

SEXUALIDAD Y EMBARAZO

Por: Hernando Restrepo Payán. Médico. Magister en Sexología clínica. Docente pre y postgrado U.P.B.

Resumen

La creencia en la población general e incluso en el personal de salud sobre el hecho que las relaciones sexuales pueden ser peligrosas durante el embarazo deriva de la idea errónea de que el pene puede penetrar en la cavidad uterina, romper las membranas y dañar al feto o incluso violarlo. Este concepto es probablemente la base para la creencia de que el sexo en el embarazo está contraindicado o que algunas posiciones sexuales serían más peligrosas para el feto o la mujer embarazada, como ha sido mencionado por Costa-Ribeiro et al. en su revisión sistemática.

En este artículo, se hizo una revisión de la literatura disponible sobre la evidencia al respecto y pretende resolver algunas inquietudes comunes frente a la experiencia de la sexualidad durante el embarazo y el postparto. Se reconoce la necesidad de que el personal de salud en formación, tanto en el pregrado como en el postgrado, adquiera conocimientos básicos de sexología clínica durante su paso por la facultad de medicina, que les permita tener herramientas conceptuales y cognitivas, para asesorar adecuadamente a las parejas sobre sus dudas o problemas sexuales en esta etapa vital.

Palabras clave: embarazo, sexualidad.

Introducción

El ejercicio de la función sexual durante el embarazo ha estado cargado de mitos a lo largo de la historia y en las diferentes culturas. Existen grandes sesgos en la investigación sobre el tema, ya que éstos tienen a reflejar la morbilidad inherente en embarazos de alto riesgo y se enfocan más en la disfunción que en el impacto que el embarazo, parto y postparto puedan tener en la intimidad de la pareja¹.

Existe evidencia de los diferentes patrones existentes respecto a la frecuencia de actividad sexual, la activación del deseo y el disfrute del coito durante el embarazo, siendo lo más frecuente que éstos disminuyan en el primer trimestre, se estabilicen en el segundo y se reduzcan marcadamente en el tercero¹, pero en la práctica diaria, se pueden encontrar diferentes patrones de funcionamiento sexual, específico de cada mujer y nunca igual a otra.

Los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo, impactan de manera importante la función sexual de la mujer en esta etapa y el hecho de desconocer esta información básica, ha contribuido al establecimiento y mantenimiento de mitos en torno a la función sexual durante el embarazo. Entre los mitos más frecuentes, encontramos: temor de daño al feto, aborto, parto prematuro, sangrados e infecciones, entre otros. Se resalta el hecho que existen contraindicaciones absolutas para las relaciones coitales durante el embarazo de alto riesgo, sin embargo, ni en embarazos de bajo o alto riesgo están contraindicadas las expresiones afectivas de todo tipo, que además de no causar daño, pueden ayudar a la pareja a aliviar la tensión y la ansiedad a través de la satisfacción y el placer mutuo^{1, 2}.

Los profesionales de la salud deben estar preparados para conocer, entrevistar y orientar a sus pacientes sobre la experiencia de su sexualidad, ya que este tema se incluye dentro de la visión integral de la atención prenatal que se debe brindar a las

parejas. La creatividad debe guiar el desarrollo de enfoques alternativos para que un tema impregnado de mitos y tabúes pueda trabajarse al máximo².

Cambios fisiológicos que impactan la función sexual en el embarazo

El estudio de la sexualidad femenina durante el embarazo y en el postparto ha sido infravalorado hasta la fecha. Sin embargo, son numerosos los factores biopsicosocioculturales asociados a estos acontecimientos que influyen en la vivencia de la sexualidad, la intimidad y el placer de las mujeres y el de sus parejas³.

Debe resaltarse que los cambios que ocurren en la función sexual de la mayoría de las mujeres en estado de gravidez son completamente normales y debe evitarse su patologización¹; por el contrario, la labor de los clínicos debe dirigirse a la educación en este sentido, no sólo a la mujer embarazada, sino que esta visión integral de la atención prenatal debe también, incluir a la pareja².

Los cambios fisiológicos durante el embarazo que explican parte de los problemas sexuales en este período, pueden resumirse así: encajamiento fetal, incontinencia urinaria (incluso durante las relaciones sexuales), hemorroides, subluxación de la sínfisis púbica y articulaciones sacro ilíacas, incomodidad vaginal, la congestión pélvica, vaginal y todas aquellas circunstancias que generen dolor o incomodidad.

