

Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia)

Julio-octubre de 2003

Luz Marina Alonso¹, Miguel A. Pérez², Cristina Arias³, Nereya Figueroa³, Claudia Gamarra³, Alejandrina Martínez³, Leidy Sánchez³, Anny Toscano³

Resumen

Objetivos: Establecer las características biopsicosociales y la frecuencia de relaciones sexuales en embarazadas que asisten al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur (Barranquilla), julio – octubre, 2003.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo; se tomaron 140 gestantes en su segundo y tercer trimestre que asisten al programa del control prenatal de la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur (Barranquilla), julio – octubre, 2003.

Resultados: El 67.8% de las embarazadas tienen alguna creencia que influye en la frecuencia de relaciones sexuales durante el embarazo, y se encontró significancia estadística entre las ideas: las relaciones sexuales le hacen daño al bebé (Test de Fisher 2 colas; P 0.04) y las relaciones sexuales pueden hacer que el parto se adelante (OR: 2.8; IC: 0.87-9.13; X²:3.84; P 0.049) y la variable trimestre del embarazo y frecuencia de relaciones sexuales calculando un coeficiente rho de Spearman de -0.78 con una p <0.05.

Conclusión: Durante la gestación es factible que las parejas experimenten alteraciones en sus patrones sexuales, y esto muchas veces se debe a la existencia de creencias erróneas con relación a la sexualidad. Se debe tener en cuenta que los factores internos y externos que presenta un individuo condicionan su actuar en todos los aspectos relacionados con su comportamiento. Por lo que se considera importante la búsqueda de todos los factores que puedan determinar cambios significativos en las relaciones sexuales de las parejas gestantes.

Palabras clave: Embarazo, sexualidad, frecuencia de relaciones sexuales, salud reproductiva.

Abstract

Objective: To establish the psychosocial characteristic and sexual relationship pattern of pregnant women that participate in the prenatal control program at E.S.E Prudencio Padilla South Clinic, Barranquilla, July – October, 2003.

Fecha de aceptación: Mayo de 2004

¹ MSC, MSP. Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte. Investigador principal. Barranquilla (Colombia). lmalonso@uninorte.edu.co

² PhD., CHES. Profesor asociado en el Department of Health Science en California State University Fresno y director of Central California Public Health Training Academy. Investigador principal.

³ Egresadas del Programa de Enfermería, Universidad del Norte.

Materials and methods: Prospective descriptive study were collected from 140 women on their second and third trimester who participate or who attend the prenatal control program at E.S.E. Prudencio Padilla South Clinic.

Results: 67.8% of pregnant women believed that their pregnancy should have an impact on their sexual lives; specific findings included the sexual relationship harm to the baby (test fisher 2 line, $p < 0.04$) and the sexual relationships can induce early labor (OR: 2.8; IC: 0.87-9.13; X²:3.84; $P < 0.049$). Add finding statistical significance between trimester of the pregnancy and sexual relationship frequency, estimating a coefficient rho of the spearman equal -0.78 and p -value < 0.05 .

Conclusion: During gestation it is possible that couples experiment alterations to their normal sexual patterns, this changes are often the result of erroneous beliefs around sexuality. Findings from this study support expectations from the Locus of Control theory which suggest that individual with an external Locus of Control are more likely to believe that pregnancy should have an impact on the frequency and quality of their sexual activities. It is important the search of all factors that determine significant changes on gestants couples sexuality.

Key words: Pregnancy, sexuality, reproductive health, and sexual relationship frequency.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es muy importante en la vida del individuo, debido a su función integral que ejerce en la manera de reproducirnos, por ende, es necesario comprenderla^{4,5}. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, e incluye todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor y con sus funciones y procesos⁶. En consecuencia, la salud reproductiva, entre otros aspectos, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo, así como la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia^{7,8,9}.

