

Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo

Mariangela Carta Peña¹, Mireya González Blanco²

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la función y el patrón sexual en embarazadas que acuden al Servicio Prenatal de la Maternidad Concepción Palacios.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, transversal, incluyó 345 gestantes, se utilizaron 2 instrumentos: ficha de patrón sexual e Índice de Función Sexual Femenina.

Resultados: La frecuencia global de disfunción sexual fue 63,5 %, en el primer trimestre fue 62,9 %, en el segundo fue 55,9 % y en el tercero fue 75 %. La fase más afectada fue el deseo (67 %), la menos afectada fue la lubricación (33 %), todos los dominios se modificaron con la edad gestacional ($P < 0,05$), menos el dolor $P = 0,068$). La frecuencia de actividad sexual fue 2-3 veces por semana en 34,2 %, el coito fue la actividad sexual predominante (78 %), la orientación sexual que prevaleció fue heterosexual (88,1 %), la posición más practicada es mujer arriba-hombre abajo (46,9 %), la actividad sexual se vio limitada por dificultad de las posiciones sexuales (35,9 %), temor a hacer daño al bebe (25,5 %) y miedo al aborto (15,3 %), la fuente de información sobre la sexualidad durante el embarazo proviene del personal médico (31,9 %) pero 30,1 % refirió no haber recibido ninguna información.

Conclusión: Existe una elevada frecuencia de disfunción sexual durante la gestación, que es mayor en el primer y tercer trimestre. La fase más afectada fue el deseo. El coito es la actividad sexual más practicada. La frecuencia fue 2-3 veces por semana. Entre las gestantes hay una elevada desinformación sobre el tema.

Palabras clave: Función Sexual, Patrón Sexual, Embarazo.

SUMMARY

Objective: to evaluate evolution of the function and sexual pattern in pregnant women attending the Prenatal Service Concepción Palacios Maternity.

Methods: prospective, descriptive, comparative, cross-sectional study, included 345 pregnant women, 2 instruments were used: "the sexual pattern" and the "Female Sexual Function Index".

Results: The global frequency of sexual dysfunction was 63.5%, in the first trimester of pregnancy was 62.9%, in the second was 55.9% and the third was 75%. The most affected phase was the desire (67%), the lubrication was less affected (33%), all to evaluate criteria were modified with gestational age ($P < 0.05$), except for pain $P = 0.068$. The frequency of sexual activity was 2-3 times per week in 34.2 %, intercourse was the predominant sexual activity (78%), sexual orientation prevailed that was heterosexual (88.1 %), the most practiced sexual position was "women up top – down man" (46.9%), sexual activity was limited product difficult sexual positions (35.9%), fear of hurting the baby (25.5%) and fear of abortion (15,3%), the source of information about sexuality during pregnancy comes from the personal physician (31.9%), and women who did not receive any information at all 30.1 %.

Conclusion: There is a high incidence of sexual dysfunction during pregnancy, which is mayor in the first and third trimesters. The most affected phase desire phase. Intercourse is practiced more sexual activity. The frequency was 2-3 times per week. There is high misinformation about this topic among pregnant.

Key words: Sexual function, Sexual pattern, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es uno de los componentes más complejos pero básico del comportamiento humano. El ser humano a lo largo de la vida experimenta su sexualidad a través de diferentes comportamientos; teniendo en cuenta

¹Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología, egresada de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios. ² Médico Especialista, Jefa del Servicio de Ginecología y Directora del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, con sede en Maternidad Concepción Palacios.

que el impulso sexual es biológico pero su expresión es definida por diversos aspectos psicológicos, sociales y culturales. Las relaciones sexuales satisfactorias contribuyen a una vivencia saludable de la sexualidad en su sentido más amplio, ayudando a mantener el equilibrio psicofísico del individuo y, por tanto, su estado general de salud (1).

La consulta ginecológica es un ámbito propicio para que las mujeres expresen sus dudas o problemas con respecto a la sexualidad. Con el pasar de los años, existe más conciencia y conocimiento de la importancia de la salud sexual para el bienestar personal y social, sin embargo, es posible darse cuenta que, como profesionales en esta área, se acostumbra tratar temas de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad y se deja de lado lo que respecta a la satisfacción y placer sexual, y esto se debe a diferentes razones, tales como tabúes, pudor y desconocimiento del tema (2).

Durante el embarazo, tanto el deseo sexual como la frecuencia del coito disminuyen, y existe cierta preferencia por algunas prácticas sexuales; estos cambios son generados por ciertos mitos sobre la afectación del embarazo durante el acto sexual, el cansancio físico y el hecho de sentirse menos atractiva por parte de la pareja (1).

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer y amor. Los derechos sexuales son derechos humanos universales. La salud sexual debe ser un derecho humano básico para alcanzar una sexualidad saludable. La atención médica especializada de la salud sexual, tiene como objetivo prevenir y tratar todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales (3).

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno, tanto de hombres como mujeres, por tanto, constituye un problema de salud que, si bien no pone en peligro la vida de las personas, afecta de forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social. Sus determinantes pueden encontrarse en la naturaleza humana, desde la constitución biológica, con las consecuencias que sobre la misma producen muchas enfermedades; la naturaleza psicológica, que reclama integración armónica de las potencialidades eróticas

dentro de la totalidad del ser; la naturaleza del vínculo de pareja, el ambiente social y cultural ante el erotismo, los aprendizajes, las vivencias de la sexualidad y la afectividad desde los inicios de la vida de las personas (4).

El desarrollo alcanzado por la sexología ha permitido tener más elementos para enfrentar la disfunción sexual de hombres y mujeres (5). Hoy día, son abundantes las publicaciones que hacen referencia a la sexualidad, sin embargo, siguen existiendo determinados aspectos en los que la información de la que se dispone aún es escasa y la concepción generalizada en estos casos resulta preocupante y difusa. Un claro ejemplo de ello tiene que ver con la sexualidad durante el periodo gestacional. El embarazo sigue siendo una etapa en la que la sexualidad parece que no existiera, no se habla ni se informa, y ello genera muchas veces incertidumbre y ansiedad, también por no saber dónde preguntar e informarse (6,7).

El periodo que abarca el embarazo resulta una de las etapas más importantes para toda mujer, durante el que se produce una serie de cambios que repercutirán en su vida y, por lo tanto, en su sexualidad. El embarazo es una etapa en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen nuevos sentimientos y emociones, a veces ambivalentes, tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia. Supone una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo (8,9).

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La dirección e intensidad de estos cambios están sujetas a grandes variaciones individuales más que a una regularidad determinada. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores tales como el desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el impacto del embarazo en su salud y el tipo de relación con su pareja (10).

Durante el embarazo, el deseo sexual de la pareja puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible. A lo largo del tiempo, se ha visto que en la mujer embarazada existen ciertos tabúes en cuanto a la actividad sexual durante el embarazo, y las embarazadas suelen decir que no están complacidas con la información que reciben de parte del personal de salud, quienes juegan un papel importante en el

desempeño de estas funciones.

Masters y col. (11), fueron pioneros en realizar estudios con una observación sistematizada y directa de la conducta sexual de las parejas. Así generaron el modelo de la respuesta sexual humana, que dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases, llevó a delimitar, describir y estudiar las disfunciones sexuales, de lo cual derivó su clasificación. Para el estudio de la función sexual femenina, Blumel y col. (12) realizaron un estudio con el fin de aplicar y validar el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenino, llegaron a la conclusión de que este es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas, que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida y que es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.

