

En este número, con el artículo de la Lic. Verónica Delbono González damos inicio a la Sección de "Debates". Tal como se indica en la página correspondiente se trata de "Presentaciones sustentadas de opiniones que enriquezcan el conocimiento y la decisión en áreas de interés para la salud pública".

Esperamos recibir opiniones (concordantes o discordantes) con lo afirmado en este interesante artículo.

Abordaje de la sexualidad en el período grávido–puerperal

Approach to sexuality in the gravid period-puerperal

Abordagem da sexualidade no período gravídico-puerperal

Verónica Delbono González^{1*}

Resumen

Conocer el proceso fisiológico del período grávido-puerperal y el de la respuesta sexual por separado no sería suficientes para realizar el abordaje integral en sexualidad que debería adoptarse. Este artículo pretende revisar y despertar reflexiones acerca del abordaje integral de las mujeres embarazadas y puerperas, considerándolas seres sexuales incorporando una perspectiva de diversidad sexual. Debemos conocer en términos generales qué sucede en cada trimestre, no sólo desde el punto de vista obstétrico, sino también desde una perspectiva erótico sexual que pueda abordar a la mujer amante, no sólo verla como "madre". La asistencia en salud sexual -que incluye la esfera reproductiva- debe ser realizada por profesionales con capacitación y actualización suficientes para que las mujeres puedan vivir y expresar su sexualidad de la forma más libre y segura posible.

¹Obstetra Partera. Profesora Adjunta. Sexología y Educación Sexual.

Escuela de Parteras. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

*Contacto: verodelbonog@gmail.com

Presentación

Durante los controles prenatales es fundamental incluir una visión integral de la salud de la mujer, entendiéndola como ser sexual; en esta etapa, es central el aspecto reproductivo, pero sin olvidar el sexual. Cultural y socialmente no se asocia a la gestante con aspectos referentes a la genitalidad, el erotismo y el placer sensual; más bien se aleja de esa perspectiva y se idealiza la maternidad romántica y el afecto del entorno, dejando de lado los aspectos concernientes al deseo y la pasión que originan (mayoritariamente) el producto de tal estado grávido.

La sexualidad, y especialmente lo referente a las relaciones sexuales durante el embarazo y puerperio, son temáticas poco abordadas por los profesionales de la salud, y cuando se hacen se vinculan con aspectos de prevención de riesgos y/o daños asociados a otra causa. Idealmente, se aconseja que el abordaje se realice en controles prenatales, preparación para la maternidad/paternidad y se realice con una perspectiva integral e inclusiva en términos de diversidad sexual y género.

Como obstetras debemos tener en cuenta, a la hora de contraindicar relaciones sexuales, la orientación sexual, las prácticas sexuales de la usuaria y cuáles son las que contraindicaremos. Habitualmente se tiende a generalizar de forma coitocentrada y falocéntrica (coito vaginal; pene-vagina), obviando la multiplicidad de prácticas sexuales que no necesariamente vamos a contraindicar.

Cuando hablamos de sexualidad no solo se debe tener presente aspectos de la genitalidad, sino todos los aspectos de la sexualidad. En una relación sexual interviene todo el cuerpo y también las emociones, sensaciones y sentimientos. Cuando una pareja desea compartir sentimientos de intimidad, amor, ternura, sensualidad, erotismo, sexo y pasión (en cualquiera de sus formas) lo puede hacer sin la obligatoriedad del coito vaginal o anal: los masajes, las caricias, el *petting*, y la masturbación pueden ser una importante fuente de placer sexual y comunicación íntima, tanto durante el embarazo como fuera de él. La prohibición de coito vaginal no implica prohibición para los encuentros sexuales, en un embarazo de bajo riesgo no conlleva riesgos ni efectos perjudiciales.