Uno de los aspectos básicos de la salud reproductiva es el embarazo, período comprendido desde la fecundación hasta el parto, y dura, en términos generales, 280 días o nueve meses solares de 30 días, aunque también se puede contar como 40 semanas, y para su estudio se suele dividir en trimestres¹⁰.

El embarazo representa un cambio para la pareja, el cual va más allá del aspecto físico. Los futuros padres enfrentan cambios en su relación como pareja, al igual que experimentan incertidumbres sobre el futuro de su creciente familia. En el plano de los sentimientos, las gestantes y el futuro padre específicamente experimentan distintas emociones, y éstas probablemente harán que vivan su sexualidad en forma diferente.

⁴ Diamond, J.M.: *¿Why is sex fun? The evolution of humanity sexuality*. New York, Basic Books, 1998.

⁵ Low, B.S.; *Why sex matters: A Darwinian look at human behavior*. Princenton, NJ, Princenton University Press.

⁶ Acker, M and Davis, M.H.: Intimacy, pasión and commitment in adult romantic relationships: A test of the triangular theory of love. *Journal of Social and Personal Relationships* 1992; 9: 21-50.

⁷ Anhill, J.K.: Sex role complementary versus similiary married couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 52: 260-267.

⁸ Buss, D.M.: *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York, Basic Books, 1994.

⁹ Call, V Sprecher, S. & Schwartz, P.: The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family* 1995; 57:639-652.

¹⁰ Higoshida, Hirose y Yoshiko, Berta: *Educación para la salud*. Interamericana-Mac Graw Hill, 1995: p 171-172.

De acuerdo con Banen y Bogel, Beck, Byrd, Hyde, aunque es posible que las relaciones sexuales entre la pareja se modifiquen durante el embarazo, esto no significa que desaparezcan durante la gestación^{11,12,13}.

Estudios^{14,15} coinciden en que si el embarazo se desarrolla con normalidad no hay ninguna razón fisiológica que le impida a la pareja continuar su vida sexual. No obstante, los resultados de los estudios de Master and Johnson¹⁶ encontraron una disminución en el interés sexual de la mujer durante el primer trimestre. Sus estudios revelaron que un 80% de las mujeres norteamericanas reportaron que su interés en el sexo y su habilidad de disfrutarlo incrementaba durante el segundo trimestre. La literatura sugiere que existe una baja en el interés sexual de la mujer durante el tercer trimestre; estos hallazgos fueron registrados por Barclay, McDonald y O'Loughlin,¹⁷ Hart *et al*¹⁸, Masters and Johnson¹⁹. Sin embargo, parejas han reportado que las relaciones sexuales continúan hasta las últimas semanas, con la única diferencia que las posiciones coitales deben ser modificadas debido al incremento de la circunferencia del estómago.

Aunque es normal disfrutar de una vida sexual durante el período de gestación, existen algunas instancias en las que la pareja debería considerar el abstenerse de relaciones sexuales. Mujeres que sangran deberían obtener una evaluación médica antes de una penetración vaginal; de igual manera, durante los últimos días del embarazo, cuando las membranas están rotas, las mujeres deberían abstenerse de tener relaciones sexuales que incluyan la penetración vaginal y de estimulación oral de la vulva y el clítoris, ya que estas actividades pueden provocar infecciones en el feto. Asimismo, mujeres que se encuentren en riesgo de tener un aborto espontáneo o placenta previa, también deberían abstenerse de las actividades que puedan llevar a un orgasmo, ya que éste podría contribuir a contracciones e inducir un parto prematuro.

Desafortunadamente, la falta de educación, al igual que creencias erróneas, llevan a la alteración de los patrones sexuales entre los cónyuges, los cuales pueden tener resultados adversos en la relación de pareja.

En el momento en que se superen todos los temores y creencias erróneas –lo que se logra con una buena comunicación entre el personal de salud y la pareja, esta

¹¹ Banen, J. & Vogel, N.: The relationship between marital quality and interpersonal sexual communication. *Family Therapy* 1985, Vol. 12: 45-58.

¹² BECK, D.M.: *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York, Basic Books, 1994.

