

## **La Sexualidad en el embarazo y puerperio**

**Francisca Molero Rodríguez (\*)**

Entendemos la sexualidad como una capacidad que nos proporciona placer y bienestar. Saber reconocerla es muy importante, ya que somos personas sexuadas y sexuales y asumirlo hace que nos sentimos más seguros y nos relacionamos mejor con los otros. El asumir la sexualidad como un derecho nos ayuda a desarrollar habilidades sexuales y habilidades para enamorarnos, para buscar pareja y para conservarla.

La sexualidad es una fuente de salud, de placer, de afecto, de intimidad, sensualidad y creatividad, y está presente a lo largo de toda nuestra vida, aunque se manifieste de forma diferente según las etapas vitales por las que pasamos.

La sexualidad cada vez adquiere más importancia para las personas, tanto a nivel individual como en la relación de pareja. Las personas buscan en su pareja al amigo o amiga y también al amante.

Los profesionales que trabajamos en terapia sexual sabemos que los problemas sexuales de las parejas acaban interfiriendo en los otros aspectos de las relaciones de pareja y que los problemas de pareja (convivencia, comunicación, roles...) acaban afectando las relaciones sexuales de los miembros.

Una de las etapas más importantes en la vida de la mujer y su pareja es el embarazo, y aquí, como en otros momentos, la sexualidad tiene una expresión propia.

Durante el transcurso de un embarazo, se producen en la pareja múltiples y profundos cambios, que pueden afectar distintas áreas de su relación.

En la esfera sexual dichos cambios provocarán, dependiendo de algunos factores que posteriormente analizaremos, que salga fortalecida y renovada o salga perjudicada, convirtiéndose entonces en una fuente de conflictos y malestar.

Hoy en día que tanto se habla de sexualidad y parece que todo esté dicho, el embarazo sigue siendo una etapa en que la sexualidad parece que no exista, no se habla ni se informa y ello genera muchas veces incertidumbre y ansiedad, también por no saber dónde preguntar e informarse.

Los factores que tienen que ver con la sexualidad de la mujer gestante y su pareja son múltiples.

Podemos destacar los propios de cada persona, como son la cultura, la educación, la situación socioeconómica, la situación sentimental actual, las historias sexuales previas, la vivencia actual de la sexualidad, el impacto del embarazo en su salud..., y, otros factores que dependen de cada pareja y de la relación que tengan establecida, como la comunicación, la vinculación, el compromiso, el proyecto de futuro, la vida sexual en pareja, y desde luego de la información que dispongan de la sexualidad y en concreto de lo que ocurre en la sexualidad durante el embarazo. No podemos obviar que todavía hay muchos miedos y muchos mitos que van a influir en este ámbito.

### **Cambios anatómicos y fisiológicos durante la gestación y su influencia en la vida sexual de la pareja**

Como hemos comentado anteriormente, durante la gestación aparecen cambios progresivos relacionados con el aspecto físico de la mujer como el aumento de peso y de volumen, que se hace evidente con el crecimiento del abdomen, la alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, la hiperflexibilidad de las articulaciones (las sacro ilíacas y los huesos pelvianos para poder aumentar la capacidad de la pelvis y facilitar el parto) (2) (4) (5) (7).

Y otros cambios que tienen que ver con la fisiología como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación, y órganos reproductivos.

En la vagina se produce un aumento de lubricación y un aumento de sensibilidad, debido a la existencia de una mayor vascularización que se traduce en una mayor congestión, una mucosa que cambia a una tonalidad más violácea y un cambio a nivel del flujo que puede variar en textura y cantidad con un ph más ácido, posiblemente para protegerla de posibles infecciones y (4) (5) (7).

Las mamas también sufren cambios espectaculares, cambios que en algunas ocasiones empiezan de forma muy temprana, incluso desde el momento de la primera falta de menstruación. Se produce un aumento de tamaño y de firmeza, las areolas se agrandan y oscurecen. Aparecen en ellas los tubérculos de Montgomery (que son glándulas sebáceas alargadas) cuya finalidad es lubricar la areola y los pezones. La piel se estira y deja traslucir los vasos sanguíneos. La capacidad eréctil de los pezones, aumenta y en definitiva se muestran mucho más sensibles (4) (5) (7).

La piel también cambia, aunque estas variaciones dependerán del tipo de piel que se tenga, la tendencia es hacia una piel más grasa. Suelen oscurecerse áreas como la cara, el cuello, las aréolas, y la línea media del ombligo hacia abajo. Al distenderse la piel, se pueden producir estrías por la pérdida de elasticidad. Existen cremas que pueden ayudar a la piel aunque estas estrías tienen una predisposición genética (4) (5) (7).