Las usuarias y sus parejas, muchas veces ante el desconocimiento, dudan y no preguntan, dejándose llevar por mitos y creencias de que la sexualidad no se vivencia de forma satisfactoria y se pierdan momentos de contención, intimidad y placer, que son saludables para esa mujer/madre y el futuro/a hijo/a.

Es importante mencionar los cambios que aparecen en cada trimestre y asociarlos a la vivencia de cada mujer/pareja de forma individual. Muchos estudios muestran que las vivencias acerca de la sexualidad en el embarazo y puerperio son individualizadas a cada pareja, lo que se manifiesta es que la contención y el apoyo familiar, así como el de pareja, y la educación sexual, favorecen vivencias positivas.

Palabras clave:

Sexualidad, embarazo, puerperio, salud, abordaje integral.

Cambios durante el embarazo

Los cambios hormonales (aumento de progesterona y estrógenos) incrementan el deseo sexual durante el embarazo y producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes, mientras algunas aumentan su libido, otras sufren el efecto contrario.

La vivencia de la sexualidad en el embarazo puede ser influenciada por: modificaciones propias del embarazo (como aumento de peso, estrías, edemas, dolor lumbar, náuseas, vómitos, alteraciones del sueño, cambios de humor, cansancio, etc.), el contexto cultural (como la educación, vivencias, estado socioeconómico, impacto del embarazo en su salud, miedos, mitos, creencias, conformación familiar, etc.) y los factores que influyen en la pareja (como la comunicación, compromiso, vida sexual, información que dispongan, miedos y mitos, etc.).

Cambios por trimestre

Primer trimestre

Existe una diferencia en la conducta sexual, con disminución de la libido en mujeres, que presentan elementos del sistema neurovegetativo (náuseas, vómitos, mareos) los que generan molestias y malestar, cansancio, trastornos del sueño, dolor por las propias modificaciones del cuerpo como es la turgencia y aumento de sensibilidad mamaria, temor a perder el embarazo, miedo al dolor y en un porcentaje menor de mujeres aumento de la libido.

Segundo trimestre

Todos los autores coinciden en que existe un aumento del deseo sexual debido a un aumento de estrógenos y progesterona producidos por la placenta, las cuales también aumentan la circulación sanguínea, especialmente en la pelvis produciendo aumento de la lubricación vaginal. Al desaparecer el síndrome neurovegetativo y con la disminución del dolor mamario, la vivencia se vuelve placentera. Se asocia que la percepción de movimientos fetales en este período disipa el temor a la pérdida del embarazo, brindando una idea subjetiva de tranquilidad y seguridad a la mujer demostrando que todo está bien. Es de destacar que en este período se ha demostrado que mujeres anorgásmicas presentan su primer orgasmo, o mujeres sin experiencia en orgasmos múltiples, lo experimentan debido a la vasocongestión aumentada (propia del estado grávido) que genera una mayor excitación y facilita a las mujeres llegar más rápido a la fase de meseta, la cual es seguida por el orgasmo.

Tercer trimestre

El deseo persiste, la frecuencia de los encuentros sexuales coitales disminuye, generalmente por incomodidad de la pareja ante el aumento del tamaño uterino, por lo que deben buscar posiciones en las cuales no presione el abdomen, lo que genera mayor cansancio y hasta pérdida de interés en este tipo de encuentro sexual. También, se debe mencionar el miedo de la pareja o alguno/a de sus integrantes, a desencadenar un parto prematuro o rotura de membranas.

Período puerperal

En el período puerperal, el momento y la forma en que se reinician las relaciones sexuales varían de una pareja a otra. Algunas de las dificultades que se experimentan en este período, enfocadas al sentimiento de la mujer (considerando la dualidad madre - mujer amante) son: cansancio, estrés, falta de sueño, atención focalizada en el/la recién nacido/a, sentimiento que el cuerpo es poco atractivo, temor al dolor, temor al desempeño, etc.