¹³ Byrd, J, Hyde, J.S.: DeLamater, J.D. & Plant, E.A. Sexuality during pregnancy and the yesar postpartum. *Journal of Family Practice* 1998; 47:305-308.

¹⁴ Klebanoff, M.A., Nugent, R.P. and Rodás, G.: Coitus during pregnancy: ¿Is it safe? *Lancet* 1984; 8408: 914-917.

¹⁵ Kurki, T. & Ylikorkala, O.: Coitus during pregnancy is not related to bacterial vaginosis or preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993; 169: 1130-1134.

¹⁶ Masters, W.H. & Jonson, V.E.: *Human sexual response*. Boston, Little Brown, 1966.

¹⁷ Barclay, L.M., McDonald, P. & O'Loughlin, J.A.: Sexuality and pregnancy. An interview study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 34: 1-7.

¹⁸ Hart, J.: Sexual behavior in pregnancy: A study of 219 women. *Journal of Sex Education and Therapy* 1991, 17: 86-90.

¹⁹ Masters, W.H. Jonson, V.E. & Kolodny, R.C.: *Human sexuality*, 4^a ed. New York, Harper Collin, 1992.

última expresando cada uno sus sentimientos y dando grandes dosis de cariño, complicidad, paciencia, caricias y palabras—se podrá lograr disfrutar nuevas formas de satisfacción sexual distintas del coito y orgasmo, aprovechando un elemento positivo de esta época como es la libertad que siente la pareja al no tener que preocuparse por utilizar métodos anticonceptivos.

En investigaciones realizadas en el Hospital Italiano de Buenos Aires durante 1985 – 1987 (230 mujeres embarazadas), se encontró que el deseo sexual durante el embarazo mostró algunas modificaciones. El porcentaje de mujeres que aumentó su libido fue prácticamente constante en los tres períodos analizados. En cambio, hubo un 38% que manifestó aumento de su libido en el primer trimestre, con un 44% en el segundo trimestre. Un 68% manifestó que la libido disminuye en el último trimestre de embarazo. La misma que fue modificada por antecedentes de abortos previos, espontáneos o provocados, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la edad materna, la aceptación del embarazo o paridad²⁰.

En los programas de control prenatal no se ha dado suficiente importancia al tema de la sexualidad, específicamente al comportamiento de las relaciones sexuales durante el período de gestación. Un cambio de paradigma de manejo de este programa permitiría detectar problemas no reconocidos previamente en dicha población de gestantes que sirvan de base para mejorar su salud. El objetivo de esta investigación es establecer las características biopsicosociales y frecuencia de las relaciones sexuales en embarazadas que asisten al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur (Barranquilla). La investigación se realizó bajo el marco teórico de *locus of control*, lo cual indica que mujeres que tengan un *internal locus of control* tenderían a disfrutar de una vida sexual más intensa a través del período de gestación. Por el contrario, mujeres con *external locus of control* experimentarían más temores y disfrutarían menos el contacto sexual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio descriptivo se tomaron 140 gestantes en su segundo y tercer trimestre que asistían al programa de control prenatal en la ESE José Prudencio Padilla. No se incluyeron las que estaban en primer trimestre, porque las que asistían a control prenatal en el período de realización del estudio se encontraban en trimestres superiores. Para la ejecución del estudio se realizaron labores coordinadas con el personal directivo de la institución. Las participantes pertenecen en su mayoría a estratos 2 y 3, las cuales dieron su consentimiento por escrito. La información fue recolectada mediante un cuestionario con 17 preguntas, relacionadas con características sociodemográficas, psicosociales, como edad de inicio de la vida sexual, frecuencia semanal de relaciones sexuales, creencias, temores y otras características que pueden afectar las relaciones sexuales de pareja durante el embarazo. Los datos se recolectaron en 4 meses en la clínica mencionada. Las encuestas fueron realizadas por parte del grupo de investigadores, el personal de enfermeras, quienes en ese momento realizaban prácticas en esa institución.