En su investigación, Brtnicka y col. (13), determinaron que existen disfunciones sexuales durante el embarazo, las cuales son a menudo guiadas por el miedo de hacer daño al feto. Los hombres también reportan miedo de herir a la mujer durante el embarazo y las mujeres tienen miedo a la insuficiente satisfacción por parte de su pareja. Estos autores describen que existe desinterés de los encargados de atención prenatal y postnatal en los temas de la sexualidad. Serati y col. (14), realizaron un metanálisis con el fin de evaluar la evidencia disponible y definir los conocimientos actuales sobre la función sexual femenina durante el embarazo y después del parto; encontraron que existe una falta de información adecuada sobre la función sexual durante el embarazo. El factor más relevante, responsable de evitar la actividad sexual durante el embarazo, era la preocupación acerca de los posibles resultados obstétricos adversos. Debido a esto, concluyeron que las parejas deben recibir información sobre sexualidad.

Por otro lado, Lee y col. (15), en Taiwan, realizaron una investigación donde demostraron que existía una disminución de la frecuencia del coito entre el primer y tercer trimestre, la posición sexual más común para la mujer embarazada fue el hombre en la parte superior cara a cara y estas posiciones no cambiaron significativamente durante los diferentes trimestres. Así mismo Corbacioglu y col. (16), en 2012, a través de unos cuestionarios, pudieron explicar cómo la función sexual femenina se ve altamente influenciada por los cambios físicos y emocionales; aunque se ve mayormente

afectada durante el tercer trimestre, se ha demostrado un descenso de la frecuencia del coito y del deseo sexual en el primer trimestre dado por la conciencia del embarazo más que por factores obstétricos o sociodemográficos. Estos autores, en 2013, demostraron que el tercer trimestre es una variable independiente donde disminuyó la frecuencia de la actividad sexual durante el embarazo, además se dieron cuenta que el asesoramiento sobre la salud sexual durante el embarazo no es frecuente en la práctica clínica y recomiendan que este tipo de asesoramiento ocurra durante el control prenatal (17). Otro estudio a cargo de Aribi y col (18), describió que las tres principales causas de la disminución del interés y la actividad sexual fueron: los síntomas físicos (83 %), el miedo a hacer daño al feto (66,7 %) y el deseo sexual hipoactivo (33,4 %).

Por su parte, Prado y col. (19) encontraron que en el embarazo disminuye la satisfacción sexual de la mujer durante el primer trimestre del embarazo y esto se debe a procesos de adaptación que se manifiestan por cambios en el humor, pero esto cambia en el segundo trimestre, cuando la mujer embarazada comienza a sentirse mejor, experimentando así un aumento en la satisfacción sexual. Rodríguez y col. (9) demostraron que el interés sexual en la embarazada se ve disminuido con el embarazo. En general, la frecuencia de coitos a la semana también se encuentra disminuida. Más de la mitad de las encuestadas encontraban su vida sexual satisfactoria, sin olvidar que una pequeña parte de ellas aumenta su interés y mejora su vida sexual. Prácticamente todas las encuestadas tenían frecuentes encuentros sexuales no genitales, y estos eran muy deseados.

Hanafy y col. (20) concluyeron que la disfunción sexual se presenta durante todo el embarazo, 68 % en el primer trimestre, disminuye a 51 % en el segundo trimestre y aumenta al 72 % en el tercer trimestre. En esa serie, el deseo sexual se redujo en el primer trimestre, fue variable en el segundo trimestre y disminuyó al final del tercer trimestre. La satisfacción sexual disminuyó significativamente en el primer trimestre, en comparación con el segundo y el tercero. Las puntuaciones de los dominios de excitación, lubricación y orgasmo se redujeron significativamente en el tercer trimestre y el dolor se incrementó en el segundo trimestre en comparación con el primer y tercer trimestres. En relación a la frecuencia, Balestena y col. (21) obtuvieron una mediana de 2, 3 y 2 coitos

semanales según los trimestres del embarazo; en cuanto al deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción sexual tuvieron una relación altamente significativa con el primero y tercer trimestre de la gestación. Concluyeron que el embarazo es un proceso que lleva aparejado un trastorno en la sexualidad de la mujer.

Por último Gałazka y col. (22) se dieron cuenta de que los cambios fisiológicos durante cada trimestre del embarazo, tienen un importante impacto sobre el comportamiento sexual femenino, los parámetros estudiados fueron: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción, los cuales disminuyeron considerablemente durante el embarazo. A medida que progresaba el embarazo, la función y actividad sexual disminuyeron. Otro de los aspectos que influyó notablemente la calidad de la vida sexual durante el embarazo, fue la insatisfacción por parte de la pareja.

La sexualidad es una dimensión humana esencial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y de procrear, de igual forma, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (23, 24). El sexo se define como la condición orgánica que diferencia al varón de la hembra (23). El patrón sexual, se refiere al conjunto de características y manifestaciones que, en los últimos 5 años, ha presentado regularmente un individuo, que debe tener veinticinco años o más, en relación con su sexo y su función sexual. Este va a estar integrado por el sexo y su función. La función sexual está definida por las actividades propias del sexo, se refiere al conjunto de fases que excitan a una acción simultánea, cuando se sitúan cambios en el ambiente interno o externo del organismo, el cual conlleva a una ejecución de una actividad sexual accesible a la observación y al control e implica un proceso de activación (25). La función sexual durante el embarazo implica cambios en los factores físicos, hormonales, psicológicos, emocionales y culturales, que guardan una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida de la pareja.

El término respuesta sexual (RS) designa al conjunto de cambios biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales que acompañan al ejercicio de la función sexual. Los factores biológicos de la respuesta sexual actúan a nivel del sistema nervioso central y periférico, el aparato cardiovascular y el sistema neuromuscular. Se producen cambios en los tejidos y en los órganos genitales y extragenitales (26). Los cambios psicológicos incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia (27), no obstante, los cambios más visibles y específicos tienen lugar en los genitales (26).

La RS se describe como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. La presentación de una determinada fase no requiere necesariamente la precedente (8, 26).

Se define deseo, libido o apetito sexual, al estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación para responder a ellos y gratificarse, puede o no preceder al ejercicio de la función sexual (26). Como se ha dicho anteriormente, durante la gestación el apetito sexual puede aumentar, disminuir y, a veces, permanecer impasible.

Durante la excitación se producen cambios físicos por un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación. Ello se traduce en la erección y crecimiento del clítoris, la vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar (clítoris, bulbos vestibulares, labios menores y porciones distales de la vagina y la uretra). Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal, para facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal, lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen (26). Otro fenómeno es el de la elevación del útero y el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, que se observa tanto si hay penetración como si la excitación se produce por estimulación del clítoris. Esto ocurre para dejar el espacio necesario al pene (26, 27). La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante, es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante

el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio” o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito. En la gestación existe una congestión venosa mamaria aumentada debida probablemente a cambios hormonales, que provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio incómoda y se encuentra aumentada durante la gestación (26).

Los cambios físicos que ocurren durante la meseta son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que Masters y Johnson (28) denominan “plataforma orgásmica”. El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina (8).