La presencia de algunos o de todos estos cambios, genera efectos en la función sexual como: disminución del deseo sexual, dispareunia, incomodidad en las posturas, resequedad vaginal, alteraciones en la sensibilidad de la vulva, trastornos orgásmicos y por ende, evitación de los encuentros sexuales penetrativos, en la medida en que éstos se hacen poco gratificantes para uno o ambos miembros de la pareja^{1, 4, 5}.

Existen cambios en la relación de pareja, relacionados con la ansiedad que puede experimentarse frente a las expectativas y compromisos adquiridos o sobre el parto y la parentalidad, además de otros factores como: el ajuste marital que se requiere durante la convivencia, los efectos psicológicos sobre la deseabilidad o no del embarazo, los cambios en la autoimagen y la autoestima en la mujer, pues asumir una nueva figura diferente a la esbeltez exigida por la cultura para las mujeres, también genera grandes y profundas preocupaciones; las fluctuaciones frecuentes en el estado de ánimo, tanto por las expectativas y los factores hormonales que son determinantes, y finalmente, las dificultades para la actividad sexual debidas a la incomodidad para la movilidad de la madre, el peso de su abdomen, el dolor articular y la dispareunia, entre otros¹.

Mitos frecuentes sobre la actividad sexual durante el embarazo

Es muy común que las mujeres y sus parejas piensen erróneamente que la actividad sexual durante la gestación puede dañar al bebé, siendo los mitos más frecuentes: el daño al feto, el aborto o la amenaza de parto prematuro, las infecciones y el sangrado, así también se ha llegado a considerar que el pene de la pareja puede causar la ruptura del himen del feto, o que de acuerdo a las creencias religiosas, lo es un adulterio¹, sin embargo, la evidencia ha demostrado que por ejemplo, el parto prematuro no es más frecuente en las mujeres gestantes que tuvieron coito. Éste ha sido asociado con bajo riesgo de: parto prematuro, ruptura prematura de membranas, infección o daño al feto⁶.

Contraindicaciones absolutas de la actividad coital durante el embarazo

Como se ha visto hasta ahora, no existe evidencia que la actividad penetrativa genere daño al feto o a la madre, sin embargo, existen algunas patologías puntuales en la que está contraindicada dicha conducta sexual: sangrado activo inexplicable,

actividad uterina precoz diagnosticada de manera precisa, amenaza de aborto o aborto en evolución, ruptura prematura de membranas ovulares e inserción baja de placenta¹.

A pesar de lo anterior, se propone que el clínico tenga muy presente el concepto de sexualidad de la OMS:

“Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones...”.

Y que lo complementa con esta frase del Dr. Octavio Giraldo Neira⁷, uno de los maestros de la sexología en Colombia (q.e.p.d.): “...La sexualidad se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos...”.

Lo anterior, invita a la reflexión sobre el hecho que, cuando el médico o el personal de enfermería recomiende “*suspender las relaciones sexuales*”, debe hacer énfasis en que lo único suspendido es el coito o la penetración (lo cual aplicaría en los casos de contraindicaciones absolutas ya mencionados), pero que las demás expresiones de la sexualidad como: besos, caricias, abrazos, palabras afirmativas, expresiones de afecto, incluso otras prácticas sexuales no penetrativas, no están suspendidas ni contraindicadas, teniendo en cuenta que las mujeres embarazadas no deberían tener restricciones respecto a las relaciones sexuales, pues no hay evidencia de que éstas sean causantes de daño a la madre o al feto⁸. Una buena comunicación y mayores niveles de actividades sensuales parecen jugar un rol compensatorio en los momentos en los que disminuye la actividad coital¹.

¿Cómo influye la vía del parto en la función sexual?

El nervio pudendo es el aferente primario de la sensibilidad de la zona vulvar y perineal, incluyendo el clítoris e interviene en los reflejos sexuales; sin embargo, existe debate sobre la contribución de la vía del parto, la episiotomía, la disfunción del piso pélvico en la dispareunia y el bienestar durante el embarazo y la lactancia y está evidenciado el trauma que sufre el nervio pudendo después del parto vaginal^{1,9}.