²⁰ <http://latina.obgyn.net/español/articles/mayo%2002/sexualid1>.

La base de datos, la tabulación y el análisis de la información se realizaron por medio del programa EPI-INFO 6,04. Para el análisis de asociación entre frecuencia de las relaciones sexuales y las distintas variables se contruyeron tablas 2 x 2 y se estimó el P.O.R, el Chi Cuadrado de Mantel Haenszel o la prueba exacta de Fisher cuando el valor esperado de una de las celdas era mayor de 5; también se halló correlación de Spearman para las variables de rango; para todas ellas se evaluó su nivel de significancia estadística con un 95% de confianza.

RESULTADOS

Como se puede apreciar en la tabla 1, con respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de mujeres estaban entre las edades de 26 a 33 años, y su nivel de educación no pasaba de algún grado de secundaria o la misma completa. Más de la mitad de las gestantes pertenecían a estrato 1 y 2, y 7 de cada 10 presentaron paridad múltiple, lo cual se esperaba por el rango de edad más frecuente, y se ocupaban básicamente en tareas del hogar.

Tabla 1

Distribución de características sociodemográficas por categorías más frecuentes de las embarazadas que asistieron al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur entre julio – octubre de 2003

Características sociodemográficas	Categorías más frecuentes	Porcentaje encontrado
Edad	26-29 30-33	24.0%30.7%
Estrato	I-II	29.3%56.4%
Escolaridad	Secundaria completa/Secundaria incompleta	15%35%
Ocupación	Dedicación al hogar/Empleada	56%34%
Paridad	Primípara/Múltipara	27.9%68.5%

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador, julio – octubre de 2003.

Al analizar el comportamiento de variables biopsicosociales, entre otras, edad de inicio de las relaciones sexuales, creencias, temores, frecuencia de relaciones sexuales, trimestre de mayor frecuencia de las relaciones, podemos observar que las edades más frecuentes de inicio de relaciones sexuales se encontraban entre 20-24 años, dato que difiere al promedio nacional, que se aproxima a 14 años.

En la tabla 3, siguiendo con el análisis de las variables biopsicosociales, ante la pregunta «¿Cuál cree usted fue el trimestre en qué se presentó mayor frecuencia de relaciones sexuales durante su embarazo?», se anotó la mayor frecuencia de relaciones sexuales en el primero, seguido del segundo, y en menor porcentaje en el tercero (tabla 3).

Tabla 2

Distribución según el inicio de la vida sexual en embarazadas que asistieron al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur entre julio – octubre de 2003

Inicio de vida sexual	Fr	%
12-15	15	10.7
16-19	45	32.1
20-24	63	45.0
Más	17	12.1
Total	140	100

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador julio – octubre de 2003.

Tabla 3

Distribución según el trimestre de gestación con mayor frecuencia de relaciones sexuales en embarazadas que asisten al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur entre julio – octubre de 2003

Trimestre	Fr	%
Primero	85	60.8
Segundo	45	32.1
Tercero	10	7.1
Total	140	100

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador julio – octubre de 2003.

En los resultados de la encuesta igualmente se determinó que la mayoría de las mujeres (55%) mantenían relaciones sexuales de 2 a 3 veces en la semana, seguido de un 34.3%, que mantenía entre 0 a 1, el resto mantenía entre 4 o más relaciones (tabla 4).

Tabla 4

Distribución según frecuencia de relaciones sexuales semanales en embarazadas que asistieron al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur entre julio – octubre de 2003

Frecuencias de Rel. sexuales semanales	Fr	%
0 -1	48	34.3
2 – 3	77	55
4 – 5	8	5.7
6 – 7	1	0.7
8 – 9	6	4.3
10 o más	0	0
Total	140	100

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador, julio – octubre de 2003.