El orgasmo se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada experiencia individual. El útero también se contrae a intervalos regulares y durante pocos segundos. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La duración del orgasmo suele ser de 10-15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina de la embarazada, como la eyección láctea en la puérpera que amamanta (8). Masters y Johnson (28) observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas: en lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continúa sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento (8). Otros autores han registrado

cambio en la frecuencia cardíaca fetal y observaron modificaciones compatibles con una alteración de la salud fetal (26).

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital (26). Está comprobado que el semen contiene prostaglandinas que favorecen la contractilidad del miometrio, el borramiento del cuello uterino y la dilatación cervical. Esto no significa que el ejercicio de la función sexual vaya a desencadenar el parto, pero si puede llegar a acelerarlo cuando la embarazada está cerca de la fecha posible de parto (29).

Después del orgasmo, se observa un momento de calma y relajación. La fase de resolución consiste en el retorno a los valores basales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un periodo refractario, durante el que es difícil inducir una nueva RS. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad (27). Esta etapa, en la mujer embarazada, es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres, la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, constituyendo la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. Por otro lado, sin embargo, la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta, probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios, sin duda favorables, facilitan la función sexual de la pareja (26).

No se puede olvidar que estos no son los únicos cambios que se dan en la RS, sino que ocurren reacciones tanto genitales como extragenitales a lo largo de las diversas fases. La función sexual se acompaña también de cambios somáticos generales y psíquicos, a veces, muy intensos. Durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la ventilación pulmonar, hasta alcanzar su máximo en el orgasmo y decae rápidamente después de este. También suele producirse una reacción de sudoración de intensidad variable. La utilidad fisiológica consiste en aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar calor (27).

Hay importantes cambios psíquicos y sensaciones usualmente muy placenteras, de gran variabilidad entre los distintos individuos y según las situaciones. Se producen alteraciones de la percepción sensorial, y es característica la elevación de los umbrales de percepción dolorosa en diversas partes del cuerpo que ocurre durante la excitación sexual intensa y, especialmente, en el orgasmo. Durante el mismo, se altera también la percepción temporal: los sujetos suelen describir su percepción subjetiva de la duración del orgasmo como bastante inferior (a veces, la mitad) a la registrada simultáneamente. La experiencia orgásmica conlleva, pues, una alteración característica del estado de conciencia, descrita como una desconexión temporal con la realidad externa inmediata, que puede llegar, en casos extremos, hasta la pérdida de conciencia (26).

En resumen, los principales cambios que ocurren con frecuencia durante el embarazo e influyen de alguna manera en el comportamiento sexual, se pueden agrupar y diferenciar en los tres trimestres de gestación. (8, 26)

En los primeros tres meses de gestación comienza una etapa de adaptación a los cambios que se sucederán a lo largo del embarazo y a asumir el nuevo rol de padres. Los cambios hormonales, intensos y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional en la gestante, 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; el primer trimestre del embarazo puede acompañarse de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante, o puede ocurrir todo lo contrario. Como se señaló 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 las caricias durante esta etapa del embarazo. 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 (30).

En el segundo trimestre suele aumentar el deseo sexual y la respuesta física, porque existe un mayor bienestar por la disminución o desaparición de las molestias físicas, y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos de los temores iniciales. Algunas mujeres, anteriormente anorgásmicas, tienen por primera vez un orgasmo durante este periodo. Para el último trimestre, la mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual, y una marcada disminución en la actividad coital debido a la incomodidad producida por la gestación avanzada, y otras muchas veces, por miedo a desencadenar el parto (30).

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 (31).

El DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) definió, en 1994, a las disfunciones sexuales (DS) como las alteraciones en el deseo sexual, así como cambios en la psicofisiología, que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales. En 1992, la OMS incluyó en la clasificación de enfermedades ICD-10 (*International Consensus Development*), la definición de las DS, se trata de la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea (32). Las disfunciones sexuales pueden clasificarse como trastornos relacionados con cada fase particular del ciclo de respuesta sexual y trastornos dolorosos. Las disfunciones sexuales pueden ser síntoma de problemas biológicos o de conflictos intrapsíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores. Pueden verse afectadas por cualquier tipo de estrés, por trastornos emocionales, o por desinformación sobre la función y fisiología sexual. La disfunción sexual puede ser de toda la vida o adquirida, generalizada o situacional (limitada a una pareja o situación) y progresiva. Se clasifican como: trastornos del apetito sexual, trastorno de la excitación sexual, trastornos

orgásmicos y trastornos por dolores sexuales (32). Cada una de estas alteraciones puede estar presente en el ser humano por múltiples factores, etapas y situaciones a lo largo de la vida, siendo el embarazo una etapa de gran importancia en la mujer y con ciertas repercusiones en su sexualidad.

Para evaluar la función sexual en la mujer se utiliza un instrumento que cumple la clasificación del *International Consensus Development Conference of Female Sexual Dysfunction*, el cual es autoadministrado, simple, y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Consta de 19 preguntas de selección múltiple y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje, mejor sexualidad. El punto de corte para definir la disfunción sexual es un puntaje menor de 26,55 y para definir alteración en algún dominio se considera un puntaje menor a 3,66 (12, 33).

El ser biológico tiene una condición, su variante fisiológica del sexo y su función y una capacidad: la de aprender a discriminar. El patrón sexual está caracterizado por: el sexo del individuo, la función sexual del individuo: con cuál sexo se funciona, con qué métodos, con cuánta frecuencia, tipo de ciclo de respuesta sexual, tiempo de funcionamiento. La conjunción de estas dos características, su interacción e integración, serán claves para el establecimiento del patrón sexual; para la adquisición del mismo se propusieron dos postulados fundamentales: 1) Postulado del desarrollo sexual funcional, el cual consta de 3 periodos, el periodo indiferenciado que abarca desde el momento del nacimiento, hasta los 8 a 12 años aproximadamente, donde se establecen diferencias morfológicas entre el hombre y la mujer, hay similitud del funcionamiento de la unidad situación/estímulo sexual, respuesta sexual, funcionamiento de la unidad de acuerdo a la generación de estímulos y el individuo responde ante estímulos sexuales procedentes de diferentes fuentes. Aparece el comportamiento del individuo a través de eventos erectivos, lubricación vaginal, masturbación, estadios placenteros provenientes de diferentes fuentes: madre, padre, hermanos, amigos. Después de los dos años existe curiosidad sexual, se inicia la identidad sexual. A

partir de los 3 años se adquiere la identidad de género, a través del aprendizaje social y la norma sociocultural. De 4 a 5 años, curiosidad sexual, se aprende el aseo ano genital. De 6 a 7 años, el individuo evidencia diferencias anatómicas, observación de genitales, juegos sexuales y eróticos. A partir de los 7 años inicia la escolarización (25).

El periodo de transición abarca aproximadamente, desde los 08 a 12 años hasta los 18 a 21 años. Se caracteriza porque el ser biológico emite, en lo referente a la esfera sexual, respuestas que reflejan los requerimientos e impactos del entorno sociocultural, se reflejan conductas de influencia condicionada por el ambiente y la norma sociocultural, sociedad o grupo donde se desenvuelve, se inician los procesos de discriminación de estímulos y el individuo se ve obligado a aprender el patrón sexual por ensayo y error (25).

