cambia en el transcurso del embarazo.

Tabla 21

#### **Ítem 15**

La masturbación con la pareja es una alternativa adecuada durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	2	22%	2	22%
2	5	55%	7	77%
1	2	22%	9	100%

El 77% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres piensan que la masturbación no es una alternativa para sentir placer, a pesar de saber que existen otras alternativas diferentes a la penetración para sentir placer, no toman como opción esta actividad, posiblemente porque la percepción que tienen es limitada a la obtención del placer solitario y no es vista como una caricia genital que puede ser compartida con sus esposos, además no es practicada por los prejuicios sociales y/o normas culturales. A diferencia de lo anterior el 22% de las participantes, creen que otra posibilidad para sentir placer es la masturbación.

Tabla 22

### **Ítem 16**

Durante el embarazo se puede practicar otras posiciones sexuales.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	3	33%	3	33%
2	6	66%	9	100%
1	0	0%	0	100%

El 66% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres no creen que sea posible optar por otras posiciones sexuales durante el embarazo, lo que puede deberse a la percepción de normalidad en las relaciones sexuales y cotidianidad de las practicas sexuales, motivo por el que posiblemente no se sienten satisfechas, ya que las posiciones comunes pueden generar incomodidad o dolor. A diferencia del 33% de las participantes, quienes creen

en la posibilidad de practicar posiciones sexuales diferentes a las habituales en el transcurso del embarazo.

Tabla 23

**Ítem 17**

Practicar el sexo oral es una alternativa para sentir placer con la pareja durante el embarazo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	1	11%	1	11%
2	6	66%	7	77%
1	2	22%	9	100%

El 88% de las participantes no esta de acuerdo con la afirmación, es decir que las madres no creen que durante el embarazo el sexo oral sea una alternativa para sentir placer, por el rechazo al contacto con órganos genitales, aspecto que es contemplado culturalmente como inadecuado. A diferencia del 11% de las participantes, quiénes creen que el sexo oral es una posibilidad para sentir placer en el transcurso del embarazo.

A continuación se mencionan expresiones de afecto utilizadas por las participantes para demostrar amor a su pareja durante el transcurso del último trimestre del embarazo (Ver tabla 24).

Tabla 24

**Ítem 18**

Besos.

Muy Frecuente 4

Frecuente 3

Poco Frecuente 2

Nunca 1

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	2	22%	2	22%
3	7	77%	9	100%
2	0	0%	0	100%
1	0	0%	0	100%

El 100% de las participantes dan a conocer que en su relación son frecuentes los besos como expresión de afecto.

Tabla 25

**Ítem 19**

Caricias.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	4	44%	4	44%
3	5	55%	9	100%
2	0	0%	0	100%
1	0	0%	0	100%

El 100% de las participantes dan a conocer que en su relación son frecuentes las caricias como expresión de afecto.

Tabla 26

**Ítem 20**

Abrazos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	5	55%	5	55%
3	4	44%	9	100%
2	0	0%	0	100%
1	0	0%	0	100%

El 100% de las participantes dan a conocer que en su relación son frecuentes los abrazos como expresión de afecto.

Los besos, las caricias y los abrazos, permiten que las parejas logren un

acercamiento y rompimiento del espacio íntimo que cada uno tiene, facilitando la compenetración de necesidades, deseos y sentimientos.

A continuación se mencionan posiciones sexuales utilizadas por las participantes durante el último trimestre del embarazo.

Tabla 27

**Ítem 21**

El hombre ubicado detrás de la mujer.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	1	11%	1	11%
3	3	33%	4	44%
2	1	11%	5	55%
1	4	44%	9	100%

El 55% de las participantes no practica la posición del hombre ubicado detrás de la mujer, porque el soportar el peso del bebé y el estiramiento del vientre puede generar dolor, esto no suele sucederle al 44% de las participantes, quienes practican frecuentemente esta posición.

Tabla 28

**Ítem 22**

Penetración de lado, ambos tumbados de costado con la espalda de ella pegada al pecho de él.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	4	44%	4	44%
2	1	11%	5	55%
1	4	44%	9	100%

El 55% de las participantes no practica la penetración de lado por preferencias sexuales, a diferencia del 44% de las participantes, quienes la practican con frecuencia.



Tabla 29

**Ítem 23**

El hombre encima de la mujer sin apoyar su peso sobre ella.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	0	0%	0	0%
3	0	0%	0	0%
2	6	66%	6	66%
1	3	33%	9	100%

El 100% de las participantes no practica la posición sexual del hombre encima de la mujer sin apoyar su peso sobre ella, por temor a lastimar al bebé y a sentir asfixia, lo que puede inhibir a las participantes para practicar esta posición.

Tabla 30

**Ítem 24**

La mujer sentada sobre el hombre.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
4	1	11%	1	11%
3	0	0%	0	11%
2	4	44%	4	55%
1	4	44%	4	100%

El 88% de las participantes no practica la posición sexual de la mujer sentada sobre el hombre, por la incomodidad que genera soportar el peso del bebé, cuando no se pueden apoyar completamente sobre sus esposos y por el cansancio que les genera moverse en la relación sexual, a diferencia del 11% de las participantes, quienes practican frecuentemente esta posición.

### **Triangulación entre Instrumentos**

A pesar de que para cada uno de los objetivos se diseñó un determinado instrumento, la información arrojada por cada uno de éstos, permitió identificar el componente para el cual fue diseñado y además aportó elementos a los otros

componentes de las actitudes, validando los datos recolectados. Existió flexibilidad en el manejo de los resultados, relacionando la información obtenida por cada instrumento, para lograr los objetivos y enriquecer la interpretación en la investigación. A continuación se realiza la triangulación entre los instrumentos, encontrando variadas relaciones entre éstos:

La mayoría de las participantes respondieron de manera emocional, más que de conocimiento a la pregunta ¿Qué es para usted la relación sexual?, de la entrevista a grupo focal en la que se evaluó conocimientos. Además esto se confirma con los ítems 18, 19 y 20 del formato con respuesta tipo Likert, que evaluó actividades somatosexuales, en los que las expresiones de afecto como abrazos, besos y caricias, son fundamentales en la práctica de la relación sexual para demostrar amor a su pareja.

En la respuesta de la mayoría de las participantes a la pregunta ¿Qué cambios se dan en la relación sexual en cada trimestre del embarazo?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos, se identificó en las participantes un sentimiento de temor a causar daño al bebé por la práctica de relaciones sexuales, contrastándose con la creencia que se presenta en la mayoría de las participantes, dada a conocer en el ítem 6, del formato con respuesta tipo Likert que hacen referencia a que la relación sexual puede causar daño al bebé.

Las respuestas de la mayoría de las participantes a la pregunta ¿En que meses del embarazo se pueden tener relaciones sexuales con la pareja?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos, demuestra que la actividad sexual disminuye en el último trimestre del embarazo, lo cual se confirma con la práctica limitada de posiciones sexuales, evidente en los ítems 21, 22, 23 y 24 del formato con respuesta tipo Likert, que evaluó actividades somatosexuales.

En la pregunta ¿De que manera influye la actividad sexual en la relación de pareja durante el último trimestre del embarazo?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos, se evidenció en la mayoría de las participantes un sentimiento de insatisfacción. Y en una minoría se observó que la actividad sexual no influyó en la relación de pareja, lo cual se confirma con los sentimientos positivos que han experimentado algunas participantes frente a la relación sexual con su pareja, esto se percibió en la pregunta ¿Qué sentimientos ha experimentado respecto a la actividad sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo?