Luego de categorizar la variable frecuencia de relaciones sexuales por rango se encontró una correlación entre el trimestre del embarazo y frecuencia de relaciones sexuales semanales, coeficiente rho de Spearman obtenido -0.788, con un valor de $p < 0.05$, lo cual responde que a medida que aumentaban los trimestres disminuía el número de relaciones sexuales.

En cuanto a las creencias sobre el efecto del embarazo y las relaciones sexuales durante el período de gestación, la mayoría de las encuestadas (68%) reportó creencias negativas entre el embarazo y la sexualidad. Del total de las mujeres encuestadas, se encontró que 43 gestantes han sentido temor de tener relaciones sexuales, lo que corresponde al 30.7%; 97 respondieron que no sentían temor de realizar relaciones sexuales, es decir, el 69.3%. Sólo se encontraron diferencias significativas para las creencias: hacer el amor le hace daño al bebé y le puede adelantar el parto (tablas 5 y 6).

Tabla 5

Creencias que reportaron las mujeres embarazadas que asistieron al programa control prenatal en la ESE Prudencia Padilla Clínica Sur, julio-octubre de 2003

Creencias	%
El deseo sexual disminuye durante el embarazo	41.4
El embarazo aumenta el deseo sexual	18.6
El embarazo es causa de conflictos	12.1
Hacer el amor le adelantará el parto	11.4
Hacer el amor le hace daño al bebé	7.9%
Hacer el amor puede producir un aborto	5.7
Temor de tener relaciones sexuales	%
Tienen temor	30.7%

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador, julio – octubre de 2003.

Tabla 6

Diferencias relativas entre comportamientos de las variables relacionadas con frecuencia semanal de relaciones sexuales, creencias, temores y otras variables biopsicosociales

Variables	OR	IC	X ²	P	Test Fisher	P
Creencias						
Hacer el amor le hace daño al bebé					2 colas	0.04**
Hacer el amor puede producir un aborto					2 colas	0.12
Hacer el amor le puede adelantar el parto	2.80	0.87 – 9.13	3.84	0.049**		
El embarazo disminuye el deseo sexual	1.16	0.54 – 2.49	0.16	0.68		
El embarazo aumenta el deseo sexual	0.51	0.17 – 1.50	1.77	0.18		
El embarazo es la causa de conflictos con las parejas	0.37	0.08 – 1.49	2.36	0.12		

Temor	1.39	0.62 – 3.13	0.75	0.38		
Variabes biopsicosociales						
Rechazo	1.17	0.35 – 3.82	0.08	0.77		
Dolor	1.14	0.45 -2.86	0.10	0.75		
Abortos	1.61	0.72 – 3.61	1.57	0.21		
Enfermedad	0.61	0.15 – 2.20	0.69	0.40		

* Se dicotomizó frecuencia de relación sexual baja ≤ 2 veces a la semana (considerado como factor de riesgo) y alta más de dos relaciones a la semana.

** Se encontró significancia estadística.

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador julio – octubre de 2003.

Al observar el comportamiento entre posición preferida por la pareja para realizar las relaciones sexuales y el trimestre del embarazo, encontramos que durante el primer trimestre la posición más elegida fue usted sobre él, y durante el tercer trimestre él sobre usted, seguido de los dos en posición lateral; se aclara que durante el acto sexual cuando las mujeres encuestadas contestaron sobre la posición él sobre usted, no se interrogó acerca de si existía una variación de esa posición para evitar el trauma sobre el abdomen grávido (tabla 7).

Tabla 7

Distribución según la relación entre posición de preferencia para realizar la relación sexual y el trimestre de embarazo reportado por las embarazadas que asistieron al programa de control prenatal en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur entre julio – octubre de 2003

Trimestre reportado \ Posición	Usted sobre él		Los dos en posic. lateral		Otras		El sobre usted		El atrás de usted		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primero	26	76.47	16	48.48	10	76.92	20	26.31	11	50.00	83	59.28
Segundo	6	17.64	14	42.42	3	23.07	14	36.84	10	45.45	47	33.57
Tercero	2	5.88	3	9.09	0	0.00	4	10.52	1	4.50	10	7.14
Total	34	100.00	33	100.00	13	100.00	38	100.00	22	100.00	140	100

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador, julio – octubre de 2003.