Así puede responder a situaciones/estímulos sexuales de naturaleza heterosexual, homosexual, autoerótica, fetichista, zoofílica, voyeurista, etc.; en consecuencia, la masturbación, experiencias homosexuales, heterosexuales, fetichistas, zoofílicas, etc, observadas durante este periodo de transición, son expresión del método de ensayo y error que es requerido por todo proceso discriminativo. Ello intenta llenar las exigencias del entorno sociocultural: la función sexual debe ejecutarse con seres del sexo opuesto; que posea ciertas características; que los aplique con cierta metodología y a una frecuencia dada. Igualmente conduce al aprendizaje de un tiempo de funcionamiento y de un tipo de ciclo de respuesta sexual (25).

El periodo diferenciado abarca desde los 18-21 años en adelante. Se caracteriza porque el ser humano, suele haber completado su patrón sexual ajustándolo, por lo general, a las exigencias del entorno sociocultural. Ello no significa que la variante fisiológica del sexo y su función se hayan extinguido, sino que se ha limitado, a través de la discriminación, en beneficio de la aceptación social y para evitar los conflictos socioculturales. En conclusión, la interacción ser humano – sociocultura, durante los diferentes periodos, explica cuando se adquiere el patrón sexual (25).

El segundo postulado es el de la integración de la función sexual, este explica como el individuo adquiere el patrón de la conducta sexual, considerando el

resultado de la variabilidad fisiológica, de procesos de aprendizaje, especialmente de tipo discriminativo y de las normas socioculturales. Los patrones pueden ser socialmente aceptados: heterosexual, homosexual, bisexual, y socialmente rechazados: zoofílico, fetichista, pedofílica, entre otros. La adquisición de cualquier patrón no implica alteración fisiológica, sino violación eventual de las normas socio/culturales establecidas; será responsabilidad de cada individuo evaluar su propia conducta y pesar sus consecuencias (25).

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la función y el patrón sexual en las mujeres embarazadas que acudieron al Servicio Prenatal de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo marzo 2015 y febrero 2016.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, de corte transversal. Incluyó una muestra probabilística de 345 gestantes con actividad sexual en las últimas 4 semanas, con pareja estable. Se excluyeron las pacientes con embarazos de alto riesgo, tales como amenaza de parto pretérmino y hemorragias durante la gestación actual y las gestantes analfabetas quienes no podían responder el cuestionario. Todas las participantes firmaron un formulario de consentimiento informado. A continuación, de manera individual y confidencial, se les realizó una entrevista, en la cual se utilizaron dos instrumentos. El primero de ellos fue la ficha de patrón sexual la cual consta de 6 preguntas de selección simple, que incluyen la orientación sexual, el tipo de actividad sexual que se practica durante el embarazo, la frecuencia de actividad sexual, las razones que dificultan la actividad sexual durante el embarazo, las posiciones más utilizadas y la fuente de información sobre el tema. El segundo es el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (12, 33). Una vez aplicados los instrumentos, se dividieron las pacientes según la edad gestacional, para comparar las variables de estudio por trimestre.

Las comparaciones de las variables continuas entre grupos según semanas de gestación, se basaron en la prueba ANOVA de una vía, en el caso de las variables nominales, se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson. Se consideró un valor significativo de contraste si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con JMP-SAS 11.

RESULTADOS

Fueron entrevistadas 345 gestantes, de ellas, 219 tenían disfunción sexual según el Índice de Función Sexual Femenina, lo que representa una frecuencia de 63,5 %. El promedio de puntuación obtenida fue de $23,06 \pm 7,58$.

Hubo 89 mujeres que cursaban el primer trimestre del embarazo, 152 el segundo y 104 el tercer trimestre. La puntuación obtenida fue de $23,31 \pm 7,06$ en el primer trimestre, $23,96 \pm 8,31$ en el segundo trimestre y $21,51 \pm 6,65$ en el tercero ($P=0,002$). La frecuencia de disfunción sexual por trimestre fue 62,9 % (56 mujeres), 55,9 % (85 mujeres) y 75 % (78 mujeres) respectivamente.

Las puntuaciones por dominio se aprecian en la tabla 1. En el dominio deseo se obtuvo $3,46 \pm 1,25$ y en el dominio satisfacción se obtuvo $4,19 \pm 1,74$. En 231 gestantes (67 %) se vio afectada la fase del deseo; 192 (55,7 %) resultaron con disfunción en la fase de excitación y 154 (44,6 %) tenían disfunción por dolor. La tabla 2 presenta la distribución de las gestantes

Tabla 1
Promedios de puntuaciones obtenidas en los diferentes dominios del índice de Función Sexual Femenina

Variables	Media	DE
Deseo	3,46	1,25
Excitación	3,86	3,92
Lubricación	4,02	1,72
Orgasmo	3,96	1,62
Satisfacción	4,19	1,74
Dolor	4,04	3,01

Tabla 2
Distribución de gestantes con disfunción sexual según la fase de la respuesta sexual más afectada

Variables	N = 345	%
Deseo	231	67,0
Excitación	192	55,7
Lubricación	114	33,0
Orgasmo	130	37,7
Satisfacción	120	34,8
Dolor	154	44,6

Tabla 3
Promedios de puntuaciones obtenidas en los diferentes dominios del Índice de Función Sexual Femenina según la edad gestacional

Variables	I trimestre N = 89 Media ± DE	II trimestre N = 152 Media ± DE	III trimestre N = 104 Media ± DE	P
Deseo	3,30 ± 1,36	3,72 ± 1,29	3,21 ± 1,04	0,003
Excitación	3,88 ± 1,41	4,39 ± 5,69	3,33 ± 1,18	0,003
Lubricación	4,26 ± 1,71	4,11 ± 1,82	3,68 ± 1,52	0,001
Orgasmo	4,15 ± 1,55	3,95 ± 1,83	3,81 ± 1,31	0,055
Satisfacción	4,23 ± 1,68	4,39 ± 1,75	3,87 ± 1,75	0,028
Dolor	3,69 ± 1,57	4,56 ± 4,02	3,58 ± 1,90	0,028

con disfunción según la fase de la respuesta sexual más afectada. La tabla 3 muestra los promedios de puntuación por dominio según la edad gestacional. Las diferencias entre los tres trimestres fueron significativas en todos los dominios.

Las fases de la función sexual que se afectan según la edad gestacional están representadas en la tabla 4. En los tres trimestres el área más afectada fue el deseo, 71,9 % en el primer trimestre, 55,9 % en el segundo y 78,8 % en el tercero. El área menos afectada en el primer trimestre fue la lubricación (27 % de las pacientes en este trimestre), en el segundo trimestre fueron la satisfacción (25 %) y la lubricación (25,7 %) y en el tercer trimestre el dolor (42,3 %). En cuanto al deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, la afectación fue menor en el segundo trimestre ($P < 0,05$), el dolor no mostró diferencias significativas en relación a la edad gestacional ($P=0,068$).

En relación al patrón sexual, en la tabla 5 se presenta la distribución de las 345 gestantes entrevistadas según la frecuencia de actividad sexual y la edad gestacional. Ciento dieciocho mujeres (34,2 %) refirieron actividad sexual durante la gestación con una frecuencia de 2-3 veces por semana, 110 mujeres (31,8 %) 1 vez por semana, 81 mujeres (23,4 %) menos de 1 vez por semana y 36 (10,4 %) más de 3 veces por semana. Se evidenció un aumento de la frecuencia de actividad sexual durante el segundo trimestre cuando 73 pacientes (48 %) refirieron una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, en el 3er trimestre solo 28,8 % reportó esta frecuencia ($P=0,001$).