Se ha demostrado un potencial rol protector de la cesárea, la cual puede contribuir a una recuperación más temprana de la función sexual postparto. Los mecanismos potenciales pueden incluir: un menor trauma del nervio pudendo, al igual que del piso pélvico, la eliminación de laceraciones con la episiotomía y la disminución del dolor perineal postparto^{1,10}.

Se sabe que la vía vaginal expone los genitales y el esfínter anal a laceraciones. El parto instrumental con forceps se ha asociado con las mayores tasas de disfunción sexual materna a largo plazo, mientras que la cesárea programada fue asociada a menores tasas. El trauma del nervio pudendo durante el parto, puede ocurrir por compresión de éste por la cabeza fetal, resultando en disfunción aguda y trauma isquémico¹¹.

Cuando se ha comparado a las mujeres con periné intacto con las mujeres a quienes se les ha realizado episiotomía, se observa una mayor queja por dolor, disminución de la satisfacción sexual y retraso en la recuperación de la actividad sexual postparto y dispareunia¹², sin embargo, Fan et al. en un metanálisis, indicó que el modo de parto, la cesárea y el parto vaginal espontáneo no afectaron la satisfacción sexual postparto (a corto y largo plazo) y que éstas parecían tener un efecto mínimo sobre el coito y el dolor sexual a largo plazo en mujeres primíparas chinas¹³. Al-Sherbiny et al., recomienda que la cesárea no debería considerarse como profilaxis

contra la disfunción sexual, por lo menos mientras haya mayor evidencia al respecto¹⁴.

Le corresponde al clínico y especialmente al Gineco-Obstetra procurar incluir dentro de los factores a tener en cuenta para la decisión sobre la vía del parto, los efectos en la vida sexual de la mujer y su pareja, lo cual debe darse en un contexto individualizado y con el mejor criterio clínico, que permita reducir los riesgos de todo tipo al máximo.

Posiciones sexuales preferidas para la actividad sexual durante el embarazo

Las posiciones preferidas por las parejas durante el embarazo, no varían mucho a las que utilizan antes del embarazo (hombre encima o mujer encima)¹⁵; sin embargo, las posiciones laterales confieren una penetración menos profunda y pueden resultar muy placenteras para las mujeres, ya que tienen la posibilidad de apoyar su abdomen en un cojín o almohada para sentirse más cómodas y esto permite que su compañero pueda estimular varias partes de su cuerpo durante el coito.

La posición conocida como “Andrómaco”, consiste en el hombre acostado y la mujer encima dándole la espalda. Ésta tiene la ventaja que ella es quien controla el nivel y fuerza de la penetración y puede ayudar a su compañero a evitar la visualización del abdomen grávido, que con frecuencia llega a incomodar a muchos hombres.

Función sexual en el postparto

El trauma del tracto genital, la episiotomía, la fatiga, el sangrado y flujo vaginales, la dispareunia, la sequedad vaginal, la disfunción del piso pélvico, el miedo a despertar al bebé o no escucharlo, el miedo a las lesiones, la amenorrea inducida por la

lactancia materna y la disminución de la sensación de atractivo pueden afectar la función sexual de la pareja y provocar una pérdida del deseo sexual, anorgasmia y vaginismo. Dentro de los 3 meses posteriores al parto, 80-93% de las mujeres han reanudado las relaciones sexuales, y las quejas sobre la función sexual generalmente se resuelven durante el primer año posparto¹⁶.

Conocer lo mencionado arriba, es fundamental a la hora de resolver las inquietudes de las mujeres embarazadas y sus parejas, con el fin de normalizar la situación y brindar esperanza de que se puede esperar hasta un año para que dicha recuperación se lleve a cabo.

Está evidenciado que la calidad de la relación de pareja está relacionada con mayor satisfacción sexual y menos disfunciones sexuales¹⁷ y que la mujer en el tercer trimestre de embarazo deja al margen su deseo sexual y el de su pareja y se centra en el bienestar del bebé. Es notable el rol de madre frente al de pareja. Cuando el embarazo es muy deseado y «costoso», más se reduce la vida sexual¹⁸.

¿Y qué pasa con la vida sexual del compañero durante el embarazo?