Según datos de la tabla 8, podemos observar que el porcentaje de mujeres con una alta frecuencia de relaciones sexuales, nos permite suponer que la mayoría de mujeres entrevistadas gozan de un *internal locus of control*, también manifiestan que la posición categorizada como los dos en posición lateral presenta la mayor frecuencia en parejas con 2 o más relaciones sexuales por semana. Es necesario destacar que la posición más frecuente coincide con las recomendaciones dadas por los obstetras y sexólogos durante este período por el que atraviesa la familia gestante durante el último trimestre.

Tabla 8

Distribución según frecuencia de relaciones sexuales por semana y la posición de realizada por la pareja en embarazadas que asistieron al programa de control prenatal en la ESE Prudencia Padilla Clínica Sur entre julio-octubre de 2003

Frec. de Rel. sexuales	Posición		Usted sobre él		Los dos en posic. lateral		Otras		El sobre usted		El atrás de usted		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja (0-1)	18	51.42	9	23.07	4	20.00	4	36.36	13	0.37	48	34.28		
Alta (2 o más)	17	48.57	30	76.92	16	80.00	7	63.64	22	0.63	92	65.71		
Total	35	100.00	39	100.00	20	100.00	11	100.00	35	100.00	140	100.00		

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador julio – octubre de 2003.

En cuanto al análisis de otras variables biopsicosociales que podrían afectar las relaciones sexuales de la pareja y que algunas de ellas las habíamos relacionado con frecuencia de relaciones sexuales, no observando diferencias significativas, podemos destacar la relación de hallazgos relevantes que se observan en varios ítems, un porcentaje mayor del 10% entre ellos: la pareja la rechaza, siente dolor al realizar la relación sexual (esto fue manifestado por una de cada 5 mujeres embarazadas), no haber acuerdos para embarazarse. De otra parte, se observa un porcentaje considerable de mujeres a las que se les había diagnosticado alguna patología en el embarazo, datos que podrían resultar clínicamente importantes (tabla 9).

Tabla 9

Relación de hallazgos relevantes en cuanto a variables relacionadas con la pareja en embarazadas que asistieron al programa de control prenatal en la E.S.E. Prudencio Padilla Clínica Sur entre julio – octubre de 2003

Características estudiadas encontradas relevantes	%
La pareja la rechaza	11.4
La relación sexual es dolorosa	21.4
Prefiere la práctica vaginal en las relaciones sexuales	95
Prefieren la posición el sobre ella y posición lateral	52.8
No hicieron acuerdos con la pareja para embarazarse	33
Manifestaron que su embarazo era de alto riesgo	7.1
Manifestaron antecedente de enfermedad durante el embarazo actual	11.4

Fuente: Encuesta realizada por el grupo investigador, julio – octubre de 2003.

DISCUSIÓN

Basándonos en los resultados obtenidos en nuestra investigación se determinó el comportamiento de algunas variables biopsicosociales y la frecuencia de relaciones sexuales durante la gestación, y se encontró que existen características que influyen en la frecuencia de las relaciones sexuales durante el embarazo, las cuales se basan en características propias del comportamiento (factores internos) o en variables relacionadas por la ocasión, religión, autoridad, cultura, creencia, entre otras (factores externos). Estos factores fundamentan la teoría *locus de control*, en la cual nos basamos al realizar esta investigación.

Dentro de los aspectos relevantes encontramos que la mayoría de las mujeres están en el ciclo vital individual de adulto joven (30.7%), a diferencia de los datos obtenidos en otros estudios realizados en Colombia, que muestran que el rango de edad en que oscilan las embarazadas es de 16 – 17²¹. Era de esperarse que la mayoría de mujeres pertenecieran a la categoría de multíparas, por el rango de edad en que se encontraban. De igual manera, su edad tardía de inicio de relaciones sexuales, por ser de otra generación o cohorte distinta a la nueva.