En la pregunta ¿Qué sentimientos a experimentado respecto a la actividad sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo?, de la entrevista individual que evaluó emociones, se percibió la existencia de la creencia “Como esposa debo complacer a mi marido”. Además, los sentimientos negativos expresados por la mayoría las participantes, disminuyen la actividad sexual durante este período, situación que se confirma en los ítems 21, 22, 23 y 24 del formato con respuesta tipo Likert que hace referencia a la práctica de posiciones sexuales.

La mayoría de las participantes dan a conocer la disminución del deseo sexual en la pregunta ¿La actividad sexual con su pareja a generado cambios en su estado de ánimo durante los últimos meses de embarazo?, de la entrevista individual que evaluó emociones, confirmándose con la creencia del ítem 9 del formato con respuesta tipo Likert, que identificó creencias.

Se percibe que la mayoría de las participantes sienten temor a generar daño al bebé en la respuesta a la pregunta ¿Qué emociones experimento en la actividad sexual con su pareja actual antes del embarazo?, de la entrevista individual que evaluó emociones, confirmando este sentimiento con la creencias establecidas en los ítems 6, 7 y 8 del formato con respuesta tipo Likert que hacen referencia a que la relación sexual puede causar daño al bebé, su perdida o provocar un parto prematuro.

La mayoría de las participantes manifiestan la disminución de la frecuencia de la actividad sexual durante el último trimestre del embarazo en la pregunta ¿Qué puede decir acerca de la actividad sexual con su pareja antes del embarazo? de la entrevista individual que evaluó emociones, lo cual se confirma con la creencia del ítem 4 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, en el que dan a conocer que la frecuencia de la actividad sexual cambia durante los meses de embarazo.

En el ítem 1 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, la mayoría de las participantes no creen que la relación sexual tenga como único propósito tener hijos, lo cual se ratifica con la percepción de las participantes frente a la relación sexual, expresada en la pregunta ¿Qué es para ustedes la relación sexual?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos.

En el ítem 4 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, la mayoría de las participantes creen que el crecimiento del vientre en la mujer impide tener relaciones sexuales con su pareja, confirmándose con la pregunta ¿En que meses del embarazo se puede tener relaciones sexuales con la pareja?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos, en la cual las participantes expresan la incomodidad experimentada por el aumento del vientre. Además esta creencia se relaciona con el sentimiento de vergüenza que experimentan algunas participantes.

En los ítems 6, 7 y 8 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, la minoría de las participantes creen que la relación sexual causa daño al bebé, su pérdida o un parto prematuro, esto se confirma con el miedo experimentado por ellas, lo cual es percibido en la pregunta ¿Qué emociones experimento en la actividad sexual con su pareja actual antes del embarazo? de la entrevista individual que evaluó emociones.

En el ítem 9 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, la mayoría de las participantes creen que el deseo sexual disminuye en la mujer durante el

embarazo, lo cual se confirma con las expresiones verbales de las participantes en la pregunta ¿De que manera influye la actividad sexual en la relación de pareja durante el último trimestre del embarazo?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos y con la pregunta ¿Qué sentimientos ha experimentado respecto a la actividad sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo?, de la entrevista individual que evaluó emociones; identificando sentimientos de tristeza y culpa como consecuencia de la situación anterior. Esta creencia también se confirma con los ítems 21, 22, 23 y 24 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó actividades somatosexuales, cuya práctica es limitada.

En el ítem 13 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, la mayoría las participantes creen que el hombre no pierde el deseo sexual durante el embarazo, confirmándose con la pregunta ¿De que manera influye la actividad sexual en la relación de pareja durante el último trimestre del embarazo?, de la entrevista a grupo focal que evaluó conocimientos, ya que las participantes hacen evidente en su discurso la demanda continua de sus esposos para tener relaciones sexuales. Y con las preguntas ¿Qué sentimientos ha experimentado respecto a la actividad sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo? y ¿La actividad sexual con su pareja a generado cambio en su estado de ánimo en estos últimos meses de embarazo?, de la entrevista individual que evaluó emociones, en las que se hace notable que la solicitud sexual de los esposos de las participantes, genera en ellas malestar emocional por no complacerlos.

En el ítem 14 del formato con respuesta tipo Likert que evaluó creencias, la mayoría de las participantes creen que durante el embarazo cambia la frecuencia de la actividad sexual, lo cual se confirma con la pregunta ¿Qué cambios se dan en la relación sexual en cada trimestre del embarazo? de la entrevista a grupo focal que

evalúo conocimientos, en la que se hace evidente la disminución de la relación sexual en el último trimestre del embarazo.

En el ítem 16 del formato con respuesta tipo Likert que evalúo creencias, la minoría de las participantes cree que es posible practicar otras posiciones durante el embarazo, lo cual se confirma con los ítems 21 y 22 del formato con respuesta tipo Likert que evalúo actividades somatosexuales, en los que se evidencia la práctica de posiciones sexuales que permitieron la adaptación sexual de la pareja a los cambios del embarazo.

Tabla 31 Categorías de Análisis Deductiva e Inductiva.

Categorías Deductivas	Proposiciones Agrupadas por Temas	Categorías Inductivas
Componente Cognitivo	Las participantes valoran positivamente la relación sexual y hacen una definición confusa de ésta, posiblemente por que padres e instituciones educativas, han brindado información que se reduce a explicar la sexualidad desde el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.	Confusión
	Las participantes al vivir su sexualidad en pareja perciben la relación sexual como una experiencia integradora entre el aspecto físico y emocional, necesaria y diferente para cada una de ellas.	Encuentro Sexual
	Las participantes demuestran interés por conocer sobre la sexualidad durante el embarazo, por el desconocimiento sobre el tema.	Motivación
	A través de fuentes de información como instituciones de salud, TV y libros, las participantes saben que pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo; sin existir contraindicación médica. Y a través de su experiencia personal conocen los cambios generados durante éste, viendo posible la relación sexual durante los primeros seis meses de embarazo; debido a las molestias, incomodidad y malestar percibido en el último trimestre.	Inhibición

	<p>Las participantes durante el último trimestre del embarazo rechazan la relación sexual y consecutivamente piensan en la situación y se concientizan, intentando reaccionar positivamente.</p>	<p>Adaptación</p>
	<p>Como respuesta al malestar expresado por la pareja de las participantes, ante la ausencia de relaciones sexuales durante el último trimestre del embarazo, las participantes acceden al encuentro íntimo.</p>	<p>Conformidad</p>
	<p>Una importante transformación que se genera en la relación de pareja durante el embarazo, hace referencia a la diferencia de prioridades, ocupando el primer lugar el bienestar del bebé y su madre, pasando a un segundo plano la relación de pareja.</p>	<p>Priorización</p>
	<p>En el último trimestre del embarazo las participantes se identifican con pensamientos, que pueden influir positivamente en la actividad sexual, como: “El Objetivo de la relación sexual no es tener hijos”, “Con el embarazo la mujer debe asumir su papel de madre y amante”, “El tener relaciones sexuales no causa daño al bebé”, “El tener relaciones sexuales no provoca un parto prematuro”, “La pérdida del bebé no es causada por los movimientos o penetración durante la relación sexual”, “Sin la penetración se puede sentir placer sexual durante el embarazo”, “La mujer durante el embarazo puede ser activa y mantener su vida sexual habitual” y “El hombre no pierde el deseo sexual por su pareja durante el embarazo”.</p>	<p>Creencias Facilitadoras</p>