Los cambios que sufre la mujer durante el embarazo y el postparto, afectan negativamente su función sexual; por ejemplo, la lactancia implica una constante estimulación táctil y cercanía, con la cual ella puede estar muy satisfecha y hacer que no desee estímulos adicionales por parte de su compañero quien a su vez, experimenta emociones, reacciona frente al nuevo nacimiento e incluso puede sentir celos por la estrecha relación madre-hijo¹⁹.

Por lo anterior, el compañero, debido a las reacciones propias frente al proceso del embarazo, el parto, el puerperio y la paternidad, la transición de la soltería a la paternidad, el miedo a causar dolor durante el coito, la alteración de los roles; pueden llevarlo a experimentar problemas sexuales como: bajo deseo, disfunción

eréctil y eyaculación precoz (presente hasta en 49,5% de los casos)²⁰. En sexología se dice que *“los problemas sexuales siempre son de dos, aunque sea uno de ellos el que manifieste los síntomas”*.

Violencia de género contra la mujer embarazada por parte de su pareja

La violencia basada en género y específicamente la coerción (presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta), expone a la mujer a un debut sexual temprano, a comportamientos sexuales de riesgo, a embarazos no deseados y limita la capacidad de la mujer sobre sus propias decisiones reproductivas y su salud sexual.

La prevalencia de este tipo de violencia durante el embarazo afecta entre 3-31% de las mujeres alrededor del mundo. Esta violencia está asociada al no uso del anticonceptivo preferido, a infecciones de transmisión sexual, incluido HIV/SIDA, abortos repetidos, mayor número de compañeros sexuales y exacerba la depresión postparto.

Las mujeres HIV positivas quienes están en una relación de pareja abusiva, es menos probable que usen preservativos y es más probable que queden embarazadas, que experimenten abuso físico sobre todo, cuando intentan exigir el uso del preservativo. De ahí que es misión del clínico que atiende a la mujer embarazada, explorar estos aspectos que éticamente le corresponden para contribuir a tomar medidas que protejan a las víctimas de este tipo de violencia²¹.

Las parejas usualmente no son conscientes que los cambios en la función sexual le ocurren a la mayoría de las mujeres y es muy probable que tampoco reciban información adecuada o asesoría sobre estos temas por parte del personal de salud; dicho silencio lo que hace es negar la posibilidad de solución de los problemas sexuales que podrían tener fáciles soluciones o por lo menos ser explicados²².

En este sentido se propone que el personal de salud incluya de manera obligatoria dentro de la consulta prenatal y postnatal, el impacto del embarazo, la lactancia y el postparto en la función sexual de la pareja, además de reforzar la normal reducción de la frecuencia sexual de coito, del deseo sexual y orgasmo que comunmente ocurre, particularmente en el tercer trimestre de embarazo y que persiste al menos 3-6 meses postparto. Debe evitarse patologizar estos cambios normales que se recuperan gradualmente^{18,23,24}.

Guía práctica²⁵.

Evaluación inicial

- Evaluar las relaciones sexuales actuales / pasadas.
- Explorar la red de apoyo de la paciente / pareja.
- Verificar si el embarazo fue planeado.
- Resultado embarazos anteriores (abortos, pérdidas fetales, complicaciones).
- Parto previo (via / presencia de trauma).
- Salud actual de los hijos.
- Anticoncepción (pasado, uso actual, planes para el futuro).

Asesoramiento anteparto

- Poner en valor la educación afectivo-sexual como estrategia de acompañamiento a los desafíos vitales.
- Evitar patologizar los cambios sexuales que pueden experimentarse durante el embarazo.
- Incorporar educación sobre prácticas sexuales seguras según se considere apropiado (para reducir la exposición a las infecciones de transmisión sexual).

- Hablar sobre la amplia gama de expresiones sexuales normales durante el embarazo y que la actividad sexual no tiene porqué estar limitada únicamente al coito.
- Explorar posiciones sexuales alternativas y/o contacto no coital, es decir, estimulación genital manual, la cual puede ser una forma de actividad sexual muy excitante y placentera para ambos compañeros durante el embarazo²⁶.