Doscientas sesenta y nueve mujeres (78,0 %), seleccionaron el coito como tipo de actividad sexual que desarrolla durante la gestación. La distribución de los otros tipos aparece en la tabla 6. Hubo 304 gestantes heterosexuales (88,1 %), 32 homosexuales (9,3 %) y 9

Tabla 4
Distribución de las gestantes según la fase más afectada por trimestre de gestación

Variables	I trimestre N = 89 N (%)	II trimestre N = 152 N (%)	III trimestre N = 104 N (%)	P
Deseo	64 (71,9)	85 (55,9)	82 (78,8)	0,001
Excitación	46 (51,7)	74 (48,7)	72 (69,2)	0,003
Lubricación	24 (27,0)	39 (25,7)	51 (49,0)	0,003
Orgasmo	32 (36,0)	47 (30,9)	51 (49,0)	0,012
Satisfacción	35 (39,3)	38 (25,0)	47 (45,2)	0,002
Dolor	49 (55,1)	61 (40,1)	44 (42,3)	0,068

Tabla 5
Distribución de gestantes según la frecuencia de actividad sexual según la edad gestacional.

Frecuencia	I trimestre	II trimestre	III trimestre
	N = 89 N (%)	N = 152 N (%)	N = 104 N (%)
< 1 vez por semana	29 (32,5)	25 (16,4)	27 (25,9)
1 vez por semana	32 (35,9)	37 (24,3)	41 (39,4)
2-3 veces por semana	15 (16,8)	73 (48)	30 (28,8)
>3 veces por semana	13 (14,6)	17 (11,1)	6 (5,7)

P= 0,001

Tabla 6
Distribución de gestantes según el tipo de actividad sexual

	N	%
Coito	269	78,0
Masturbación a la pareja	20	5,8
Automasturbación	15	4,4
Penetración anal	15	4,3
Prácticas orogenitales	5	1,5
Uso de juguetes	2	0,6
Dos o más de las anteriores	19	5,5

Tabla 7
Distribución de gestantes según el tipo de actividad sexual y su orientación sexual

Tipo de actividad sexual	Heterosexual	Homosexual	Bisexual
	N = 304 N (%)	N = 32 N (%)	N = 9 N (%)
Coito	245 (80,6)	18 (56,3)	6 (66,7)
Masturbación a la pareja	18 (5,9)	2 (6,3)	0
Automasturbación	15 (4,9)	0	0
Penetración anal	9 (3,0)	3 (9,4)	3 (33,3)
Prácticas orogenitales	5 (1,6)	0	0
Uso de juguetes	2 (0,7)	0	0
Todas las anteriores	10 (3,3)	9 (28,1)	0

P = 0,001

Tabla 8
Razones que dificultan la actividad sexual durante la gestación

	N=345	%
Adelanto del parto	21	6,1
Dificultad de posiciones	124	35,9
Infecciones de transmisión sexual	9	2,6
Hacen daño al bebé	88	25,5
Miedo al aborto	53	15,4
Otras	50	14,5

bisexuales (2,6 %). La actividad sexual que predominó en los tres grupos fue el coito con penetración vaginal, reportado por 245 heterosexuales (80,6 % del grupo), 18 homosexuales (56,3 %) y 6 bisexuales (66,7 %), las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas (P= 0,001) (Tabla 7).

Las posiciones adoptadas durante la actividad sexual con más frecuencia fueron mujer arriba-hombre abajo (162 gestantes, 46,9 %), y hombre arriba-mujer abajo (104 mujeres, 30,1 %), 46 gestantes (13,3 %) utilizaron la posición de lado y 33 (9,6 %) refirieron otras posiciones.

Las razones que limitan la actividad sexual se presentan en la tabla 8. Predominaron la dificultad de las posiciones (124 mujeres, 35,9 %) y el temor a hacer daño al bebé (88 mujeres, 25,5 %). Al distribuir las actividades según el trimestre de la gestación, se obtuvo que en el 1er trimestre 29 pacientes (32 %) refirieron miedo al aborto y 17 (19,1 %) dificultad con las posiciones y temor a hacer daño al bebé. Sesenta y seis mujeres en el segundo trimestre (43,3 %) y 41 en el tercero (39,4 %) señalaron dificultad con las posiciones (P=0,001) (Tabla 9).

Tabla 9
Razones que dificultan la actividad sexual según edad gestacional

Tipo de actividad	I trimestre	II trimestre	III trimestre
	N=89 N (%)	N=152 N (%)	N=104 N (%)
Adelanto del parto	8 (8,9)	5 (3,2)	8 (7,6)
Dificultad de posiciones	17 (19,1)	66 (43,3)	41 (39,4)
Infecciones de transmisión sexual	3 (3,3)	3 (1,9)	3 (2,8)
Hacen daño al bebé	17 (19,1)	39 (25,6)	32 (30,7)
Miedo al aborto	29 (32)	18 (11,8)	6 (5,7)
Otras	15 (16,8)	21 (13,8)	14 (13,4)

P = 0,001

Ciento diez mujeres (31,9 %) dijeron haber recibido información sobre sexualidad de parte de personal médico, 82 (23,8 %) a través de los medios de comunicación, 23 (6,7 %) obtuvieron información de amigos y 26 (7,5 %) refirieron otras fuentes. Ciento cuatro mujeres (30,1 %) señalaron no haber recibido nunca información sobre sexualidad.

DISCUSIÓN

Durante el embarazo, y a medida que este avanza, la función sexual puede reducirse y la respuesta sexual verse afectada. El embarazo constituye un periodo crucial en la vida de la pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante alteran y modifican todo su ser bio-psico-sexual, lo cual trae cambios en su sexualidad. Durante la gestación es necesario e importante tener en cuenta aspectos que se relacionan con la vida sexual previa de la pareja, como son: fuente de información sobre la sexualidad, presencia de alteraciones en la respuesta sexual, frecuencia del coito, entre otras, porque estos factores pueden redundar en una modificación sustancial de la sexualidad en el embarazo y especialmente en lo que concierne a una adecuada función sexual (31).

Tras los resultados obtenidos en este estudio se puede afirmar que las relaciones sexuales de la mujer durante el embarazo experimentan una alteración, esta es la conclusión a la que llegan múltiples autores (33 - 36). La puntuación media obtenida en el IFSF fue de $23,06 \pm 7,58$. Según Wiegel y col. (36), se considera disfunción sexual cada vez que se obtenga una puntuación inferior a 26,55. Estas puntuaciones se asociaron a una elevada frecuencia de disfunción sexual. En esta serie un 63,5 % de las gestantes entrevistadas resultó tener disfunción sexual. Estos hallazgos son consistentes con los presentados por Hanafy y col. (20), quienes obtuvieron una frecuencia de disfunción sexual de 51 % y 72 % según el trimestre, con una media de 63,6 %. Gałazka y col. (22), en 2015, señalaron que a medida que progresaba el embarazo, la función y actividad sexual disminuían; en concordancia con lo descrito por estos autores, las puntuaciones obtenidas en esta serie fueron $23,31 \pm 7,06$ en el primer trimestre, $23,96 \pm 8,31$ en el segundo y $21,51 \pm 6,65$ en el tercero, observándose un leve aumento en el segundo trimestre y un deterioro marcado hacia el final del embarazo.