Como se puede observar en los resultados estadísticos arrojados en el análisis de las creencias, vemos que existe una alta frecuencia de éstas en las mujeres embarazadas. Al comparar las cifras mencionadas en cuanto a creencias con la teoría del *locus of control* se observa que existen factores internos y externos en los cuales se fundamenta el actuar de una persona. De igual forma, coexisten otros problemas manifestados por las embarazadas, como rechazo de la pareja, que lo podemos considerar como maltrato psicológico. También la manifestación del dolor que algunas de ellas mencionaron, nos podría alertar a explorar ciertos comportamientos o prácticas inapropiadas de parte de su pareja. Otro factor observado es el porcentaje de mujeres que manifestaron tener algún antecedente de enfermedad o enfermedad actual durante su gestación, lo cual nos podría alertar que a pesar de tener un control prenatal actual, por los porcentajes de enfermedad observados, se podría deducir la carencia o falta de un programa preconcepcional.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los resultados presentados podemos concluir que este grupo de mujeres embarazadas presenta problemas biopsicosociales, tales como escolaridad incompleta, desempleo, manejo erróneo de creencias, temores, rechazo por parte de la pareja durante la gestación, manifestación de dolor durante el coito, padecimientos de enfermedades. De igual manera, se observa que algunas de estas variables se encontraban asociadas estadísticamente con la frecuencia de relaciones sexuales con la pareja.

Los anteriores hallazgos podrían dificultar el disfrute de las relaciones sexuales, sin embargo, como ya se mencionó, no se encontró diferencias significativas para todas las variables, pero en algunas de ellas se pudo haber afectado por la poca precisión del intervalo, que para algunos casos el estimado fue muy amplio.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que para futuras investigaciones se incluyan algunas variables que no fueron determinadas por falta de parámetros que las sustenten de una forma confiable, para su aplicación y evaluación; entre éstas (orgasmo, por ejemplo) encontramos patologías que pueden afectar la salud materna o el feto.

²¹ PROFAMILIA, Encuesta de salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, se aconseja llevar a cabo un estudio similar, escogiendo una muestra de diversas instituciones que presenten población vinculada y sensibilizada y no solamente contributiva, en las que se identifique mayor necesidad de intervención en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Promocionar en los profesionales de la salud la vigilancia y seguimiento en lo que a salud sexual se refiere, buscando el abordaje del tema tanto con la gestante como con el cónyuge para que sea más efectiva la intervención.

Trabajar por protocolos de salud reproductiva de manera interdisciplinaria, que contemplen estos aspectos relacionados con el disfrute de su sexualidad y los riesgos que involucra la misma dependiendo de la situación de salud en la que se encuentre la embarazada.

Realizar otros estudios en los que se le pregunte a la pareja de las embarazadas sobre creencias y mitos, motivos de rechazo a su pareja durante la gestación, y otras variables biopsicosociales con respecto a este período de responsabilidad de la pareja y de los organismos de salud, tales como los centros de salud sexual y reproductiva en Colombia.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Fernando Vásquez Rengifo –PhD. en Medicina Reproductiva y director del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad del Norte– por su revisión y aportes. De igual manera, al Dr. Adolfo Mario Escobar Barraza –médico internista de la Universidad Nacional Autónoma de México y profesor de Medicina Interna de la Universidad del Norte– por sus sugerencias.