Asesoramiento posparto

- Las parejas deciden mutuamente el momento adecuado para la reanudación de las relaciones sexuales coitales. Aunque se ha evidenciado que los riesgos de sangrado e infecciones después de dos semanas del parto son mínimos, hay consenso en que el coito pueda reiniciar 6 semanas postparto, tiempo adecuado para una recuperación de los tejidos y absorción de las suturas.
- Aconsejar el uso de lubricantes vaginales al reanudar las relaciones sexuales, los cuales pueden ser unos buenos coadyuvantes.
- Exploración de posiciones sexuales alternativas que le dan a las mujeres un mayor control sobre la profundidad de la penetración vaginal.
- El contacto no-coital también puede ser una expresión de intimidad emocional y reforzar la salud sexual y bienestar de la pareja.

Conclusiones

La mayoría de las mujeres experimentan cambios fisiológicos que impactan su vida sexual y debe evitarse su patologización. El personal de salud (médicos generales, Gineco-Obstetras, personal de enfermería, entre otros) tiene la responsabilidad de adquirir conocimientos sexológicos y formarse en actitudes positivas frente a la sexualidad, para que pueda contribuir a la educación sexual de la gestante y su compañero, con el fin de mejorar la comprensión del fenómeno y por ende, la calidad de vida de la pareja.

Referencias

1. Johnson, CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011; 8:1267–1284.
2. Santos, S.; Et al. women's sexuality during gestational period: a literature review. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.21, n.3, pp.104-109 (Dez 2017 – Fev 2018).
3. Rodríguez-Fernández, B.; Sueiro-Domínguez, E. Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual Sexuality during pregnancy and postpartum: the need of affective-sexual education. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*. 2017, Vol. Extr., No.14.
4. Nakic´ Rados, S.; Vranesˇ, Soljacˇic´, H. Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers? *Journal of sex & marital therapy*, 41(3), 282–293, 2015.
5. García-M, R; González-S, A.; Libre-G, J.J. et al. Comportamiento sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. *Rev Cub Gin Obst*. 2015; 41(1) 39-49.
6. Sayle A, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001; 97:283–9).
7. Giraldo O. *Nuestras Sexualidades Cali, Colombia: Digiprint Editores E.U.*; 2002. Cap.1.
8. Fox, NS. Qué hacer y qué no hacer durante el embarazo. Verdades y mitos. *Obstet Gynecol* 2018;131:713–21.
9. Lee S, Park JW. Follow-up evaluation of the effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1550–5.
10. Pauls R, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–22.
11. Safarinejad M, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 2009; 6:1645–67.

12. Buhling, K.; Schmidt, S.; Robinson, JN. Et al. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:42–6.
13. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. Fan et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:408.
14. Mohamed M. Al-Sherbiny, M.; Abdelrahman, RM; Riad, A. et al. Primipara Mothers who delivered vaginally or by cesarean section, is there an impact on the sexual function? *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* (July 2018) Vol. 73 (2), Page 5982- 5991.
15. Rodriguez, M.; Ramón, E. Características y evolución del Patrón Sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global*. 2013; 32:362–370.
16. Hicks, T.; Goodall, SF.; Quattrone, EM. et al. Postpartum sexual functioning and method of delivery: Summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49:430–6.
17. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, Von Der Pahlen B, Varjonen M, Algars M, Sandnabba NK. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008;34:89–106.
18. Panea, I., Dominguez, AT; Barragán, V. et al. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. *Aten Primaria*. 2019; 51 (3): 127-134.
19. Handa, V. Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol* 2006; 30:253–6.
20. Read, J. ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004; 329:559–61.
21. Lang, DL; Salazar, LF; Wingood, GM. Et al. Associations between recent gender-based violence and pregnancy, sexually transmitted infections, condom use practices, and negotiation of sexual practices among HIV- positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 46:216– 21.
22. Polomeno, V. Sex and pregnancy: A perinatal educator’s guide. *J Perinat Educ* 2000; 9:15–27.

23. Quilliam, S. (2010). Sex during pregnancy: Yes, yes, yes! *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 36(2), 97–98.
24. Wallwiener, S; Müller, M; Doster, A. et al. Addressing sexuality an appropriate preventive programmes should constitute as an obligatory part of prenatal classes. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet* (2017) 295:873–883
25. Pauls R, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–22.
26. Von Sydow, K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;46: 147–55.
27. Costa-Ribeiro, M.; De Tubino, S; Sant'Ana do Amaral, L. et al. Beliefs about sexual activity during pregnancy: a systematic review of the literature. 2017. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 0(0), 1–11.