	<p>En el último trimestre del embarazo las participantes se identifican con pensamientos que pueden influir negativamente en la actividad sexual, como: “El crecimiento del vientre en la mujer impide tener relaciones sexuales con su pareja”, “El bebé puede detectar los movimientos de la relación sexual”, “El deseo sexual disminuye en la mujer durante el embarazo”, “La mujer deja de ser atractiva para su pareja durante el embarazo” y “Como esposa debo complacer a mi marido”.</p>	<p>Creencias Obstaculizadoras</p>
<p>Componente Afectivo</p>	<p>Para algunas participantes los sentimientos de tristeza y culpa son generados en muchas ocasiones por la inapetencia sexual y por la reacción de la pareja ante ésta. El sentimiento de vergüenza es causado por los cambios en la apariencia física al no sentirse atractivas. Y el temor se genera por creer que se provocará enojo en la pareja y/o por una posible infidelidad. Sintiendo comprometidas con la obligación de acceder a la relación sexual.</p>	<p>Malestar Emocional</p>
	<p>La comparación de las relaciones sexuales antes del embarazo y durante éste, implica un cambio en la frecuencia y una variación negativa en la satisfacción.</p>	<p>Insatisfacción</p>
	<p>Las madres reviven su relación de pareja antes del embarazo, recordándola y manifestando sentimientos positivos sobre ésta.</p>	<p>Nostalgia</p>
	<p>Las participantes manifiestan que su relación de pareja antes del embarazo se basó en la comprensión, el amor y la unión y su actividad sexual se presentaba con mayor frecuencia y de manera placentera.</p>	<p>Satisfacción</p>

Componente Cognitivo	Durante el último trimestre del embarazo las participantes manifiestan con frecuencia el amor a su pareja a través de incentivos como: besos, caricias y abrazos que fortalecen la relación.	Expresividad
	Las participantes durante el último trimestre del embarazo no perciben como alternativa practicar la masturbación, el sexo oral u otras posiciones sexuales a las habituales, ante las dificultades que se presentan en la actividad sexual durante este período.	Abstinencia

## DISCUSIÓN

Los efectos que el embarazo produce en la vida sexual, varían considerablemente de una mujer a otra. Algunas experimentan mayor deseo sexual debido a la vasocongestión de la zona pélvica o bien por la disminución del temor a quedar embarazadas; en otros casos el deseo disminuye, incluso se pierde ya sea a causa de las molestias físicas o bien porque los esquemas impiden asociar la maternidad con la sexualidad. En general no se prohíben las relaciones sexuales, excepto si existe el peligro de aborto espontáneo, en cuyo caso se aconseja una interrupción temporal. Con excepción de casos muy específicos el coito es perfectamente aceptable (Farré y Lasheras, 1999).

El cambio en el comportamiento sexual durante el embarazo, puede verse influido por la existencia de un conjunto de opiniones, sentimientos y conductas, relacionadas con el sexo durante el último trimestre, destacándose en esta investigación la actitud a la que hacen referencia Farré y Lasheras (1999) de tipo conservadora progresista de las madres gestantes participantes, quienes suelen integrar la sexualidad en un sistema de valores positivos pero dentro de unos límites propios de su pensamiento tradicional, son relativamente tolerantes con las creencias liberales y crean expectativas, sentimientos y prácticas que modifican la sexualidad durante el embarazo, asumiendo actitudes favorables o desfavorables frente a ésta, que pueden significar un enriquecimiento de la vida erótica-sexual afectiva o un empobrecimiento de la misma, determinado por la forma en que cada mujer vivencia su sexualidad y cómo la integra en su relación de pareja en el transcurso del último trimestre del embarazo.

Para la realización de la discusión se utilizó la triangulación interpretativa, haciéndose evidente la interrelación entre la interpretación de las investigadoras, la valoración de las participantes frente a la relación sexual en el último trimestre del

embarazo y la teoría que orienta esta investigación. Permitiendo ampliar la visión sobre la vida sexual, que más allá de la procreación, adquiere un sentido trascendental para las madres gestantes que participaron en este estudio; entretrejiendo emociones, opiniones y acciones que se constituyen en actitudes, frente a la complejidad que implica la vivencia sexual en el embarazo. Siendo las actitudes aquellas creencias o sentimientos de una persona que determinan su predisposición a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y sujetos que la rodean y que influyen en su comportamiento (Farré y Lasheras, 1999).

Para que las participantes elaboren una valoración sobre el objeto de la actitud, en este caso la relación sexual, es importante conocer aspectos relacionados con la información cognoscitiva. Encontrando que las participantes recibieron mayor información sobre la relación sexual de instituciones educativas y en menor medida por parte de sus padres, quienes al hablar sobre el tema se limitaron a la prevención del embarazo y al contagio de enfermedades de transmisión sexual, dejando de lado el comprender la sexualidad en su totalidad, como un conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, psicológicas, comportamentales y socioculturales; que permiten el ejercicio de la sexualidad humana (Alzate, 1997) (“Pues la información que se recibe es como poca No!, más bien uno se informa como en el colegio, en charlas así, pero lo que si me decían en mí casa era que... pues, siempre estaba errada la concepción, entonces siempre me decían que solo era para traer los niños, sólo para quedar embarazada”, “En el colegio fue un poco más avanzada la información, nos explicaban como se tiene la relación. Humm... que hay diferentes posiciones, que hay diferentes métodos para no quedar embarazada o para no tener enfermedades, eso más que todo”). Percibiendo en el dialogo con ellas, la falta de apropiación de la información recibida de sus padres, por las afirmaciones impersonales que hacen sobre las enseñanzas que recibieron; lo que implica un

sentimiento de distanciamiento de la realidad transmitida y la inconformidad experimentada por ellas, al no encontrar respuesta a sus inquietudes (“He! que debía cuidarme, más que todo con las infecciones, que por que todos no son sanos”).

Las participantes se refieren a la relación sexual desde su percepción, observando confusión al intentar definirla; debido a la poca información recibida de diferentes fuentes, a la incomodidad que les genera hablar de sexualidad o por el hecho de ser un tema del que pocas veces se habla con naturalidad. Aún así, las participantes hacen una valoración positiva desde su experiencia personal junto a sus esposos, destacando la importancia del vínculo afectivo en el encuentro sexual, que puede ser expresado de diversas maneras, como un aspecto necesario para ellas en una relación de pareja e integrado por el amor, la unión y la intimidad (“Humm... bueno pues..., No! normal, osea es algo con mucho amor, como con mi esposo nos queremos”, “Es una manera de entrar en contacto y confianza con la pareja, donde se unen y se goza del amor que se siente”).

Teniendo en cuenta que la información recibida no es suficientemente clara y debido a las dudas presentes sobre la relación sexual durante el embarazo, acerca de los cambios en la actividad sexual en cada trimestre, los meses en que es posible tener la relación sexual y su frecuencia, las participantes se han motivado por buscar otras fuentes de información como: Instituciones de salud, libros, TV, otras personas y su experiencia personal, aclarando inquietudes y ampliando sus conocimientos frente al tema (“Pues, de pronto de personas que me dicen o leyendo, de la TV, pues yo he leído bastante de libros de embarazo, de los médicos y pues dicen que es algo normal”). Originando en ellas creencias sobre la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, ya que el no contar con la experiencia personal (información directa), lleva a confiar en la información recolectada de otras fuentes (información indirecta), como de nuestros padres, instituciones sociales y medios de comunicación,

que ejercen una profunda influencia en nosotros, formando creencias frente al objeto de la actitud”, propuesto por Fazio y Zanna (1981 citado por Wolchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002). Estas creencias se definen como un sentimiento de certeza sobre el significado del encuentro sexual, a través de afirmaciones personales, que las participantes consideran como verdaderas y pueden afectar la percepción acerca de sí mismas y de la relación sexual.

Las participantes refieren creencias facilitadoras que influyen positivamente en la actividad sexual con su pareja, al percibir la relación sexual no solo como una función procreadora, sino como una fuente para obtener placer sexual, que brinda a la pareja la posibilidad de crear un mundo sexo-afectivo, que pone en juego la pasión y las emociones, siendo concientes, de que a pesar de la existencia de cambios generados por el embarazo, que provocan la disminución del deseo en este período, ellas aun lo sienten y son capaces de sentir placer sexual por sus esposos, lo que suele ser recíproco por parte de ellos, sin ser necesario el coito durante el encuentro sexual, pues nuestro mayor orgasmo es la piel. Igualmente las participantes saben que es posible la relación sexual, durante el período de gestación mientras no exista contraindicación médica, pues no afecta al bebé, no causa su pérdida y tampoco provoca un parto prematuro.

Se presenta en ellas también creencias que obstaculizan la relación sexual, referentes a la incomodidad o torpeza percibida por el aumento del vientre, por pensar que existe un tercer observador y por la percepción negativa que tienen las participantes, frente a los cambios en su aspecto físico durante el embarazo. Además la disminución del deseo en ellas es un factor que obstaculiza la posibilidad y satisfacción de la relación sexual, siendo un aspecto que estas parejas deben afrontar y superar como un reto impuesto al vínculo afectivo, por ser un cambio característico del último trimestre del embarazo.

Los conocimientos obtenidos y las creencias presentes en las participantes, sobre la relación sexual en el último trimestre del embarazo, no son congruentes con los comportamientos sexuales; teniendo en cuenta que a pesar de que las participantes tienen conocimientos sobre el tema y sus creencias resultan ser más positivas que negativas, se observa una disminución en la actividad sexual durante el transcurso de este período. Refutando el siguiente postulado, en el que se vinculan creencias y evaluaciones, “Nos consideramos seres racionales, pensadores deliberados que actuamos a partir de nuestros conocimientos” (Wolchel, et al. 2002, p. 129). Por tanto la manera en que evaluamos un objeto “nuestra actitud hacia el objeto” estará influida por lo que sabemos o creemos de él (información cognoscitiva), basado en la Teoría de Acción Razonada planteada por Fishbein y Ajzen (1975 citado por Wolchel, et al. 2002). Sin destacar que las actitudes no solamente se constituyen por la información cognoscitiva, sino también afectiva y conductual que pueden influir en el comportamiento sexual de las participantes y pueden ser o no congruentes entre sí. De los anteriores, el componente emotivo es importante, porque su formación depende de la historia de asociaciones existentes entre el comportamiento sexual y las circunstancias placenteras o desagradables y el resultado de éstas, causan emociones que se generalizan a todas las situaciones que concuerden con las anteriores asociaciones. Y el componente conductual, hace parte fundamental de la valoración que hacen las participantes del encuentro sexual, pues se puede predecir la conducta que mostrarán cuando se encuentren con el objeto de la actitud, predisponiendo la posibilidad de la relación sexual con sus esposos y se evalúa positiva o negativamente por ellas.

Para Vargas (2003), la sexualidad no es algo aislado de lo físico y psicológico, muy por el contrario estos tres elementos interactúan permanentemente. Por lo tanto los cambios fisiológicos y emocionales que experimentan las participantes durante el

embarazo y en muchos casos el padre, pueden conducir a transformaciones en la vivencia sexual de la pareja. Encontrándose que durante el último trimestre del embarazo, las participantes han ido experimentando emociones en algunas ocasiones negativas frente a la relación sexual como: La vergüenza, ligada al esquema corporal elaborado por las participantes durante el embarazo, guiado por patrones estéticos de belleza, al pensar en la pérdida de su atractivo físico y en el hecho de que los cambios de su cuerpo provoquen la muerte del deseo en su pareja, sin aceptarlos, escondiendo su cuerpo y limitando así su espontánea expresión y disfrute de su sexualidad, (“Pues a mí me da como vergüenza por que ya no es igual, por que uno se siente como cansado y uno no responde como cuando no estaba embarazada, además como uno está con la barriga entonces da pena”). Los sentimientos de culpa y tristeza, surgen por la disminución de la actividad sexual durante este período, causada por los cambios físicos, la disminución del deseo en ellas y las exigencias sexuales de sus esposos, que se constituyen en un obstáculo en el camino de la satisfacción de los deseos sexuales de las participantes, quienes acceden en ocasiones a tener relaciones sexuales por la necesidad de complacerlos; decisión que resulta ser errónea por no estar acorde con sus deseos, dando paso a la frustración, por la privación de la satisfacción que saben les corresponde, sintiéndose defraudadas en sus esperanzas de sentir placer sexual. Y el sentimiento de temor a provocar enojo en la pareja y/o ante una posible infidelidad, por no seguir con su vida sexual activa como era habitual antes del embarazo, subestimando su valor como mujer, por representarse como un objeto sexual que deja a un lado su personalidad y su ser que trasciende de lo físico, restando importancia a su derecho a expresar el desacuerdo frente a esta situación (“A veces uno se siente mal por no estar con mí esposo porque pués, porque se puede conseguir otra mujer y es que cuando el marido no está bien atendido busca por fuera y eso sería mi culpa, usted sabe una de



mujer debe cuidar al marido y complacerlo, entonces como ahora uno no lo complace siempre uno se preocupa”, “Pues a veces me siento triste por que mí esposo se enoja cuando no quiero estar con él, porque me siento cansada y no sé que hacer, por que no me gusta que se enoje, porque me siento muy cansada y por eso no quiero estar con él y no sé que hacer, me da como aburrimiento cuando estoy así, eso no más”).

A pesar de existir emociones negativas, también se percibe en las participantes emociones positivas como alegría y satisfacción, demostradas con expresiones verbales y con su lenguaje gestual, manifestando que estos sentimientos resultan de experimentar el embarazo, de sentirse madres y sentir el deseo de tener a su hijo entre sus brazos, creando un nuevo lugar para él y formando una familia en la que se solidifiquen aún más los lazos afectivos entre sus integrantes (“Pues yo me siento bien me siento contenta, y feliz con mí embarazo y porque pues gracias a Dios tengo al padre de mí hijo al lado y uno se siente bien porque tiene ese apoyo y esa compañía”).

El componente afectivo de las actitudes, influye en el comportamiento sexual de las participantes durante el último trimestre del embarazo, por la asociación que existe entre las experiencias sexuales y su vivencia satisfactoria o no, y las reacciones emocionales positivas o negativas que la refuerzan.

En el último trimestre del embarazo se evidencia que las actividades sexuales efectuadas en la pareja varían según las manifestaciones de la heterosexualidad; en donde el encuentro sexual con el otro permite sexual, erotizar, amar y ternurizar, arte que requiere de la habilidad para erotizar la ternura, ternurizar la sexualidad y armonizar el sexo (Romero, 2005). Destacándose que en el encuentro sexual, las participantes prefieren evitar ciertas posiciones que les generan incomodidad como la posición sexual, en la que el hombre se encuentra encima sin apoyar su peso sobre ella y en la que ella se sienta sobre el hombre. Practicando con mayor frecuencia

posiciones que pueden disminuir dificultades en la relación sexual, como la posición en la que el hombre se ubica detrás y la penetración de lado, que son habituales y limitan la posibilidad de practicar otras alternativas. Sin embargo las participantes otorgan trascendencia al encuentro de los cuerpos en las prácticas sexuales que implican el contacto, más que con el físico, con el ser del otro; permitiendo el intercambio y el entendimiento para tocarse a profundidad, demostrándose lo que se siente con la esencia de cada uno, involucrando así la piel, las miradas, la voz y el tacto que crean la magia en el encuentro.

Como otras actividades heterosexuales que pueden ser menores, como las ligeras:

abrazos, besos y caricias, son practicadas frecuentemente por las participantes tanto en el encuentro sexual, como independientemente de éste y se manifiestan como expresión de placentera compañía, comunicación, interrelación emocional con la pareja, creando y manteniendo una relación armónica, alimentada y fortalecida, a través de demostraciones de un profundo afecto, como son las actividades ligeras; que se constituyen en incentivos fundamentales para las participantes en este período, por la necesidad de amor, ternura, comprensión, protección y apoyo emocional. Siendo la fase relacional el inicio de la secuencia de la función erótica en las participantes, en la cual se desarrolla la emoción amorosa hacia el objeto sexual, en este caso sus esposos, adquiriendo para ellas mayor trascendencia en la relación sexual las actividades ligeras, que se mantienen a lo largo del encuentro sexual y dan paso a las fases, estimuladora, excitatoria y orgásmica.

Aquellas fuertes como las manogenitales (masturbación) y las bucogenitales (sexo oral) no son practicadas por las participantes con su pareja, teniendo en cuenta que en nuestra sociedad estos comportamientos han sido considerados como incorrectos o prohibidos, censurándolos y anexándoles sentimientos adversos como: ansiedad y

sentimientos de culpa (Cantón, 2003 citado por Carbonell y Doval, 2005) , sin percibir que el erotismo que se plasma en estas actividades, es una forma de integrar la sexualidad a la propia personalidad y en su práctica no debe presentarse más que la natural excitación sexual y el placer, sin ser complicado por mitos o tabúes. Además las participantes ligan la masturbación solo al placer solitario e individual y el sexo oral a la repugnancia, a pesar de que somos un cuerpo hecho para sentir, rico en órganos sensoriales que podemos activar a través de la práctica, aprendiendo a sentir, experimentar sensaciones y gozar del placer que produce la estimulación sensorial, como un proceso con la pareja; permitiendo que estos comportamientos fuertes sean posibles expresiones y variaciones del placer deseado.

Se infiere que la mayoría de las participantes, experimentan un cambio en la frecuencia de la relación sexual durante el último trimestre del embarazo; debido a la disminución del deseo por la falta de sentimientos eróticos y las molestias físicas características de este período, entre otros, sin la posibilidad de incluir dentro de su sexualidad la exploración corporal con su pareja, a través de los órganos sensoriales que están comprometidos con la masturbación, el sexo oral y la práctica de posiciones sexuales diferentes a las habituales, que propicien un ambiente erótico y permitan sobrellevar las dificultades en esta etapa, disminuir incomodidades y explorar nuevas alternativas durante el transcurso del último trimestre del embarazo.

Existe relación entre el comportamiento sexual y la presencia de sentimientos como: Vergüenza, tristeza, culpa y temor en las participantes; sintiendo malestar al no poder disfrutar de su sexualidad a plenitud junto a su pareja, por pensar que han perdido su atractivo físico, por la disminución en la actividad sexual y el miedo a afectar a su compañero y/o provocar su infidelidad. Respondiendo así por conformidad ante la presión de sus maridos, que en muchas ocasiones no es directa

sino que surge de la reacción emocional de éstos, frente a querer tener relaciones sexuales con mayor frecuencia y menor cuidado.

Las actitudes influyen en como la mujer percibe la relación sexual durante el embarazo, por tanto existe una interrelación continua entre opiniones, creencias, sentimientos, comportamientos, cambios físicos y la voluntad de la madre gestante, para vivenciar el encuentro sexual con su pareja. Siendo esta última la capacidad que tiene el individuo para elegir entre realizar o no un determinado acto, encontrándose un proceso de adaptación en las participantes; como una reacción inicial frente a la relación sexual, ellas experimentan rechazo, el cual es remplazado por la aceptación del encuentro sexual, haciendo una elección que depende directamente del deseo y la intención de realizarlo y tiene lugar tras un proceso mental conciente intermedio, que se da en etapas como: la motivación, racionalización, decisión y acción (Vallejo, 1998). Por lo anterior se concluye que las participantes realizan un juicio, en el que comparan los factores favorables con los desfavorables, para decidir si es oportuno o no tener relaciones sexuales con su pareja; una vez valorados los pro y los contra de este comportamiento, ellas proceden al encuentro sexual o renuncian a ello.

Smith, Burner, Whiter (1956 citado por Salazar et al. 1997) sugieren que a las actitudes le han dado también los nombres de adaptativa o instrumental y se ha descrito asumiendo que en términos generales, los individuos se esfuerzan por maximizar las recompensas y minimizar los castigos. Así se desarrollan actitudes favorables hacia objetos recompensantes o conducen a la obtención de recompensas, y actitudes desfavorables ante objetos que conducen a la obtención de castigo. Percibiéndose en las participantes la presencia de actitudes ambivalentes; teniendo en cuenta que al buscar el bienestar de sus esposos, los complacen accediendo al encuentro sexual y piensan que así podrán evitar el enojo en su pareja y/o la infidelidad (recompensa), manifestando actitudes favorables, y al mismo tiempo

actitudes desfavorables, al acceder a una relación sexual sin desearla y en ocasiones a dejar de sentir su propio placer sexual (castigo).

Zanna y Rempel (1988 citado por Worchel, et al. 2002) identificaron cuatro rasgos esenciales del concepto de actitud. El cuarto y último rasgo clave de las actitudes es que se desarrollan a partir de la información cognoscitiva, afectiva o conductual. Esto significa que las evaluaciones de los objetos se basan en el conocimiento y las ideas de ellos (información cognoscitiva), reacciones emocionales y sentimientos (información afectiva) y conductas y respuestas anteriores (información conductual). A menudo, las actitudes se basan en las tres fuentes, aunque no siempre sean congruentes, a pesar de esto, las actitudes representan un concepto que integra cognición y afecto. En este caso, Las actitudes que presentan las participantes son incongruentes entre sus componentes; es decir, en la relación entre el componente cognitivo y afectivo, y el componente cognitivo y conductual. En la primera relación, a pesar de que existe información pertinente y creencias facilitadoras en las participantes, frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, los sentimientos que experimentan son negativos y resultan ser obstaculizadores de la vivencia satisfactoria del encuentro sexual. Y en la segunda relación, no existe coherencia puesto que se observa una disminución de la conducta sexual habitual, aún cuando las participantes son conscientes de que la relación sexual no afecta al bebé. Por lo anterior se percibe la existencia de una disonancia cognitiva, explicada por Farré y Lasheras (1999) como la tensión que sentimos cuando dos pensamientos son psicológicamente incoherentes o carecen de consistencia, es decir que si sentimos de un modo pero actuamos de otro, y somos conscientes de esta discrepancia, se da la disonancia.

Existe una relación bidireccional entre el componente afectivo y conductual; teniendo en cuenta que la presencia de emociones negativas como: la vergüenza y la

insatisfacción sexual, generan una disminución en el comportamiento sexual, y el temor percibido por las participantes, las impulsa a acceder a la relación sexual. Igualmente la disminución de la actividad sexual en el último trimestre del embarazo, causa sentimientos de tristeza y culpa. Además, debido las experiencias sexuales insatisfactorias que han tenido las participantes durante el último trimestre del embarazo con sus esposos, se generan dos opciones: la primera que no se de la relación sexual y la segunda que se de pero sin ser gratificante para ellas.

Se deduce, que las participantes no vivencian una relación sexual libre durante el transcurso del último trimestre del embarazo, pues no expresan sus deseos y necesidades sexuales, que están sujetos a los de sus esposos y los reprimen o transforman, brindándoles satisfacción sexual a costa de su insatisfacción, que a pesar de no ser expresada por las participantes, se evidencia en la comparación realizada entre la vivencia de la relación sexual antes y durante el embarazo, puesto que ellas hacen una valoración más satisfactoria del encuentro sexual antes de la gestación que durante el último trimestre de ésta. Esta insatisfacción se presenta durante la relación sexual, porque las participantes no la disfrutaban a plenitud, por la intranquilidad que les genera pensar en los perjuicios que puede ocasionar el encuentro sexual al bebé, estos pensamientos que hacen parte del plano psíquico interfieren en el ejercicio del modo erótico y afectan el comportamiento sexual de las participantes. (“Como le decía es más descomplicado y uno siente pues como más placer”, “Como le dije uno se siente mejor y no esta preocupado, pues es más, uno esta más frecuentemente con el esposo, porque se puede, en cambio en el embarazo es menos y ya no se puede, sobre todo ahora”). Al mismo tiempo asumen el papel que la cultura machista les ha impuesto por el mismo hecho de ser mujeres; formando una creencia subyacente al respecto “Como esposa debo complacer a mi marido”, haciendo a un lado el derecho a dominar su cuerpo y a experimentar su propio placer

sexual, prestando su cuerpo para... Situación que impide la posibilidad de una buena relación sexual, que emana de un intercambio de individualidades basado en el deseo, donde los integrantes de la pareja deberían comprometerse con su placer y el del otro, asumiendo la búsqueda de nuevas posibilidades.

Las participantes reflejan durante el último trimestre del embarazo factores psicológicos que influyen en su comportamiento sexual como: La autoestima, elemento de la personalidad, al que hacen referencia Farré y Lasheras (1999) como un conjunto de sentimientos, que uno tiene acerca del mayor o menor valor de su propia persona. La autoestima elevada aporta equilibrio personal, mientras que la escasa autoestima provoca mayor vulnerabilidad emocional. Observando que las participantes hacen una valoración negativa de su apariencia física, por los cambios que se han manifestado en su cuerpo durante el embarazo, percibidos como obstaculizadores de la relación sexual, inhibiendo la expresión de sentimientos eróticos, por la vergüenza que se presenta, como una máscara que oculta su inseguridad frente al amor propio y a la vez se hace evidente con el temor a la infidelidad. Afectando la estabilidad emocional de las participantes.

Otro factor psicológico es la falta de asertividad, que se presenta en las participantes debido a la dificultad que tienen para expresar a sus esposos: opiniones, intereses y emociones, frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo y no tienen en cuenta el punto de vista de ellos, infiriendo estados internos a partir de sus posibles conductas. Este juicio se da por la formación de actitudes débiles y ambiguas en las participantes durante el último trimestre del embarazo, por ser la gestación una experiencia nueva, que implica en las participantes la necesidad de establecer su posición frente al encuentro sexual en el transcurso de este período. La inexpresividad de las participantes y las atribuciones que hacen de sus esposos, causa que ellos desconozcan la situación que ellas viven y por tanto no comuniquen

sus gustos y deseos frente al encuentro sexual, por pensar que su vida sexual en pareja no ha sido afectada durante este período.

Se infiere que la comunicación en la pareja es mínima frente al tema de la sexualidad durante el último trimestre del embarazo; al fallar los estilos positivos de la comunicación que propone Gordon (1985 citado por Nader y Palacio, 1993), como la escucha activa, en la que las participantes antes de expresar sus sentimientos tratan de suponer los del otro, creyendo saber lo que sus esposos quieren, anticipando las consecuencias de la decisión de tener o no relaciones sexuales, al pensar que se disgustarán si ellas no acceden a la relación sexual y evitan la posibilidad de hablar sobre la situación que afecta a la pareja; opacando la opción de hacer un cambio positivo en la relación, sin buscar los espacios para el diálogo y descartando los acuerdos mutuos, para poder lograr solucionar a fondo sus problemas sexuales en esta última etapa de gestación. Esta problemática encubre los efectos negativos, generados en la relación de pareja por la actividad sexual durante el último trimestre del embarazo, en la cual las participantes se niegan así mismas, por subestimar sus pensamientos, sentimientos, deseos, expectativas, entre otras, frente al encuentro sexual y su participación en la relación de pareja es valorada positivamente si los esposos de las participantes se encuentran satisfechos. Además las participantes en ocasiones no perciben la influencia negativa en la relación de pareja, debido a que acceden al encuentro sexual, evitando una reacción negativa por parte de sus esposos.

En la evaluación que realizan las participantes frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, se manifiestan esquemas que les permiten organizar las experiencias anteriores y elaborar un marco para comprender experiencias futuras, desarrollándose un proceso de asimilación de una experiencia nueva, como es la gestación a esquemas anteriores y un proceso de acomodación de los existentes, de



modo que éstos se ajusten a las experiencias nuevas (Piaget, 1926 citado por Farré y Lasheras, 1999). Es decir que las participantes viven nuevas experiencias sexuales durante el último trimestre del embarazo, con base en esquemas anteriores, conformados por información cognitiva, afectiva y conductual, los cuales también se ajustan a las vivencias sexuales de las participantes durante la última etapa de gestación, formando nuevos esquemas, permitiendo que las participantes intenten adaptarse a la actual situación, a pesar de que esta opción no siempre genere bienestar en ellas.

Durante el último trimestre del embarazo las participantes, podrían sentir mayor bienestar si pudieran dedicarse a pensar en su nuevo rol de futuras madres y así vivir con naturalidad su estado, priorizando su necesidad de descansar, de hacer las cosas tranquilas y disfrutarlas, dándose un tiempo especial para demostrar a sus esposos su deseo sexual, compartiendo preferencias y necesidades sexuales propias de cada uno de los miembros de la pareja, que al fusionarse crean un mundo erótico y un ambiente estimulante que brinde satisfacción sexual a los dos.

En futuras investigaciones es importante trabajar con la colaboración activa de los esposos de las participantes, quienes generarían un aporte significativo al estudio, desde su experiencia vivida en la relación con su pareja durante el embarazo. Teniendo en cuenta que la espera de un bebé cambia radicalmente la situación de las parejas, por lo que el papel que decida jugar el hombre en este momento de la vida es importante, ya que algunos padres se mostrarán ansiosos por haberse sentido desplazados y otros quizás más asertivamente opten por integrarse al juego del amor romántico con su pareja y compartan con ellas sus inquietudes maternas e incluso, no prefieran propiciar la intimidad por miedo a dañar el feto. Además su participación, facilitaría comprender la situación más objetivamente, al conocer las percepciones que

cada uno de los miembros de la pareja tiene frente a la relación sexual, en el último trimestre del embarazo.

Es relevante trabajar con otras variables relacionadas con este estudio como: Las actitudes en cada trimestre del embarazo, problemas en la relación de pareja, madres víctimas de abuso sexual con antecedentes, madres sin pareja estable, madres con hijos, pareja con una religión específica, entre otras.

Este estudio logró contextualizar la información existente sobre la actividad sexual durante el embarazo en la ciudad de Pasto, con un grupo de madres gestantes con características particulares y con sus resultados aportó de la siguiente manera:

A las participantes de esta investigación, quienes pudieron expresar abiertamente opiniones, sentimientos y experiencias sobre la vivencia sexual con su pareja durante el último trimestre del embarazo, siendo comprendidas y retroalimentadas con información pertinente, que logró aclarar inquietudes y construir enseñanzas; facilitando la adaptación a nuevas situaciones que se presentan de la mano con el embarazo y el afrontamiento ante el estrés físico y emocional que implica este estado.