Esta evolución se observa mejor cuando se evalúa la frecuencia de disfunción sexual derivada de estas puntuaciones. De las 219 pacientes con disfunción sexual, el problema se presentó en 62,9 % de las que cursaban el primer trimestre del embarazo, 55,9 % en el segundo trimestre y 75 % durante el tercer trimestre. El predominio de la frecuencia de disfunción sexual en el primer y tercer trimestres puede estar relacionado

a los cambios físicos y emocionales de las gestantes que producen malestar general, presencia de náuseas y vómitos, vasocongestión mamaria, hipersensibilidad, miedo a perder la gestación y ansiedad de la mujer y su pareja, lo que limitaría de cierta manera el contacto físico (37). Una vez alcanzado el segundo trimestre la mujer se siente más segura y confiada en relación a la evolución del embarazo, se adapta mejor a los cambios fisiológicos del mismo, lo que mejora su desempeño sexual. Ya en el tercer trimestre, el aumento del tamaño abdominal, que dificulta ciertas posiciones sexuales, la apariencia física, la inseguridad por parte de ambos miembros de la pareja, por temor ante un eventual parto pretérmino, generan nuevamente un aumento de la disfunción sexual en esta etapa. Resultados similares obtuvieron Hanafy y col. (20), quienes concluyeron que la incidencia de la disfunción sexual se ve afectada durante todo el embarazo. Gałazka y col. (22), en 2015, describieron que todas las fases disminuyeron significativamente con la progresión del embarazo. Según estos autores, el deseo sexual cambió en forma estadísticamente significativa en los tres trimestres en comparación a la situación previa al inicio del embarazo.

Para evaluar la fase más afectada se incluyeron las 345 gestantes entrevistadas a pesar que solo 219 tenían disfunción sexual al considerar la puntuación total del IFSF (menor de 26,55 puntos en el IFSF) porque un número importante de gestantes reportaron alteraciones en algunas fases (puntuaciones menores a 3,66) pero con puntuaciones generales mayores de 26,55 puntos.

La fase más afectada fue el deseo (67 %), con una puntuación promedio general de $3,46 \pm 1,25$, pero hubo una mejoría en el segundo trimestre para luego incrementarse la proporción de gestantes con disfunción sexual en este dominio en el tercer trimestre. Esta evolución se observa en las medias de puntuaciones, las cuales suben en el segundo trimestre y luego caen en el tercero. Similares hallazgos se observaron en los dominios excitación y satisfacción. Estas modificaciones con respecto a la edad gestacional discriminadas por dominio siguen el mismo patrón de la disfunción sexual que se presentó en general y probablemente se puedan relacionar con las mismas razones ya descritas. Los dominios lubricación y orgasmo, se afectaron predominantemente en el tercer trimestre. Se ha descrito que la gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación

vaginal. Estos cambios sin duda favorables, facilitan la función sexual de la pareja (26). Probablemente en el tercer trimestre se suman otros factores no hormonales que explican la afectación de este dominio.

En general, Hanafy y col. (20) tuvieron resultados similares y concluyeron que hay cambios significativos en todos los dominios del IFSF, especialmente en el primer y tercer trimestre. Por su parte, Prado y col. (19), en 2013, encontraron que el embarazo disminuye la satisfacción sexual de la mujer durante el primer trimestre del embarazo y lo relacionan con los procesos de adaptación que experimenta la mujer. Esto cambia en el segundo trimestre cuando la mujer embarazada comienza a sentirse mejor y, en consecuencia, experimenta un aumento en la satisfacción sexual. Los resultados de esta serie difieren de los de Prado y col. (19), puesto que se encontró un promedio de $4,23 \pm 1,57$ en satisfacción, valor por encima del límite para definir disfunción por dominio, y la frecuencia de afectación fue de 39,3 %, lo que si se observó fue una leve mejoría en el segundo trimestre en las puntuaciones medias, sin impacto sobre la frecuencia y, una vez más, el deterioro en el tercer trimestre, con una reducción de las puntuaciones y un aumento de la frecuencia de disfunción. En general, Rodríguez y col. (9) encontraron que, a pesar de que el interés sexual se veía disminuido con el embarazo, más de la mitad de las encuestadas encontraban su vida sexual satisfactoria e incluso, en una pequeña parte de ellas aumentaba su interés y mejoraba su vida sexual.

El dolor estuvo presente en alrededor de la mitad de las gestantes en cada trimestre, la media de puntuación en este dominio se modificó significativamente con el avance del embarazo, cayendo de $4,56 \pm 4,02$ en el segundo trimestre, a 3,58 en el tercero. A pesar de ello, su frecuencia de aparición no se modificó con la edad gestacional, esto puede ser considerado como que el embarazo no influiría sobre este. Hanafy y col. (20) describieron que el dolor se incrementó en el segundo trimestre comparado con el primero y tercero. Existen múltiples razones para hablar de dispareunia, recordando que los cambios físicos y emocionales que ocurren durante el embarazo pudieran afectar este dominio (38). En algunas mujeres, la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y la

frustración. La congestión pelviana podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales y, además, se producen alteraciones de la percepción sensorial con la elevación de los umbrales de percepción dolorosa en diversas partes del cuerpo, que ocurre durante la excitación sexual intensa y, especialmente, en el orgasmo (26). La falta de modificaciones en el dominio dolor en relación a la edad gestacional sugiere que, entre las mujeres evaluadas en esta serie, el dolor no necesariamente estaba relacionado con los cambios fisiológicos del embarazo, puesto que los cambios descritos son progresivos lo que se asociaría con una progresión del síntoma.

Los efectos del embarazo sobre las funciones y sensaciones sexuales no son uniformes, para unos, la gestación puede ser un periodo de mayor conciencia y goce sexual, en cambio otras mujeres no notan cambios, o experimentan disminución de su deseo sexual. Es importante tener en cuenta que son muchos los factores, aparte de los biológicos propios de la gestación, que se ponen en juego para determinar tipos de conducta sexual durante el embarazo (39). La actitud de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, 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 duda influyen en el comportamiento sexual de la mujer.

Al interrogar sobre las razones que dificultan la actividad sexual durante la gestación se obtuvo que, entre las mujeres que estaban en el primer trimestre, la razón más señalada fue el miedo al aborto, seguido de temor a hacer daño al bebé y dificultad en las posiciones. Entre las mujeres que estaban en el segundo y tercer trimestres, la principal razón estuvo relacionada con dificultad de las posiciones sexuales. Los motivos cambian, conforme avanza la gestación en vista de que algunos cambios propios del embarazo se acentúan al transcurrir el mismo. A este respecto, Brtnicka y col. (13) determinaron que los problemas de disfunción sexual durante el embarazo son a menudo producidos por el miedo a hacer daño al feto y destacan que no solo la mujer está temerosa, los hombres tienen temor a herir a la mujer. Serati y col. (14) encontraron que el factor más relevante era la preocupación acerca de los posibles

resultados obstétricos adversos. Son muchos los autores que llegan a conclusiones similares, entre ellos, Aribi y col. (18), en 2012, quienes describieron que las tres principales causas de la disminución del interés y de la actividad sexual fueron: los síntomas físicos (83 %), el miedo a hacer daño al feto (66,7 %) y el deseo sexual hipoaactivo (33,4 %). Por su parte, Gałazka y col. (22) también describieron una reducción significativa de la actividad sexual, pero señalaron como causa, la reducción del deseo ($P=0,00007$), el rechazo a la pareja ($P=0,002$) y los cambios en la apariencia relacionados con el embarazo ($P=0,03$).

No se encontró un cuestionario estandarizado para evaluar el patrón sexual, sin embargo, dada la importancia del tema se asumió la responsabilidad de diseñar dicho cuestionario, el cual fue validado por un panel de expertos que incluyó un sexólogo y un grupo de especialistas en obstetricia y ginecología.

La mayoría de las gestantes, más del 72 %, reportaron una frecuencia de actividad sexual entre 1 y 3 veces por semana durante el segundo trimestre, evidenciando un descenso de la misma en el 1er (52,7 %) y tercer trimestre (68 %). Estos hallazgos son consistentes con los de Lee y col. (15) quienes demostraron que existía una disminución de la frecuencia del coito entre el primer y tercer trimestre. Así mismo Corbacioglu y col. (16), en 2012, encontraron un descenso de la frecuencia del coito y del deseo sexual en el primer trimestre dado por la conciencia del embarazo más que por factores obstétricos o sociodemográficos.

Se describe como frecuencia habitual en parejas no embarazadas entre 2-4 veces por semana (40), sin embargo, esta frecuencia puede variar por múltiples factores biológicos, psicosociales, culturales entre otros, que pudieran ser los mismos que afecten a la mujer gestante (32). El descenso de la frecuencia en el tercer trimestre puede ser explicado por la presencia de contracciones del músculo uterino de manera continua en la fase del orgasmo, diferentes estas a las contracciones orgásmicas normales, lo que provocaría miedo en la gestante de presentar adelanto del parto como lo mencionan Master y Johnson (28) en su investigación.

A pesar de que algunas prácticas sexuales son cuestionadas por aspectos culturales y religiosos, entre

otros, hay que tener en cuenta que existen otras opciones para la expresión de intimidad entre las parejas, formas de contacto no coital que podrían también ser agradables y satisfactorias para ambas partes. Doscientas sesenta y nueve mujeres (78,0 %), seleccionaron el coito como tipo de actividad sexual predominante, hubo porcentajes más bajos de otras prácticas como masturbación a la pareja, automasturbación, penetración anal y prácticas orogenitales. Esto es contrario a lo señalado por Rodríguez y col. (9), en 2013, quienes describen que prácticamente todas las encuestadas tienen frecuentes encuentros no genitales, y estos son muy deseados.

Fuera del embarazo la actividad sexual más frecuente es el coito, pero para considerar el tipo de actividad sexual que se desarrolla es importante conocer la orientación sexual de la gestante; en este caso se encontraron 304 heterosexuales (88,1 %), 32 homosexuales (9,3 %) y 9 bisexuales (2,6 %). El número pequeño que reportó ser homosexuales y bisexuales en relación a la muestra total, dificulta la interpretación de los resultados. Llama la atención que el 56,3 % de las homosexuales señalaron como actividad sexual predominante el coito; esto puede ser por desconocimiento del término coito o porque al interpretar el término penetración lo asociaron al uso de juguetes sexuales o penetración con la mano. Rodríguez y col. (9), encontraron una mayor proporción de mujeres que se auto-estimulan, la frecuencia de esta práctica también se modifica durante la gestación. El número de relaciones oro-genitales sufre un descenso durante el embarazo, sin embargo, no deja de estar presente.

Las posiciones adoptadas durante la actividad sexual fueron las tradicionales, con más frecuencia mujer arriba – hombre abajo, probablemente debido a que, en esta posición, la mujer tiene una mayor capacidad para el control de sus movimientos y de la penetración. La segunda posición en frecuencia fue hombre arriba – mujer abajo, por el contrario, Lee y col. (15), en 2010, describen que la posición sexual más común para la mujer embarazada fue el hombre en la parte superior, cara a cara y estas posiciones no cambiaron significativamente durante los diferentes trimestres.

Se evidenció que 124 pacientes (35,9 %) refirieron entre las razones que le limitan la actividad sexual, la dificultad para las posiciones sexuales. Como se comentó anteriormente, este hallazgo fue marcado durante el

segundo y el tercer trimestre, lo que puede relacionarse con el proceso de adaptación por el crecimiento de la circunferencia abdominal. Además, un elevado número de mujeres describieron miedo al aborto, temor a hacer daño al bebe y temor al adelanto del parto. Esto puede estar relacionado con la falta de información sobre este tema.

Ciento diez mujeres (31,9 %) dijeron haber recibido información sobre sexualidad de parte de personal médico. A pesar de estos resultados, llama la atención que 104 (30,1 %) señalaron no haber recibido nunca información sobre sexualidad. Esta falta de información a la gestante por parte del personal médico ha sido señalada por múltiples autores. Brtnicka y col. (13) describen que existe desinterés de los encargados de atención prenatal y postnatal en los temas de la sexualidad y que la falta de información relevante es la razón común para evitar este tema. De hecho, según estos autores, 76 % de las embarazadas recomendarían una discusión sobre la sexualidad durante el embarazo como tema en la consulta prenatal y casi la mitad de las mujeres embarazadas refieren como insuficiente la información recibida por parte de los médicos. En este orden de ideas, Serati y col. (14), en 2010, encontraron que existe una falta de información adecuada sobre el sexo durante el embarazo. Debido a esto concluyeron que las parejas deben ser informadas acerca de la disminución de la libido, el deseo y orgasmo, comúnmente encontradas durante el embarazo y puerperio, en particular en el último trimestre, conduciendo esto a una reducción de la frecuencia de relaciones sexuales. Rodríguez y col. (9) apoyan esta idea, y agregan que una mayor educación sexual durante este periodo, efectuada por profesionales formados en salud sexual, puede mejorar la satisfacción de la gestante y su estado general de salud. También Corbacioglu y col. (17), en 2013, insisten en que el asesoramiento sobre la salud sexual durante el embarazo no es frecuente en la práctica clínica y recomiendan que este tipo de asesoramiento ocurra durante el control prenatal.

Gómez y col. (7), observaron que a pesar de existir información acerca de la sexualidad, en este momento existen altos índices de desconocimiento y errores en mujeres jóvenes y adultas que afectan gravemente el equilibrio emocional y su actitud frente a esta etapa tan importante para la mujer.

Para mejorar esta relación entre paciente y obstetra se propone un esquema para iniciar la discusión de temas sexuales durante la consulta prenatal, realizando una serie de preguntas basadas en la función sexual antes y durante el embarazo, para prevenir, diagnosticar y tratar los diferentes trastornos que puedan presentarse en el embarazo con base en la salud sexual. Algunas de las preguntas son: ¿Usted o su pareja tiene dificultades sexuales en este momento? ¿Está satisfecho con su relación sexual actual? ¿Tiene alguna preocupación sexual que le gustaría hablar? Si las respuestas de la paciente sugieren que ella quiere hablar sobre temas sexuales, las siguientes preguntas podrían ser más específicas, la historia-sexual, la frecuencia con la que se involucra en la actividad sexual, las dificultades que pueda presentar. Las respuestas a estas preguntas deben dar una orientación para incorporar el asesoramiento específico en los cambios esperados en la salud sexual relacionadas con el embarazo (40).

La información proporcionada por profesionales acerca de la sexualidad durante este periodo normalmente es insuficiente o nula, por lo tanto, es necesario promover una atención profesional orientada a aconsejar a las parejas acerca de los cambios biopsicosexuales y ayudarlos a entender las modificaciones normales en la respuesta sexual durante el embarazo, todo ello con el fin de mejorar su calidad de vida y, así también, la salud sexual de la pareja. A través de esto, se conseguiría ver la sexualidad como una parte fundamental de la vida, que afecta de forma considerable al bienestar, también, se daría un giro a las creencias y culturas, dejando de ver la sexualidad como un tema prohibido, lo que supone un lastre para el desarrollo de esta dimensión de la personalidad. Mejoraría la salud de la embarazada y su pareja, existiendo así, menor porcentaje de disfunciones sexuales, miedos, falsas creencias, mitos, etc., por ello, los profesionales de la salud (médicos/y enfermeras) en contacto con la mujer en estas etapas, juegan un papel importante en la resolución de este tipo de problemas (7).

Los resultados del presente estudio permiten concluir que existe una elevada frecuencia de disfunción sexual durante la gestación, que es mayor en el primer y tercer trimestre. La fase mayormente afectada resultó ser el deseo y la menos afectada fue la lubricación. Todos los dominios se modificaron con la edad gestacional menos el dolor.

En cuanto al patrón sexual, la frecuencia de actividad sexual es de 2-3 veces por semana, el coito con penetración vaginal es la actividad más señalada en los diferentes tipos de orientación sexual, siendo la heterosexual la predominante. La posición más practicada es mujer arriba – hombre abajo. Las principales razones que limitan la actividad sexual son, dificultad con las posiciones, temor de hacer daño al bebe y miedo al aborto. La fuente de información sobre la sexualidad durante el embarazo proviene del personal médico, pero un grupo elevado señaló no haber recibido ninguna información.

Se recomienda al médico especialista encargado del control prenatal mantener la promoción en el tema de la sexualidad durante el embarazo para prevenir, diagnosticar y tratar, con ayuda de expertos médicos y sexólogos, los diferentes trastornos que puedan afectar la salud sexual durante el embarazo, ayudando de esta manera a la gestante en su calidad de vida.

Las autoras desean agradecer al Dr. Fernando Torres, médico sexólogo, por las diferentes consultas realizadas para la culminación de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Pérez Sanz P, Palacios Gil-Antuñano S. Aspectos de la sexualidad en la embarazada deducidos de un estudio de 100 embarazos. *Progr. Obstet. Ginecolog.* 1982; 25 (5): 323-331.
2. Alfonso Rodríguez AC, Sarduy Sánchez C. Educación sexual comunitaria, apuntes para un marco referente I Parte. *Sexología y Sociedad.* 2000; 14: 9-16.
3. World Association for Sexual Health (WAS) [Internet]. Praga: Declaración universal de los derechos sexuales; 2014. [Actualizado marzo 2014; citado noviembre 2015]. WAS Consejo Consultivo. Disponible en: http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf
4. Real Cancio RM. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina: asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [tesis]. La Habana: Hospital Hermanos Ameijeiras; 2012. [Citado octubre 2015]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/550/1/RMReal.pdf>
5. Pino E, Sepúlveda Parada E. Disfunciones sexuales femeninas. *Rev Sex y Soc [revista en internet]*. 2014 [citado marzo 2015]; 6(16):10-14. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/203>
6. Asociación Española para el estudio de la Menopausia [sede web]. Barcelona: La Sexualidad en el embarazo y puerperio; 2011 [citado 10 de febrero de 2014]. AEEM informa. Disponible en: <http://www.aeem.es/informa/9/La-Sexualidad-en-el-embarazo-y-puerperio.html>
7. Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de los Cuidados [Internet]* 2012 [citado 7 de mayo de 2014]; 16 (33): 67-74. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24154/1/CC_33_09.pdf
8. Soria B. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio [Tesis de Grado]. Almería: Universidad de Almería; 2012.
9. Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enferm Glob.* 2013; 12(32): 362-370.
10. Piñero Navero S, Alarcos Merinio G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *NURE Inv [Internet]* 2011 [citado 5 de junio de 2014]; 8 (50): [aprox. 9 pant]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/518/507>
11. Masters W, Johnson V, Kolondy R. *La Sexualidad Humana*. 13a edición. Barcelona: Grijalbo; 1995.
12. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá Salvador. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev chile obst ginecol.* 2004; 69(2): 118-125.
13. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009; 110 (7): 427-431.
14. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010;7(8):2782-2790.
15. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2010; 36 (5): 408-420.
16. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med.* 2012; 9 (7): 1897-1903.
17. Corbacioglu A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors

- during pregnancy. *J Obstet Gynecol Res.* 2013; 39 (6): 1165-1172.
18. Aribi L, Ben Houidi A, Masmoudi R, Chaabane K, Guermazi M, Amami O. Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women. *Tunis Med.* 2012; 90 (12): 873-877.
 19. Prado DS, Lima RV, de Lima LM. Impact of pregnancy on female sexual function. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35 (5): 205-209.
 20. Hanafy S, Srour NE, Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sex Health.* 2014; 11 (3): 240-243.
 21. Balestena JM, Fernández B, Sanabria JG. Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. *Rev. Ciencias Médicas.* 2014; 18 (5): 811-822.
 22. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015; 12 (2): 445-454.
 23. World Health Organization [sede Web]. Washington: WHO. Sexual and reproductive health. Defining sexual health. [Actualizado 2010, citado octubre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
 24. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013; 30 (3): 455 – 460.
 25. Bianco Colmenares F. Sexología, definición y concepto. Teoría de la variante fisiológica del sexo y su función. Propuesta. Caracas: Editorial CIPV; 1991.
 26. Castelo-Branco C. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2005.
 27. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Revista Internacional de Andrología* [Internet] 2007 [Citado noviembre 2015]; 5 (1): 11–21. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X07740293>
 28. Masters W, Johnson V. Human sexual Response. New York: Ishi Press International; 2010.
 29. Sánchez Gila M. Prostaglandinas y función reproductiva. [Internet] Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2008. [Citado noviembre 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08_pg_fn_reproductiva.pdf
 30. Rodríguez F. Sexualidad en el embarazo y puerperio. [Internet]. Barcelona: Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. [Citado noviembre 2015] Disponible en: <http://www.aeem.es/fotos/informam/103.pdf>
 31. García M. Sexualidad en el periodo gestacional. [Trabajo Fin de Grado]. Algeciras (Andalucía): Universidad de Cadiz; 2014.
 32. Althausen M, Varas J. Disfunción Sexual Femenina, un desafío para la Medicina en el siglo XXI. *Rev. Obstet. Ginecol.* 2006; 1 (2):121-129.
 33. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005; 16 (4): 263-267.
 34. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55 (5): 563-568.
 35. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006; 46 (4): 282-287.
 36. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31 (1): 1-20
 37. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):497-501.
 38. Cuevas A, Cuauhtemoc C, Hernández I, Herrán S, Paradas A, Paredes O, et al. Médicos de las Américas Unidos para la Salud Integral de la Mujer (MASIM). Resultados de una encuesta epidemiológica de hábitos de higiene íntima en mujeres latinoamericanas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2011; 71 (1): 21-27.
 39. Weijmar W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wessellmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005; 2 (3): 301-316.
 40. Skodic Zaksek T. Sexual Activity during Pregnancy in Childbirth and after Childbirth. En: Polona Mivsek A, editor. *Sexology in Midwifery.* Rijeka, Croatia: InTechOpen; 2015.