La boca también sufre cambios más o menos molestos. La principal alteración en la boca suele ser gingivitis generalizada caracterizada por importante inflamación y sangrado profuso debido a la acción de las hormonas esteroideas sexuales, y la mayor incidencia de caries. También pueden aparecer alteraciones en los labios que con mayor frecuencia se pueden fisurar o reseca. Por ello son tan importantes los cuidados odontológicos preventivos en la gestante.

Durante el embarazo la mujer puede tener una sintomatología que en el caso de que aparezca va a influir de forma negativa en su actividad diaria e inevitablemente en su vida sexual. Esta sintomatología tiene que ver con la aparición de: náuseas, vómitos, somnolencia, fatiga, edemas...

Como hemos visto la mujer que cursa con un embarazo normal sufre profundas modificaciones fisiológicas. Algunas de estas modificaciones de per se mejoran la vida sexual, me refiero al aumento de sensibilidad genital y mamaria, a la ilusión por haber creado una nueva vida y la percepción de mayor unión con la pareja...

### **Cambios psicológicos durante la gestación y su influencia en la vida sexual de la pareja**

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal, en ocasiones se puede sentir insegura, con temor de que su pareja al verla con unos kilos de más, la vea poco atractiva.

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y como se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos. (11).

Para algunas personas, esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que la mujer se olvide de su rol de seductora y seducida y su pareja deje de verla como una amante.

Es evidente que estos factores pueden tener una influencia negativa en la actividad sexual de la pareja y en la respuesta sexual de sus miembros.

También como elementos fundamentales a valorar están las condiciones sociales que rodeen el embarazo. La edad de la gestante y las expectativas son fundamentales. No es lo mismo una embarazada adolescente con un embarazo no deseado, que una mujer adulta que ansía su primer

hijo, o una mujer múltipara que un nuevo embarazo significa una carga añadida. Como tampoco es la misma situación cuando hablamos de parejas que se embarazan tras años de estrés por esterilidad.

Cada vez somos más conscientes de la necesidad de atención psicosexual a las parejas sometidas a tratamientos por esterilidad como es el caso de la fecundación in Vitro.

Sin duda cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone readaptaciones dónde la comunicación es fundamental para continuar con el proyecto de futuro juntos.

### **Cambios en el comportamiento sexual que se producen durante el embarazo**

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y se inician precozmente. Dichos cambios son muy variables y están condicionados por los aspectos planteados anteriormente (cambios fisiológicos de la gestante, cambios psicológicos de la pareja y situaciones más relacionadas con aspectos más sociales). Pero si que podemos hablar a grandes rasgos de algunas características comunes según la edad gestacional.

#### **Primer trimestre**

En los primeros tres meses del embarazo comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán durante el embarazo y a 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. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores, pero si parece coincidente que el primer trimestre de embarazo habitualmente se acompaña de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante.

Como hemos visto anteriormente 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.

Con respecto al 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 y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo.

#### **Tercer trimestre**

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital muchas veces por miedo a desencadenar el parto.

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras que son provocadas por las congestiones de la vagina, vulva y clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo. Si bien aumentan la necesidad de mimos, caricias y cuidados al sentirse más inseguras y frágiles,

### Sexualidad durante el puerperio

Durante el puerperio se produce un estado hormonal comparable a un hipogonadismo, donde hay una disminución de las hormonas sexuales y una liberación de prolactina causante de la producción de leche materna. Este estado hormonal influye de manera negativa en el deseo sexual y en el estado emocional de la mujer (la depresión post-parto)

La respuesta sexual se va recuperando progresivamente, a los tres meses del parto la capacidad orgásmica es igual o ligeramente superior a la que existía y la mayoría de mujeres ya han reanudado las relaciones coitales.

Debido al clima hormonal, comentado anteriormente, la mujer con lactancia materna tiene peor respuesta sexual que la mujer que no lacta, también se evidencia lo mismo en mujeres sometidas a cesárea, mientras que en las nulíparas y las mujeres que han realizado preparación al parto y asistencia perinatal la respuesta sexual y la actividad sexual se recuperan antes.

El miedo al dolor, la falta de información y el miedo a un nuevo embarazo son algunos de los factores que se encuentran en mujeres con recuperación tardía

Cada vez es más frecuente encontrarnos con parejas que han tenido problemas de esterilidad y que presentan disfunciones sexuales. Disfunciones que se iniciaron por el estrés de tener actividad sexual programada con fines reproductivos y mayoritariamente sin deseo y que acaban manteniéndose y cronificándose después del nacimiento del hijo.