A la Institución por constituirse en un antecedente investigativo, que propicia el desarrollo de otros procesos investigativos y el inicio de programas educativos que fomenten la enseñanza de conocimientos, cuidados y habilidades que permitan el adecuado desarrollo del embarazo, con el fin de afrontar satisfactoriamente dificultades generadas frente a la sexualidad en esta etapa.

A la Psicología Social Aplicada, aportando nuevos conocimientos sobre las actitudes frente a la sexualidad durante el embarazo, demostrando que esta investigación es uno de los casos en donde las actitudes no son congruentes entre sus componentes, pero influyen en el cambio en el comportamiento sexual de las madres participantes, durante su embarazo y en la valoración que hacen de éste. Y a

la Psicología de la salud como un antecedente que contribuye a la sexualidad estudiada en el embarazo.

A las investigadoras en la profundización de conocimientos frente a las actitudes, la sexualidad, la relación de pareja y el embarazo, información que resultó ser útil para las experiencias personales, enriquecimiento profesional y ampliación de la visión para llevar a cabo el propósito de este estudio. Además el proceso investigativo contribuyó a ahondar en la investigación cualitativa, facilitando a las investigadoras involucrarse con las vivencias de las madres participantes y su percepción, a través de la interacción con ellas.

## CONCLUSIONES

Se evidencia en las participantes la presencia de actitudes ambivalentes, frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, reconociendo actitudes favorables, por la obtención de recompensa al complacer sexualmente a sus esposos, evitando su enojo y/o infidelidad y actitudes desfavorables al acceder a la relación sexual sin desearla, implicando un castigo para ellas.

Los componentes de las actitudes se relacionan más no son congruentes entre sí, encontrándose una tensión denominada disonancia cognitiva, en las relaciones entre los pensamientos y emociones, y los pensamientos y comportamientos sexuales de las participantes; debido a que si bien existen cogniciones positivas frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, hay inhibición en los comportamientos sexuales y las emociones resultan ser negativas. Siendo estas últimas generadas por la disminución de la actividad sexual, existiendo una correlación bidireccional entre emociones y comportamientos sexuales.

Las actitudes influyen en el cambio del comportamiento sexual habitual de las participantes en el último trimestre del embarazo; sin embargo existen otras variables que interfieren en esta transformación como son: la disminución del deseo en la mujer debido a la falta de sentimientos eróticos, las molestias físicas típicas de este período, las dificultades en la comunicación y factores psicológicos en ellas como: La autoestima y la falta de asertividad en la expresión de sentimientos.

En ocasiones las participantes acceden a tener relaciones sexuales, por la presencia de una creencia cultural subyacente en ellas, que hace referencia a: "Como esposa debo complacer a mi marido", por el temor a generar un disgusto en su compañero y/o la infidelidad por parte de éste, buscando la satisfacción de su pareja. Sin embargo las participantes manifiestan querer tener relaciones sexuales, en el

momento en que sientan el deseo de compartir un encuentro íntimo con su pareja, sin tener que hacerlo bajo presión.

Las participantes durante el último trimestre del embarazo, no logran el disfrute de una vida sexual satisfactoria, debido a factores como: la intranquilidad experimentada durante la relación sexual, por pensar en las consecuencias negativas que puede ocasionar ésta a la salud del bebé, la inexpresividad de sus opiniones y sentimientos hacia sus esposos, respecto a la situación que viven, y la ausencia de prácticas de otras alternativas sexuales, que les permitan sobrellevar las dificultades características de este período y obtener placer sexual con su pareja.

Las participantes asumen los cambios corporales causados por el embarazo, como un factor que afecta su apariencia física, generando un sentimiento de vergüenza a mostrar su cuerpo a sus esposos, por pensar que han perdido su atractivo físico; lo que implica vulnerabilidad emocional en ellas, generada por la baja autoestima que no sólo se justifica por el anterior aspecto, sino también por la inseguridad que sienten de sí mismas, respecto al temor a que sus esposos les sean infieles y por cuidar sólo los derechos de su pareja, renunciando a velar por los propios.

Se percibe que las participantes tienen dificultades en la comunicación con sus esposos, frente a la relación sexual en el último trimestre del embarazo, actuando pasivamente al no afrontar la situación que viven, por temor a romper el equilibrio que han construido; siendo inexpresivas y guardando silencio ante una verdad oculta, que puede convertirse en un problema para la pareja.

Las participantes hacen inferencias de los comportamientos que asumen sus esposos, frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo, atribuyéndoles posibles reacciones ante la negación del encuentro sexual. Estos juicios se realizan por las actitudes débiles que se han formado con la nueva experiencia del embarazo.

En el último trimestre del embarazo las participantes desarrollan un proceso de asimilación y acomodación, a través de la vivencia de una nueva experiencia como es la gestación, fundamentada en esquemas anteriores que se modifican con ésta, logrando la formación de nuevos esquemas y la posterior adaptación de las participantes a su actual vida sexual.

Las reacciones emocionales frente a la relación sexual durante el último trimestre del embarazo son negativas. Sin embargo frente a la gestación se manifiestan sentimientos de alegría y satisfacción; siendo fundamental para las participantes asumir su nuevo rol de madres y vivir a plenitud su estado de embarazo, sin ser afectado por las exigencias sexuales de su pareja.

## RECOMENDACIONES

En futuras investigaciones es importante trabajar con la colaboración activa de los esposos de las participantes, quienes generarían un aporte significativo al estudio, desde su experiencia vivida en la relación con su pareja durante el embarazo.

Se sugiere a otros investigadores realizar estudios que aporten a explicar el origen de variables como: Las actitudes en cada trimestre del embarazo, problemas en la relación de pareja, madres víctimas de abuso sexual con antecedentes, madres sin pareja estable, madres con hijos, pareja con una religión específica, entre otras.

Desarrollar estudios retrospectivos que enfatizen en la profundización de las variables anteriores y otras.

Abordar esta investigación de forma interdisciplinaria, ampliando conocimientos para intervenir adecuadamente desde la psicología.

Desarrollar programas de prevención y promoción, a través espacios de capacitación en salud, implementando estrategias de educación y comunicación que resulten eficaces para abordar la temática de la sexualidad.

Es importante brindar ayuda profesional a las gestantes para superar inseguridades, problemas emocionales y obtener la mejor adaptación y salud posibles. Para que esta actividad sea bien dirigida se deberá brindar una educación racional, suprimiendo emociones negativas, creando emociones fuertemente positivas y estableciendo un clima de absoluta confianza.

Se debería establecer una estrecha relación entre la gestante y el equipo de atención maternal, desde el inicio del embarazo y hasta un período después del parto, para favorecer la adaptación maternal y la salud psicosocial de la madre y su hijo.

Se sugiere que las madres expresen sus pensamientos y sentimientos de acuerdo con su experiencia sexual durante el último trimestre del embarazo con su pareja, con el fin de interactuar y compartir con ésta, situaciones que pueden resultar incómodas

para los dos, permitiendo la búsqueda de soluciones y por tanto el fortalecimiento del vínculo sexo-afectivo.

El padre y la madre gestante podrían comprometerse con su propio placer y el del otro, para propiciar el encuentro íntimo y satisfacer sus deseos mutuamente, asumiendo la búsqueda de nuevas posibilidades que rescaten el placer sexual.

Es importante que la pareja se informe sobre la sexualidad durante el embarazo, teniendo en cuenta los cambios que se presentan en cada etapa, permitiendo que los nuevos conocimientos se integren con la experiencia actual de la pareja.

La pareja puede propiciar espacios diferentes a los habituales que les permitan relajar las tensiones generadas por el embarazo y compartir en pareja el deseo, el afecto, el respeto, la autoestima y la igualdad recíproca.

Es importante que las madres busquen acompañamiento y orientación profesional, con el fin de derrotar las barreras internas mentales que reprimen el placer y las reacciones emocionales negativas, para poder favorecer un encuentro más gratificante.

Se sugiere a Emssanar IPS posibilitar espacios educativos orientados a enseñar a las madres gestantes y a sus parejas, sobre los cambios en la sexualidad en cada etapa del embarazo, las dificultades que se presentan y posibles alternativas de solución.

Se aconseja facilitar la expresión conjunta de las experiencias individuales de las madres gestantes en espacios educativos, permitiendo que los profesionales de la salud encargados de estos cursos, logren retroalimentar adecuadamente estas intervenciones.

Es importante que la Institución Emssanar IPS, brinde a las madres gestantes información escrita sobre la sexualidad durante el embarazo a través de folletos, carteles, entre otros, que faciliten que la información recibida sea aprendida y pueda



ser utilizada por la pareja.

Se sugiere al personal profesional del campo de la salud que labora en la Institución Emssanar IPS, actualizarse sobre el tema de estudio y propiciar investigaciones que aporten nuevos conocimientos a la sexualidad durante el embarazo y se puedan brindar a las madres gestantes herramientas pertinentes para afrontar esta situación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agreda, E. (2004) Guía de Investigación Cualitativa Interpretativa. Pasto, Colombia: Graficab.
- Aguilar, I. & Galbes, H. (1991). Vida Amor y Sexo (Tomo 3). Madrid, España: Safeliz.
- Alzate, H. (1997). Sexualidad Humana (2ª. ed.). Bogota, Colombia: Temis.
- Babedes, M. (2004). ¿Es Peligroso el Sexo Durante el Embarazo?. [Internet]. Disponible en: <http://www.tupediatra.com/index.html>
- Baztán, A. (1995). Etnografía: Metodología Cualitativa en la Investigación Sociocultural. Bogota, Colombia: Alfaomega.
- Besso, J., Billón, M., Mardarás, E. & Baravalle, G. (1991). Enciclopedia de la Psicología Donado (Tomo 4). Barcelona, España: Océano.
- Burbano, C., Montilla, G. (1997). Embarazo en la Adolescencia Vivencias en la Ciudad de Pasto. Pasto, Colombia.
- Carbonell, P. & Doval, J. (2005). Sexo y Embarazo. [Internet]. Disponible en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00252.asp?ap=4>
- Castillo, H., Hernández, A., Vélez, N. (2001). Embarazos Indeseados del Grado 5º de la Escuela la Variante Kilómetro 54. Tumaco, Colombia.
- Conocimientos, (2005). [Internet]. Disponible en: [http://www.google.com/ses/=esydefl=defineconocimientos&5a.glosari\\_fenitiony\\_tile](http://www.google.com/ses/=esydefl=defineconocimientos&5a.glosari_fenitiony_tile)
- Deslauriers, J. (2004). Investigación Cualitativa Guía Práctica. Pereira, Colombia: Papiro.
- Farré, J. & Lasheras, M. (1999). Enciclopedia de la Psicología (Vol. 4). Barcelona, España: Océano.
- Flores, A. (2006). Percepción del Deseo Sexual. [Internet]. Disponible en: [http://www.the\\_clitoris/deseosex.com/espanish/html/s\\_desire.html](http://www.the_clitoris/deseosex.com/espanish/html/s_desire.html)

Girart, B. (2004). Disminución del Deseo Sexual...Como Mejorarlo. [Internet]. Disponible en: <http://www.psicología-online.com/colaboradores/bibiana/deseo sexual/html>

González, I. & Miyar, E. (2002). Embarazo: Sexualidad y Conducta Sexual. Sexualidad Femenina Durante La Gestación. [Online]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgs/vol17\\_5\\_01/#cargo](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgs/vol17_5_01/#cargo)

León, J., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, S., & Cantero, F. (1998). Psicología Social Orientaciones Técnicas y Ejercicios Prácticos. Madrid, España: Mc. Graw Hill.

Magendzo, S. (2006). Factores Psicológicos en la Embarazada. [Internet]. Disponible: [http://www.salud.infopleno.com/embarazo/factores\\_psicologicos](http://www.salud.infopleno.com/embarazo/factores_psicologicos)

Marega, O. (2005). Sexualidad en el Embarazo. [Internet]. Disponible en: <http://www.planetamama.com/embarazo/sexoyembarazo.htm>

Moreno, J. I. (2005). Sexualidad en el Embarazo. [Internet]. Disponible en: <http://www.tupediatra.com/embarazo/emb-sexo.htm>

Muñoz, E. & Salazar, H. (2001). Actitudes hacia la Sexualidad en la Dimensión Psicosocial de los Estudiantes de Psicología de la Universidad de Nariño. Pasto, Colombia.

Nader, L. & Palacio, M. (1993). Sexo y Familia. Bogota, Colombia: Planeta.

Ortega & Gasset. (2005). Ideas y Creencias. [Internet]. Disponible en: <http://www.redcientifica.com/doc/doc2002240001.html>

Oruc, S., Esen, A., Lacin, S., Aleb., T. & Colaboradores. (1999). Sexualidad y Embarazo. [Online]. Disponible en: <http://cuhwww.upr.du.edu/exegenses/ano10/v27/mosi.html>

- Profamilia. (2004). Preguntas y respuestas sobre sexualidad. Pasto, Colombia: Impresos la Castellana.
- Profamilia. (1999). La Salud Sexual y Reproductiva. Memorias Tercer Encuentro de Educación Sexual. Pasto, Colombia: Impresos la castellana.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa (2ª. ed.). Málaga: Aljibe.
- Rojas, N. (1997). La Pareja Cómo Vivir Juntos. (8ª. ed.). Bogota, Colombia: Planeta.
- Romero, L. (2005). Erotismo, Amor, Ternura y Sexualidad. [Internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/erotism/erotism.shtml>
- Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santero E. & Villegas, J. (1997). Psicología Social. México: Trillas.
- Sayle, A. (2004). Sexualidad y Embarazo. Revista Obstetrics & Gynecology, 45. Universidad Carolina del Norte.
- Tezanos, A. (2002). La Etnografía de la Etnografía. Bogota, Colombia: Ártropos.
- Valdés, J. (2002). Respuesta Sexual Humana y Disfunciones de la Vida Erótica en la Relación de Pareja. MEMORIAS VI Encuentro Departamental de Educación Sexual por la Afectividad. Pasto, Colombia: Visión Creativa.
- Vallejo, J. A. (1998). Guía Práctica de Psicología Familiar (Tomo 1, 2, 3). Madrid, España: Temas de Hoy.
- Vargas, O. N. (2003). Sexualidad, Maternidad y Paternidad. [Internet]. Disponible en: <http://www.sexovida.com/educacion/embarazo.htm>
- Velasco, V. (2004). Experiencia de Dos. Sexualidad y Embarazo. [Internet]. Disponible en: <http://users.movinet.com.uy/suredajl/sexualidad%20y20embarazo.htm>
- Whittaker, J. (1995). La Psicología Social en el Mundo de Hoy. (3ª. ed.) México: Trillas.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. & Olson, J. (2002). Psicología Social. México: Thomson.

Zabarew, T. (2004). Sexualidad del Adolescencia. [Internet]. Disponible en: [http://www.sexualidad.com/adolescenc/sexo\\_disfrutar.php](http://www.sexualidad.com/adolescenc/sexo_disfrutar.php)

**ANEXO**