La bibliografía acerca del retorno a la actividad sexual de la mujer en el puerperio (con una perspectiva coital), afirma que el reinicio de las relaciones sexuales debe ocurrir a partir del día 40 postparto, conforme al confort y deseo de la mujer. Ese límite está fijado con el fin de prevenir infecciones puerperales, que pudieran ocurrir en una relación coital vaginal sin preservativo, con el consiguiente ascenso de bacterias a la cavidad uterina, la que previo a ese período se encuentra expuesta.

En el puerperio ocurren también cambios a nivel físico, social y psicológico en la relación de la pareja, todos los que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales. Un ejemplo de la multidimensionalidad del abordaje en la sexualidad durante el puerperio son los cambios ocasionados por la disminución estrogénica durante este período. La disminución de estrógenos es causante de la falta de deseo sexual, la tristeza puerperal y el adelgazamiento de las paredes vaginales con la consiguiente disminución en la lubricación genital que dificultan la excitación.

Por otro lado, el aumento de la prolactina está directamente relacionado con la disminución de la testosterona, hormona potenciadora de la libido por excelencia. La oxitocina por su parte, excretada con la función de la lactancia, puede

generar sensaciones contradictorias en la mujer que amamanta, ya que provoca excitación sexual, lo que desconcierta y genera en algunas mujeres sentimientos de culpa.

En lo que respecta al dolor, se dice que puede deberse a que la mujer lo correlaciona con el dolor vivido en el parto. En cambio, se ha demostrado que dicho dolor se ve más acentuado en aquellas mujeres que necesitaron una episiorrafia o sutura de desgarro, o como ya se mencionó, debido al adelgazamiento de las paredes vaginales y disminución de lubricación genital.

Otro aspecto importante para destacar es el temor al desempeño sexual por parte de la mujer, que involucra el miedo al dolor, o a no ser atractiva para su pareja por una baja autoestima, generada por la inconformidad corporal en esta etapa.

El puerperio es un período en el cual las parejas deben tener una muy buena comunicación, diálogo y comprensión entre ellos, en especial por parte de la pareja para así sobrellevar de la mejor manera el proceso de sexualidad, ya que hay momentos en que la mujer no está aún preparada para reiniciar las relaciones sexuales y para ello es esencial la comprensión, el compañerismo y la comunicación.

Recomendaciones generales

Abordar la sexualidad de forma natural desde el inicio de las consultas e instar a que realicen preguntas ambos/as integrantes de la pareja (en el caso que corresponda).

No contraindicar las relaciones sexuales a menos que exista una indicación médica de peso que la fundamente. Recordar que la actividad/práctica sexual, no debe centrarse solamente en el coito vaginal debiéndose hacer explícito en la contraindicación.

Debemos recordar que no existe evidencia científica que respalde que las contracciones uterinas del orgasmo desencadenen el parto, como tampoco está comprobado que las prostaglandinas del semen lo desencadenen.

Las posiciones más cómodas para las relaciones sexuales coitales son las que evitan la presión abdominal, considerándose las que ubican a la mujer delante, ya sea en cuatro apoyos, de pie o de lado.

Se recomienda contraindicar las relaciones sexuales coitales cuando existe ruptura prematura de membranas, placenta previa, antecedentes de pérdidas recurrentes de embarazo o partos de pre-término (si bien no está comprobado, podría aumentar la contractilidad uterina, pero no es causa directa de ello).

Referencias

Martín de María S. Sexualidad en el puerperio. *Matronas profesión*. 2001;2(4):9-14.

Masters WH, Johnson VE. *Respuesta Sexual Humana, Embarazo y respuesta sexual*. Buenos Aires, Argentina: InterMédica, 1967. p.127

Rejane Salim N, Matos Araújo N, Gualda R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(4).

Sira-Vargas M. Función sexual. En: Aller J, Pagés G. *Obstetricia moderna*. 3a ed. Mc Graw Hill. Cap. 7. p. 93-106