El varón también puede sufrir alteraciones de su propia sexualidad y de la conducta sexual durante el proceso del embarazo y el post-parto, pudiendo aparecer: deseo sexual inhibido, dificultad de la erección o eyaculación precoz y siendo la conducta más afectada la frecuencia coital

Un elemento clave en la sexualidad durante el puerperio es la contracepción. La mujer y su pareja necesitan un método anticonceptivo que sea seguro y eficaz, un método que les permita disfrutar del sexo sin el miedo de un nuevo embarazo.

- **Masters y Johnson.**(1)

En el primer trimestre disminuye el deseo y la satisfacción sexual.

En el en el segundo trimestre mejora el deseo y la satisfacción y en el tercer trimestre .disminuye el erotismo y la frecuencia de actividad sexual

- **Falicov y Velay.** Confirman lo anterior (3)

- **Solberg y Perkins** Concluyen el deseo la frecuencia coital y el orgasmo van disminuyendo a lo largo del embarazo (6)

- **López Olmos.** El deseo sexual y la frecuencia orgásmica son prácticamente igual antes y durante el embarazo, la frecuencia coital es algo menor en el tercer trimestre.

- **Ángel Alonso y col.** Hospital General de Yagüe. Burgos (1994)

Pueden aparecer trastornos sexuales en la mujer y también en el varón. Las disfunciones pueden ser “transitorias” o “definitivas”. Cuando el problema no es identificado y fundamentalmente tratado a tiempo, éste suele perpetuarse y tornarse definitivo, aún después de finalizado el embarazo. Cuando la consulta es oportuna, la información veraz

brindada por un profesional idóneo o una terapia breve, suelen ser suficientes para solucionar el problema sexual en poco tiempo.

### **Mitos y miedos de la sexualidad durante el embarazo**

Algunas parejas suelen experimentar temor de dañar al bebé durante el coito, otras se pueden sentir inhibidas por los movimientos fetales, otras preocupadas por generar un prematuro nacimiento. Lo cierto es que, la desinformación sumada a la presencia de múltiples prejuicios culturales que se han transmitido a lo largo de todos los tiempos como verdades absolutas, consideran muchas veces a la embarazada como un ser “asexual”, sólo al servicio de la procreación.

Años atrás, se aceptaba que el sexo durante el embarazo era algo incómodo, peligroso e incluso inmoral e indecente.

El embarazo también ha servido como excusa para evitar relaciones sexuales cuando existen dificultades previas.

Hay algunos estudios no concluyentes que apuntan sobre el posible riesgo de la actividad coital, sobretodo durante el tercer trimestre, para producir infecciones y amnionitis, que pudieran ocasionar rotura prematura de membranas y parto prematuro, pero puntualizando asociaciones con situaciones de inmunosupresión o parejas múltiples sin utilización de protección.

### **Algunas ventajas de las relaciones sexuales durante el embarazo**

No se necesita ningún método anticonceptivo (si se tiene pareja estable),

En las parejas que han tenido problemas de esterilidad puede ser el momento en que realmente pueden disfrutar de su sexualidad espontáneamente sin estar pensando en termómetros, calendarios o días especiales del ciclo para poder tener sus relaciones.

Si hay buena relación de pareja, aumenta la vinculación y la complicidad entre ella y fomenta la participación activa de la pareja en el proceso del embarazo

### **Contraindicaciones de las relaciones coitales durante el embarazo**

Se pueden mantener relaciones sexuales durante el embarazo siempre y cuando no haya alguna complicación específica que las desaconseje como:

- Historia clínica con antecedentes de abortos espontáneos repetidos.
- Sangrado activo a través de la vagina en el embarazo actual.
- Diagnósticos precisos de actividad uterina precoz (contracciones antes de lo normal).
- Amenaza de aborto o aborto en evolución (se puede dar por deficiencia hormonal, malformación genética, placenta baja).
- Inserción baja de placenta, amenaza de parto prematuro.
- Presencia de alguna enfermedad orgánica grave no controlada, (diabetes, preclampsia).
- Si hay embarazo ectópico (cuando el óvulo fertilizado queda “atrapado” en la trompa de Falopio y produce dolor en un costado de la pelvis, a menudo con sangrado).

(Dr. José Juan Valdés y Dr. Jaime Jasso)

## Sexualidad en el embarazo y personal sanitario

Frecuentemente la sexualidad ha sido ignorada en la comunicación entre la embarazada y la llevadora o la embarazada y el obstetra.