Bibliografía

- Acker, M & Davis, M.H.: Intimacy, pasión and commitment in adult romantic relationships: A test of the triangular theory of love. *Journal of Social and Personal Relationships* 1992; 9: 21-50.
- Anhill, J.K.: Sex role complementary versus similar married couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 52: 260-267.
- Banmen, J. & Vogel, N.: The relationship between marital quality and interpersonal sexual communication. *Family Therapy* 1985, Vol. 12: 45-58.
- Barclay, L.M., McDonald, P. & O'Loughlin, J.A.: Sexuality and pregnancy. An interview study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 34: 1-7.
- Beck, D.M.: *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York, Basic Books, 1994.
- Byrd, J, Hyde, J.S., DeLamater, J.D. & Plant, E.A.: Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice* 1998; 47:305-308.
- Call, V Sprecher, S. & Schwartz, P.: The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family* 1995; 57:639-652.
- De Juidibus; Margaret A & McCabe, Marita P.: *The journal of sex research*. New York; 2002.
- Diamond, J.M.: *¿Why is sex fun? The evolution of humanity sexuality*. New York, Basic Books, 1998.

- Floguiati, Lidia: La sexualidad en los tres trimestres (vía Internet) [http:// www.bebesenlaweb.com.ar](http://www.bebesenlaweb.com.ar)
- Hart, J.: Sexual behavior in pregnancy: A study of 219 women. *Journal of Sex Education and Therapy* 1991; 17: 86-90.
- Higoshida, Hirose & Yoshiko, Bertha: *Educación para la salud*. Interamericana-Mac Graw Hill, 1995: 171-172.
- Klebanoff, M.A., Nugent, R.P. & Rodás, G. Coitus during pregnancy: ¿Is it safe? *Lancet* 1984; 8408: 914-917.
- Kurki, T. & Ylikorkala, O.: Coitus during pregnancy is not related to bacterial vaginosis or preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993; 169: 1130-1134.
- Low, B.S.: *Why sex matters: A Darwinian look at human behavior*. Princenton, NJ, Princenton University Press.
- Marega, Olga B.: Sexualidad y embarazo (vía Internet) [http:// www.sexovida.com/educación](http://www.sexovida.com/educación). Accessed 2/13/04.
- Masters, W.H. & Jonson, V.E.: *Human sexual response*. Boston, Little Brown, 1966.
- Masters, W.H. Jonson, V.E. & Kolodny, R.C.: *Human sexuality*, 4ª ed. New York, Harper Collin, 1992.
- PROFAMILIA: Encuesta de salud sexual y reproductiva.
Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women (Bases de datos Uninorte).

Direcciones electrónicas consultadas en internet

- Clínica San Mauricio. Embarazo, parto y puerperio (vía Internet)
- Diario *Hoy Ecuador*, sección sexualidad hoy: Embarazo y parto (vía Internet)
- [http:// www.Bebesenlaweb.com.ar](http://www.Bebesenlaweb.com.ar)
- [http:// www.abcsexologia.com/modules](http://www.abcsexologia.com/modules)
- [http:// www.cedip.cl/guias/indicadores%20de%20salud%20Mf.htm](http://www.cedip.cl/guias/indicadores%20de%20salud%20Mf.htm)
- [http:// www.geocities.com/Hotsprings/spa/1353](http://www.geocities.com/Hotsprings/spa/1353)
- [http:// www.hometownAol.com](http://www.hometownAol.com)
- [http:// www.mendoza.gov.ar/mujer/embadole/adolemb.hfm](http://www.mendoza.gov.ar/mujer/embadole/adolemb.hfm)
- [http:// www.usaly.cos](http://www.usaly.cos)
- <http://bebesenlaweb.com.ar/embarazo.com>
- <http://bebesenlaweb.com.ar/nuevemeses.com>
- http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm
- http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Locus_of_Control_Overview.htm
- http://members.tripod.com/random_sage/part1a.htm
- <http://miembarazo.cl/cambios-fisicos.html>
- <http://www.consume.es/web/es/nutrición/saludy-y-alimentación-embarazo-y-lactancia37201-print.jsp>
- <http://www.geocities.com>
- <http://www.tupediatra.com/embarazo/emb-sexo.htm>
- www.diadosanimais.com
- www.plazabebe.com
- [http:// latina.obgyn.net/español/articles/mayo%2002/sexualid1](http://latina.obgyn.net/español/articles/mayo%2002/sexualid1).