El cuidado del embarazo es un programa fundamental de prevención y de promoción de la salud en nuestro sistema sanitario. Todas las acciones sanitarias van encaminadas a prevenir posibles complicaciones del embarazo y parto, pero dentro de estas acciones se olvida con mucha frecuencia, cada vez menos, la información sobre la sexualidad en el embarazo.

Muchas veces la información que recibe la embarazada es una información imprecisa que es susceptible de malas interpretaciones, siendo fácil caer en periodos arbitrarios de abstinencia.

No podemos obviar la falta de formación de los profesionales, sobre estos temas que han estado ausentes de los programas formativos, la escasez de estudios de referencia, la no sistematización en el protocolo de la gestante de preguntar e informar sobre la sexualidad y evidentemente de las dificultades personales que cada profesional tenga para poder abordarla.

Como tampoco podemos olvidar la escasa normalización que tiene la sociedad de la sexualidad durante el embarazo.

## Algunas ideas para mejorar la vida sexual

- Utilizar técnicas que sirvan para incrementar la conciencia corporal y sensorial y faciliten la aparición de respuestas eróticas:

El masaje sensitivo, las caricias, el contacto.

El reconocimiento y la utilización de todos los sentidos

La utilización de las fantasías sexuales.

Romper la monotonía y la falta de imaginación

- Dejar de lado las preocupaciones viendo a la intimidad como un espacio necesario para una mayor calidad de vida.
- Comunicación sexual positiva Lenguaje asertivo, refuerzo positivo implícito y explícito
- Que la expresión de la sexualidad “*no sea solamente el coito*”.
- La relación sexual además de un derecho es un sentimiento de autovaloración, de sentirse querido, amar al otro, compartir y estar próxima a otra persona.

## Conclusiones:

- Los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes, mientras algunas mujeres aumentan su libido otras sufren el efecto contrario.
- Es muy importante para la mujer embarazada, conservar su capacidad erótica y orgásmica. La primera, contribuye a mejorar su autoestima (más allá de los cambios) y la armonía conyugal; y la segunda, ayuda a mantener la elasticidad y la flexibilidad de los músculos pélvicos, tan necesarias para el parto.
- La sexualidad no es sólo genitalidad; En una relación sexual interviene todo el cuerpo y cuando una pareja desea compartir sentimientos de intimidad, amor y sexo, lo puede hacer sin la obligatoriedad del coito.
- Los masajes, las caricias, el petting, la masturbación pueden ser una importante fuente de placer sensual y comunicación íntima tanto durante el embarazo como fuera de él.
- Es importante conocer las posturas sexuales que favorecen las relaciones coitales durante el embarazo; posturas que no presionen el abdomen de la mujer embarazada:

La mujer encima es una de las posiciones más cómodas ya que la mujer controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual.

La penetración de lado también es cómoda ya que se logra una distribución pareja del peso y una penetración no muy profunda

- La prohibición de coito no implica prohibición para los encuentros sexuales.
- En un embarazo normal sin patología intercurrente el coito no entraña riesgos ni efectos perjudiciales
- La información sexual ofrecida en los servicios sanitarios sigue siendo insuficiente. Es necesario ofrecer información objetiva y ya, en la primera entrevista hablar de los cambios que se producen durante el embarazo y su influencia a nivel sexual: de la inocuidad de las relaciones sexuales, de las posturas más cómodas y de las alternativas a la relaciones coitales
- Es necesario registrar sistemáticamente la información sobre actividad sexual de la gestante dentro de la práctica clínica

## **Bibliografía**

1. Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana. 1ª ED. Buenos Aires. Intermédica; 1972
2. Salvatierra Mateu, Vicente. Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Editorial Martínez Roca; Barcelona 1989.
3. Falicov Cj. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. AmJ Obstet Gynecol 1973;117:991
4. Gleicher, Norbert. Medicina clínica en obstetricia. Editorial médica Panamericana.
5. Blackburn S, Loper Donna. Maternal, fetal & neonatal physiology. 1992. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
6. Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. N Engl J Med 1973; 288:1098
7. Perkins RP Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:498
8. Castelo-Branco C, La sexualidad humana. Una aproximación integral. ED Medica Panamericana; 2005; 231:245

(\*) Licenciada en Medicina y Cirugía. Máster en ginecología preventiva i biopatología de la dona.  
Master en sexología y psicoterapia integradora.  
Directora del Institut de sexologia de Barcelona  
Presidenta de la Societat Catalana de Sexologia de l'Academia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears