

Artículo original

Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada

Evolution and changes of women's sexual life during pregnancy: insight of the pregnant woman

Montserrat Rodríguez-Rubio¹, Engracia Coll-Navarro², Nuria Giménez-Gómez³

¹Matrona. Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR). Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa (Barcelona). ²Matrona. Coordinadora del PASSIR y la Sala de Partos. Hospital Universitari Mútua Terrassa. ³Epidemióloga. Unidad de Investigación. Fundación para la Investigación Mútua Terrassa. Universidad de Barcelona

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de las gestantes sobre la evolución de su sexualidad.

Método: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, longitudinal, con seguimiento prospectivo en tres visitas programadas: al inicio del embarazo y en cada trimestre. Participaron nueve centros del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) del Vallès (Barcelona) entre 2009 y 2011. Se utilizó un cuestionario de elaboración propia, con cuatro secciones (tres de diseño propio y una adaptada del cuestionario Female Sexual Function Index [FSFI]) y 35 ítems. Para las variables cuantitativas se utilizó una escala del 1 al 10.

Resultados: La muestra del estudio fue 213 gestantes. La edad media fue de 31 años. El 54% de las mujeres eran primíparas. El 100% tenía pareja estable y el 25% había sufrido algún aborto previo. Se puntuó el deseo de tener un hijo con una media de 7,91 puntos. El 86% experimentó variaciones en su sexualidad. El deseo disminuyó de una puntuación de 3,93 al inicio hasta otra de 2,75 al final ($p < 0,001$), la frecuencia de las relaciones sexuales pasó de 2,37 veces semanales al inicio a 1,26 al final ($p < 0,001$), y la satisfacción con la sexualidad se redujo desde los 7,03 puntos iniciales hasta los 4,28 puntos finales. Estos cambios se atribuyeron a las molestias físicas (60% en el tercer trimestre) y al temor a dañar al feto (23%).

Conclusiones: La sexualidad experimenta importantes alteraciones durante el embarazo, relacionadas con los cambios físicos y psicológicos propios de la gestación y con el temor a dañar al feto. Este estudio proporciona un instrumento de trabajo a los profesionales sanitarios para abordar la sexualidad dentro de la práctica clínica.

©2017 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Sexualidad, conducta sexual, embarazo.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of pregnant women on the evolution of their sex life during pregnancy.

Method: A multicenter cross-sectional questionnaire-based study with prospective follow-up in three scheduled visits: early pregnancy and in each trimester from 2009 to 2011 in nine Sexual and Reproductive Health Centres Within (Barcelona). A questionnaire with four sections was designed: three ad hoc sections and our adapted version of the Female Sexual Function Index (FSFI) to pregnancy for the fourth section was used. Variables were scored on a scale of 1 to 10.

Results: There were 213 pregnant women recruited. The average age was 31 years old. 54% were primiparous, 100% had stable partner and 25% had had a previous abortion. The desire to have a child was scored, on average, with 7.91 points. By the third trimester, 86% had observed variations in their sexuality. The desire domain in the FSFI score decreased during pregnancy: from 3.93 at baseline to 2.75 in the third trimester ($p < 0.001$). The frequency of sexual relations also decreased from 2.37 times/week prior to pregnancy to 1.26 times/week in the third trimester ($p < 0.001$). Satisfaction with sexuality also changed significantly ranging from 7.03 points at the beginning to 4.28 points at the end. Regarding the reasons for the changes in sexuality, physical discomfort prevailed (60% in the third trimester) as well as fear to harm the fetus (23%).

Conclusions: Sexuality undergoes major alterations during pregnancy related to physical and psychological changes and fear to harm the fetus. This study provides a working tool for healthcare professionals to address sexuality in clinical practice.

©2017 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Sexuality, sexual behavior, pregnancy.

Fecha de recepción 30/07/16. Fecha de aceptación: 19/01/17.

Correspondencia: N. Giménez Gómez.
Unidad de Investigación. Fundación para la Investigación Mútua Terrassa.
Sant Antoni, 19. 08221 Terrassa (Barcelona).
Correo electrónico: nuria.gimenez@uab.cat

Rodríguez-Rubio M, Coll-Navarro E, Giménez-Gómez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 88-95.

INTRODUCCIÓN

La salud constituye una de las principales preocupaciones de la población. Por este motivo, el concepto de salud sexual se ha introducido con fuerza en el ámbito sanitario durante las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como la experiencia de un proceso progresivo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad¹. La salud sexual incluye tres conceptos básicos: la aptitud para disfrutar de la actividad sexual, la ausencia de temores y la ausencia de trastornos orgánicos. El primer concepto engloba el disfrute de la actividad sexual y reproductiva y su regulación de acuerdo con la ética personal y social. El segundo –la ausencia de temores– incluye también los sentimientos de vergüenza, culpabilidad, mitos, creencias infundadas y factores psicológicos que inhiban o perturben las relaciones sexuales. Y el tercero se refiere a la ausencia de enfermedad orgánica o de otras deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva².

El estudio de la respuesta sexual humana y su interpretación ha ido evolucionando. Masters y Johnson³ desarrollaron el modelo más conocido de respuesta sexual, el lineal, con cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. En 1974 Kaplan lo modificó al añadir un nuevo concepto, el deseo, y plantear un modelo de respuesta sexual en tres fases: deseo, excitación y orgasmo⁴. Este modelo también ha sido objeto de numerosos debates. Schnarch⁵ introdujo matices sobre el deseo y su complejidad. Es perfectamente posible que alguien con escasa apetencia sexual se excite y alcance el orgasmo, y que personas con un fuerte deseo no logren excitarse ni alcanzar el orgasmo. Finalmente, se ha acabado imponiendo el modelo no lineal o circular propuesto por Basson⁶, en el que la intimidad, la satisfacción y la percepción individual son factores desencadenantes y a la vez impulsores del deseo sexual⁶.

La sexualidad de hombres y mujeres puede cambiar a lo largo de la vida debido a una serie de factores o acontecimientos como la salud, las relaciones y las variables socioculturales. En el caso de las mujeres, también influyen las circunstancias relacionadas con la reproducción⁷.

El embarazo no se puede considerar sólo como un compás de espera para el nacimiento de un hijo, y mucho menos aún como un periodo breve y estático. Tanto en el embarazo como en el puerperio se experimentan profundos cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que pueden influir en la función sexual y que pueden prolongarse hasta 6 meses después del parto⁸⁻¹⁰.

Para algunas parejas estos cambios son negativos, ya que los relacionan con dispareunia, pérdida de deseo,

anorgasmia en la mujer y/o disfunciones eréctiles o eyaculadoras y trastornos de la libido en el hombre. En otros casos, en cambio, al sentirse liberados de un posible embarazo, experimentan positivamente la sexualidad¹¹. Algunas mujeres se sienten más atractivas cuando están embarazadas, debido probablemente a una falta de represión durante la gestación, a la no utilización de métodos anticonceptivos, el aumento de tamaño de las mamas y su actitud hacia la pareja. En este grupo de mujeres, se suele manifestar una vida sexual y de pareja mejor que en épocas pregravídicas.

Algunos de los cambios que se producen durante el embarazo, como la congestión venosa en las mamas, provocan dolor e irritación, sobre todo durante el primer trimestre. La lubricación vaginal está aumentada. Y además, en la embarazada no es infrecuente la pérdida de orina durante el orgasmo¹². En las últimas fases de la gestación, el músculo uterino se contrae de forma espástica y prolongada. La duración de estas contracciones es de 1 minuto, y pueden prolongarse hasta media hora después del orgasmo. Esta etapa, en la mujer embarazada, resulta molesta debido a que la congestión pélvica disminuye lentamente. Esto podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, un hecho manifestado por un gran número de mujeres y que constituye la causa más importante de reducción en la frecuencia coital¹¹.

La mayor parte de los estudios reflejan una disminución del deseo, la frecuencia coital, el placer y la incidencia del orgasmo. Estos cambios son más evidentes en los trimestres tercero y primero del embarazo, y menos en el segundo^{8,13}.

Objetivo principal

- Determinar la percepción de las embarazadas sobre su sexualidad.

Objetivos secundarios

- Describir las variaciones de la sexualidad durante el embarazo.
- Conocer qué factores consideraron las gestantes que influían sobre su patrón sexual.
- Conocer qué información habían recibido las gestantes.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

Emplazamiento

Participaron nueve centros del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) gestionados por dos instituciones del área del Vallès (Barcelona): la Mútua Terrassa y el Institut Català de la Salut.

Diseño

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, longitudinal, basado en un cuestionario de elaboración propia, con seguimiento prospectivo en tres visitas programadas: al inicio del embarazo y en cada trimestre.

Sujetos

La población de estudio estuvo formada por las gestantes que acudían a la consulta de la matrona para iniciar el programa habitual de control del embarazo normal. Se accedió a ellas a través de 15 matronas que se ofrecieron a colaborar. Se decidió optar por una muestra de conveniencia, incluyendo consecutivamente a todas las gestantes que reuniesen los criterios de inclusión desde el 1 de diciembre de 2009 hasta el 31 de agosto del 2011.

Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio a todas las mujeres que se encontraban en el primer trimestre de gestación y acudían para el control del embarazo normal a la consulta obstétrica, con historia clínica abierta y que no constaban como desplazadas.

Criterios de exclusión

Se excluyó a las gestantes con problemas de comunicación (barrera idiomática o problemas cognitivos o sensoriales), con embarazos de alto riesgo o con antecedentes de patología sexual previa, así como a las que iniciaron el control del embarazo en los centros de estudio a partir del segundo trimestre y a las que no aceptaron participar voluntariamente.

Variables

- Satisfacción con la propia sexualidad: fue la variable principal del estudio; se solicitó autovaloración a lo largo del embarazo, utilizando una puntuación del 1 al 10.
- Datos sociodemográficos: edad, país de origen, estudios, profesión y pareja estable.
- Datos obstétricos: abortos, prematuros, primíparas/secundíparas o más, complicaciones en embarazos y partos anteriores, y tratamientos de infertilidad.
- Actividad sexual durante el embarazo: deseo sexual y relaciones sexuales según los dominios del cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI)¹³⁻¹⁸, frecuencia de las relaciones sexuales, cambios en el deseo de la pareja, motivos que determinan cambios en la sexualidad, masturbación y evitación de relaciones sexuales.

Recogida de datos

Como instrumento para la recogida de datos, se empleó un cuestionario de elaboración propia compuesto por

cuatro secciones teóricas (datos sociodemográficos, datos clínicos, percepción sobre la propia sexualidad y percepción sobre la información recibida) y 35 variables. Tres secciones eran de diseño propio (datos sociodemográficos, datos clínicos y percepción sobre la información recibida) e incluían 21 variables¹⁴; para la sección de percepción sobre la propia sexualidad se utilizó una versión modificada y adaptada al embarazo del cuestionario FSFI¹³⁻¹⁸.

Se decidió modificar el FSFI para adaptarlo al embarazo normal, puesto que este cuestionario está validado como instrumento para discriminar entre mujeres con disfunción sexual y sin alteraciones sexuales. Las modificaciones las realizaron tres matronas con el asesoramiento de dos expertos en sexualidad (médicos obstetras) y dos expertos en elaboración de cuestionarios (médicos epidemiólogos). De los seis dominios del FSFI, se respetó completamente el dominio deseo, se modificaron parcialmente tres dominios (satisfacción, orgasmo y dolor) y se eliminaron los de excitación y lubricación. Se utilizaron 14 de los 19 ítems del cuestionario FSFI original. Se mantuvo la escala original de 0 a 5 puntos en los ítems del FSFI. A continuación se realizó una validación técnica (comprensión y pertinencia) y una prueba piloto (n= 46).

Respecto al procedimiento seguido, a las 15 matronas que aceptaron colaborar en el estudio se les ofreció información, formación específica e instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios, y además se puso a su disposición a un investigador de apoyo para resolver las dudas. Las matronas incluyeron consecutivamente a todas las mujeres que se encontraban en el primer trimestre de la gestación y acudían para control del embarazo normal a la consulta obstétrica. El cuestionario se administró en tres visitas programadas, una en cada trimestre del embarazo. El día que acudían a su matrona de referencia para el primer control del embarazo, se les ofrecía información sobre el estudio y se les proponía participar en él, se solicitaba su consentimiento informado, garantizando el anonimato y que podían abandonar el estudio si lo creían oportuno, y se les pedía que acudirían solas en el momento de realizar el cuestionario. Los datos sociodemográficos y clínicos se recogieron exclusivamente en el primer trimestre, y la percepción sobre la información recibida exclusivamente en el tercero. Del resto de variables se recogieron las percepciones en cada uno de los cuatro momentos estudiados (previo al embarazo, primer, segundo y tercer trimestre). Cada mujer respondió cuatro veces: una vez en cada trimestre, y además en el primer trimestre también se recogió la percepción de la gestante sobre su sexualidad en el año previo al embarazo. Las encuestas se cumplimentaban en las sema-

nas 8-12 (primer trimestre), 20-22 (segundo trimestre) y 34-37 (tercer trimestre). Tras explicar el cuestionario (autocumplimentado), se les ofrecía la posibilidad de responderlo en la propia consulta de la matrona o en una sala contigua por si necesitaban alguna aclaración. Si las mujeres acudían acompañadas por la pareja o familiares, se les pedía que no estuvieran presentes mientras respondían al cuestionario.

Este estudio dispuso de la conformidad de las diferentes direcciones y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Análisis de los datos

En el análisis estadístico, las variables cualitativas se expresaron como números y porcentajes, y las variables cuantitativas con medias y desviación estándar. Para la comparación de las variables cualitativas se utilizó la prueba de la ji al cuadrado y para la comparación de medias se empleó la prueba de la t de Student y el ANOVA. Para comparar la evolución de las variables cualitativas durante el embarazo se utilizó la prueba de McNemar y para las variables cuantitativas la t de Student para datos apareados. En todas las variables estudiadas los valores perdidos fueron inferiores al 3%, y no se utilizó ningún método de reemplazamiento de valores perdidos. La significación estadística se estableció en un valor de p inferior a 0,05, con un enfoque bilateral. Para los análisis estadísticos se utilizó el paquete SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Estados Unidos).

RESULTADOS

Participaron el 96% de las gestantes (n= 213) (figura 1), del total de 222 embarazadas a las que se les había propuesto participar por cumplir los criterios de inclusión; en la figura 1 se detallan las pérdidas que se produjeron durante el seguimiento. Entre los principales datos sociodemográficos de las participantes (tabla 1), cabe destacar que el 87% eran españolas (n= 184) y el 48% tenían estudios secundarios (n= 100). Todas ellas (100%) tenían pareja estable (n= 207) y un 25% habían sufrido algún aborto previo (n= 53). Puntuaron su deseo de quedarse embarazadas con una media de 7,91 puntos. Se observó una relación entre el deseo de quedarse embarazadas y el hecho de tener otros hijos (p <0,001): las primíparas puntuaron su deseo de quedarse embarazadas con una media de 0,89 puntos más que las que ya tenían hijos (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,38-1,40).

En la tabla 2 puede apreciarse la evolución de la satisfacción de la mujer con su sexualidad durante el emba-

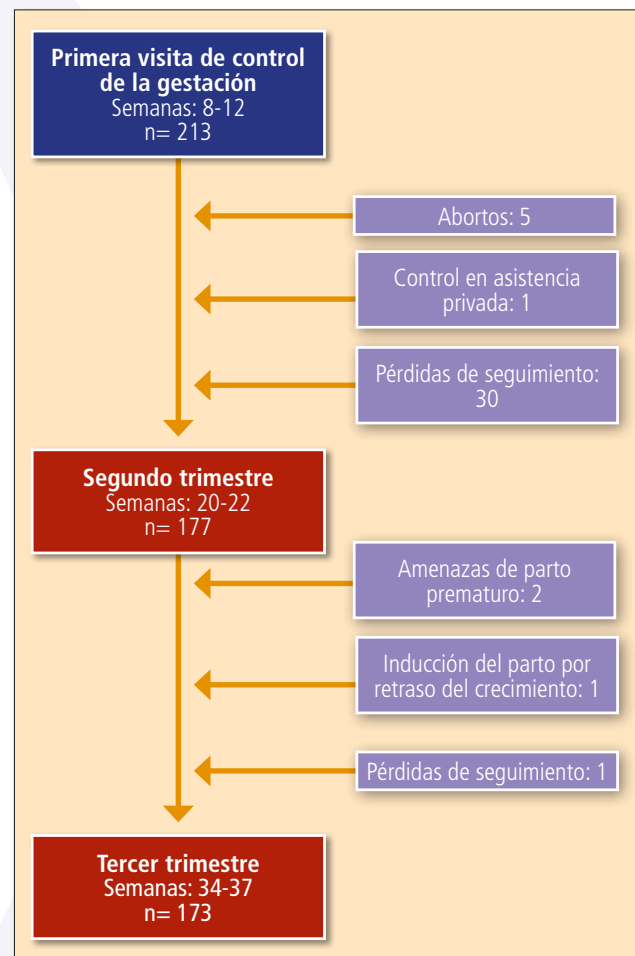


Figura 1. Representación gráfica del proceso de selección de los artículos

razo. Se detectaron variaciones en la satisfacción sexual a lo largo de la gestación. Las mujeres valoraron su satisfacción sexual durante todo el embarazo, en conjunto, con una media de 1,96 puntos menos que la que manifestaron antes de estar embarazadas (IC del 95%: 1,61-2,32). También se observó una relación entre la satisfacción con la sexualidad y el hecho de tener otros hijos (p <0,05).

Las mujeres que habían recibido tratamientos de infertilidad puntuaron su deseo de tener hijos con 1,14 puntos más que las demás (IC del 95%: 0,21-2,50). El 14% de las participantes sufrieron alguna complicación en los embarazos previos (n= 30): un 5% amenaza de aborto (n= 10), un 3% hemorragia genital (n= 7), un 2% rotura prematura de membranas (n= 4), un 1% crecimiento intrauterino retardado (n= 3) y un 3% otro tipo de complicación (n= 6). Por otra parte, no se encontró relación entre el hecho de haber tenido abortos o no y la percepción sobre la satisfacción con la sexualidad ni el deseo de tener hijos.

Tabla 1. Principales características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio (n= 213)

Características sociodemográficas	
• Edad (años)	31 ± 4 (18-43)
• Lugar de origen	
– España	184 (87%)
– Otros países europeos	6 (3%)
– Otros continentes	21 (10%)
• Estudios	
– Primarios	38 (18%)
– Secundarios	100 (48%)
– Universitarios	70 (34%)
• Situación laboral	
– Activas	179 (93%)
– Desempleadas	14 (7%)
Datos obstétricos	
• Pareja estable (n= 207)	207 (100%)
• Deseo de embarazo (n= 206)	7,91 puntos
• Abortos (n= 208)	53 (25%)
• Primíparas	112 (54%)
• Secundíparas o más	96 (46%)
• Tipo de parto anterior	
– Eutócico	59 (65%)
– Instrumentado (fórceps, <i>vacuum</i> u otros)	17 (19%)
– Cesárea	15 (16%)
• Prematuros	1 (0%)
• Complicaciones en un embarazo anterior	30 (14%)
• Tratamiento de infertilidad en embarazos anteriores (n= 208)	8 (4%)

Los resultados relativos a la percepción de las embarazadas sobre su actividad sexual se muestran en la tabla 3. Se halló una relación entre el embarazo y el deseo sexual ($p < 0,001$). Las mujeres embarazadas puntuaron el deseo sexual, de media, 1,04 veces/semana menos en el tercer trimestre del embarazo en comparación con su deseo antes de quedarse embarazadas (IC del 95%: 0,81-1,28). En el primer trimestre del embarazo disminuyó la intensidad del deseo sexual en el 44% de las mujeres ($n = 94$) con respecto al periodo previo al embarazo ($p < 0,001$). También se observó una relación entre el embarazo y la frecuencia de las relaciones sexuales ($p < 0,001$). Las mujeres embarazadas puntuaron la frecuencia de relaciones sexuales, de media, 1,11 veces/semana menos en el tercer trimestre del embarazo en

Tabla 2. Evolución durante el embarazo de la satisfacción de la mujer con su sexualidad (escala de 1 a 10 puntos)

Satisfacción	Primíparas (n= 112)	Secundíparas o más (n= 96)	Total (n= 213)
Antes del embarazo*	7,29	6,74	7,03
Primer trimestre*	5,53	4,65	5,13
Segundo trimestre	5,34	5,04	5,18
Tercer trimestre	4,36	4,20	4,28
Los tres trimestres en conjunto+.**	5,25	4,90	5,08

*Valoración global de los tres trimestres del embarazo realizada al final del tercer trimestre. * $p < 0,05$ para la comparación entre primíparas y secundíparas usando la t de Student. ** $p < 0,05$ para la comparación entre antes del embarazo y la percepción global de los 9 meses del embarazo usando la t de Student para datos pareados.

comparación con la frecuencia de relaciones antes de quedarse embarazadas (IC del 95%: 0,91-1,31).

La percepción de las participantes sobre los motivos de variación de la sexualidad durante el embarazo se muestra en la tabla 4. El 86% de las mujeres señalaron que habían experimentado variaciones de la sexualidad con el embarazo ($n = 149$), y el motivo principal fueron las molestias físicas (60% en el tercer trimestre [$n = 90$]).

En la tabla 5 se muestra la evolución durante el embarazo de otras variables relacionadas con la actividad sexual, como la masturbación y la evitación de las relaciones sexuales.

Finalmente, en cuanto a la educación sexual y maternal recibida, el 74% de las embarazadas ($n = 111$) afirmaron haber recibido información sobre la sexualidad durante el embarazo a través del personal sanitario, matrona o médico; un 21% ($n = 33$) dijo haberse informado a través de amigos o libros, pero sin llegar a recibir información específica del personal sanitario, y un 5% ($n = 7$) manifestó no haber recibido ninguna información de nadie. Por otra parte, el 51% de las mujeres que realizaron el curso de preparación maternal ($n = 89$) dijeron haber recibido durante el curso información específica sobre sexualidad.

DISCUSIÓN

La principal aportación de este estudio es que muestra, prospectivamente, los cambios experimentados en la función sexual durante el embarazo, comparándolos además con la vivencia anterior. Se observó que, en general, durante el embarazo disminuyen el deseo, la acti-

Tabla 3. Evolución de la percepción de la actividad sexual durante el embarazo

n= 213	Antes del embarazo (n= 213)	Primer trimestre (n= 213)	Segundo trimestre (n= 177)	Tercer trimestre (n= 173)
Deseo sexual: siguiendo el dominio deseo del FSFI				
Dominio deseo del FSFI*	3,93 ± 1,14 (1,2-6)	2,82 ± 1,32 (1,2-6)	3,18 ± 1,33 (1,2-6)	2,75 ± 1,15 (1,2-6)
Pregunta n.º 1 del FSFI: frecuencia del deseo*	3,08 ± 1,13 (1-5)	2,28 ± 1,10 (1-5)	2,52 ± 1,16 (1-5)	2,18 ± 1,02 (1-5)
Pregunta n.º 2 del FSFI: intensidad del deseo*	3,48 ± 1,01 (1-5)	2,42 ± 1,21 (1-5)	2,78 ± 1,21 (1-5)	2,40 ± 1,12 (1-5)
Cambios en el deseo de la pareja				
Sí**		93 (44%)	66 (37%)	85 (49%)
Aumenta		31 (36%)	17 (29%)	12 (16%)
Disminuye		55 (64%)	41 (71%)	65 (84%)
Relaciones sexuales				
Frecuencia de las relaciones (veces/sem)*	2,37	1,48	1,63	1,26
Satisfacción en el momento del alta**	203 (96%)	151 (75%)	133 (78%)	107 (63%)
Pregunta n.º 15 del FSFI: satisfacción*	4,69 ± 0,73 (1-5)	4,35 ± 1,08 (1-5)	4,05 ± 1,42 (1-5)	3,28 ± 1,79 (1-5)
Frecuencia de los orgasmos: alta-muy alta**	200 (94%)	156 (78%)	135 (79%)	107 (64%)
Pregunta n.º 11 del FSFI: orgasmo*	4,60 ± 0,78 (1-5)	4,03 ± 1,44 (1-5)	4,09 ± 1,37 (1-5)	3,53 ± 1,56 (1-5)
Sin dolor	117 (55%)	131 (64%)	83 (47%)	63 (36%)
Frecuencia del dolor: alta-muy alta**	26 (12%)	37 (19%)	50 (30%)	59 (35%)
Preguntas n.º 17 y 18 del FSFI unificadas	1,71 ± 1,03 (1-5)	1,76 ± 1,26 (1-5)	2,19 ± 1,45 (1-5)	2,46 ± 1,50 (1-5)

FSFI: Female Sexual Function Index. *p <0,001 para la comparación entre antes del embarazo y durante el tercer trimestre mediante la t de Student para datos apareados. **p <0,001 para la comparación entre antes del embarazo y durante el primer trimestre mediante la prueba de McNemar.

vidad y la satisfacción sexual. Claramente, el cambio fundamental se produce en el momento de tomar conciencia del embarazo, luego evoluciona hacia una ligera mejoría en el segundo trimestre coincidiendo con que la mujer empieza a encontrarse mejor, para volver a disminuir en el tercero.

Entre las principales causas de estos cambios, las embarazadas señalaron las molestias físicas y diversos miedos, destacando sobre todo el temor a dañar al feto. Nuestros resultados confirman que durante la gestación se producen cambios significativos en la sexualidad^{8,19-21}. Una aportación de nuestro estudio es que se efectuó un seguimiento prospectivo que incluyó y comparó la situación previa al embarazo con la evolución durante los tres trimestres en las mismas gestantes, frente a otros estudios que se realizaron sólo en el tercer trimestre²²⁻²⁴. Al establecer la comparación con la situación previa al embarazo, pudimos observar que al inicio del embarazo disminuye la satisfacción con diversos aspectos relacionados con la sexualidad, como el orgasmo y el dolor, además de la satisfacción general, que mejoró ligeramente en el segundo trimestre, para finalmente llegar a mínimos en el tercer trimestre. Coincidimos con otros autores^{23,25} en que el tercer trimestre produce

por sí mismo una disminución de la actividad sexual, aunque, en nuestra experiencia, el mayor cambio se constató al principio del embarazo.

En general, hay acuerdo en que la actividad sexual suele descender durante el embarazo y se recupera unos 6 meses después del parto^{8,19,20,26}. Algunos estudios constatan efectivamente una reducción de la función sexual, pero sin cambios en el deseo^{27,28}. En nuestros resultados la puntuación del FSFI del dominio deseo es mayor con anterioridad al embarazo (3,93) y coincide con la puntuación que obtienen en el mismo dominio del FSFI mujeres sanas no grávidas (3,97)²⁶ y mujeres a los 6 meses del posparto (3,97)¹⁹. Por tanto, en nuestro estudio se observó una disminución significativa del deseo durante el embarazo, con valores de este dominio en el FSFI de 2,82 durante el primer trimestre y de 2,75 en el tercero. Las bajas puntuaciones de nuestro estudio contrastan con los resultados de otro trabajo¹⁹, en el que el dominio deseo obtuvo 3,98 de puntuación durante el primer trimestre y 3,97 durante el tercero.

Según los resultados de este estudio, en la percepción sobre los motivos de la variación de la sexualidad durante el embarazo predominan las molestias físicas y el

Tabla 4. Percepción sobre los motivos de variación de la sexualidad durante el embarazo

n= 213	Primer trimestre (n= 213)	Segundo trimestre (n= 177)	Tercer trimestre (n= 173)
Sin variaciones en la sexualidad durante el embarazo			
	39 (19%)	43 (24%)	24 (14%)
Motivos de las variaciones			
	166 (81%)	134 (76%)	149 (86%)
Molestias físicas	64 (38%)	55 (41%)	90 (60%)
Miedo a dañar al feto	39 (23%)	25 (19%)	35 (23%)
Miedo al aborto/parto	33 (20%)	10 (7%)	11 (7%)
Miedo a dañarme	37 (22%)	23 (17%)	28 (19%)
Mi pareja tiene miedo	21 (13%)	23 (17%)	38 (25%)
Malos antecedentes en embarazos anteriores	11 (7%)	4 (3%)	4 (2,6%)
Menos atractiva	17 (10%)	26 (19%)	24 (16%)
Otros	35 (21%)	31 (23%)	20 (13%)

miedo a dañar al feto. Coincidiendo con otros estudios^{8,23,29,30}, las mujeres manifestaron temor por el bienestar del feto, temor compartido con sus parejas; según un estudio, hasta el 80% de los hombres tenían miedo de dañar al feto durante el tercer trimestre del embarazo²². Otros trabajos destacan además otras causas, como la imagen corporal²⁹, las experiencias de infertilidad y los abortos previos, y también señalan la existencia de diferencias según la etnia²⁸. Sin embargo, la actividad sexual normalmente no es causa de complicaciones durante el embarazo^{9,31,32}. Por todo ello, es importante que la matrona informe a las parejas sobre las fluctuaciones y variaciones individuales que se producen en la sexualidad, y que abra el diálogo para resolver las dudas que pueden plantearse al vivir esta etapa y para desmitificar los numerosos tabúes, ideas erróneas y miedos existentes al respecto²⁶. La falta de información adecuada sobre la sexualidad durante el embarazo y el miedo a dañar al feto pueden conducir a que se evite la actividad sexual durante el embarazo³³.

Entre las limitaciones del presente estudio destaca que, al tratarse de un tema tabú, sobre aspectos muy ín-

timos de la embarazada y su pareja, en algunas preguntas los valores perdidos superaron el 5%. Sin embargo, teniendo en cuenta lo comprometido o delicado del tema, globalmente estamos satisfechos con el porcentaje de respuestas y con la elevada colaboración de las embarazadas. La experiencia y profesionalidad de las matronas salvó esta limitación. La tasa de participación y las pérdidas de seguimiento fueron inferiores a las que se registran en otros estudios¹⁹. Cabe destacar que, incluso en el contexto de este estudio, una cuarta parte de las embarazadas tuvieron la percepción de no recibir información sobre la sexualidad durante el embarazo a través del personal sanitario, matrona o médico. Otros estudios señalan mayores porcentajes (incluso del 68%) de embarazadas y/o parejas que consideraban que nunca recibieron información de los profesionales sobre los problemas y posibilidades relacionados con una vivencia satisfactoria de la sexualidad durante el embarazo³⁴. Consideramos que el cuestionario es un instrumento útil para introducir y mejorar el consejo que ofrecen los profesionales sanitarios de referencia durante el embarazo. El conocimiento, la comprensión y el análisis de los factores que influyen sobre la sexualidad durante el embarazo pueden ayudar a mejorar los consejos que ofrecen los profesionales sanitarios en la práctica clínica^{23,28}. Para ello existen diversas estrategias^{35,36}. En general existe acuerdo en considerar que entre las funciones de los profesionales sanitarios, y especialmente de las matronas, figura la de informar y guiar anticipadamente a las embarazadas sobre los posibles efectos del embarazo y el nacimiento en la sexualidad. En este contexto, una propuesta, como se ha hecho en este estudio, sería incorporar desde el inicio en los controles del embarazo la comunicación y la discusión sobre la vivencia de la sexualidad³². Además, está la posibilidad de utilizar guías que faciliten esta labor⁸.

Otra limitación del presente estudio es que, para adaptarlo completamente al objetivo planteado, se decidió elaborar un cuestionario de diseño propio que permitiese analizar la evolución de la sexualidad durante el embarazo. Por este motivo, del cuestionario FSFI únicamente se mantuvo íntegro el dominio deseo, mientras que los dominios orgasmo, dolor y satisfacción se modificaron y los dominios de excitación y lubrica-

Tabla 5. Evolución durante el embarazo de algunas variables relacionadas con la actividad sexual

	Antes del embarazo (n= 213)	Primer trimestre (n= 213)	Segundo trimestre (n= 177)	Tercer trimestre (n= 173)
Masturbación	82 (39%)	22 (11%)	29 (16%)	34 (20%)
Evitación de las relaciones sexuales	0 (0%)	55 (26%)	40 (23%)	53 (31%)

ción se eliminaron. Eso nos ha ofrecido la ventaja de poder centrarnos en la evolución durante el embarazo de aquellos aspectos que consideramos más relevantes. Como inconveniente, hemos podido comparar los resultados del dominio deseo del FSFI con otros estudios, pero no los resultados de los demás dominios.

En conclusión, este estudio ha permitido conocer cómo varía la actividad sexual de las mujeres embarazadas. Consideramos que el cuestionario que hemos elaborado es un instrumento útil que facilita a las matronas el control del embarazo, al abordar la sexualidad en la práctica clínica como un elemento más de la salud. Durante la realización del estudio varias matronas implicadas constataron lo mucho que facilita utilizar un instrumento de estas características para poder introducir temas tabú. Es importante que el personal sanitario informe a la gestante y su pareja, desde el inicio de la gestación, sobre los cambios fisiológicos y psicológicos que pueden producirse en la sexualidad y aclarar también que la actividad sexual normalmente no ocasiona complicaciones durante el embarazo.

AGRADECIMIENTOS

A las gestantes y matronas que han participado en el estudio. Y a Patricia Vigués por la corrección del resumen en inglés.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Ginebra, 2002; 28-31.
- Arnaiz A. A propósito de la salud sexual. Boletín de Información Sexológica (BIS). 2005; 46: 4.
- Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown and Company, 1966.
- Kaplan HS. Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. Nueva York: Brunner/Mazel, Inc., 1979.
- Schnarch D. Constructing the Sexual Crucible. Nueva York: Norton and Company, 1991.
- Basson R. A model of women's sexual arousal. J Sex Marital Ther. 2002; 28(1): 1-10.
- Marina JA. Diccionario de los sentimientos. Barcelona: Anagrama, 1999; 65-72.
- Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. J Sex Med. 2011; 8(5): 1.267-84 (quiz. 1.285-6).
- Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. J Midwifery Womens Health. 2010; 55(5): 438-46.
- Ortiz González M, García Mani S, Colldeforns Vidal M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. Matronas Prof. 2010; 11(2): 45-52.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Disfunciones sexuales femeninas. Documentos de consenso SEGO. 2005; 41-109.
- Naldoni LM, Pazmiño MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. J Sex Marital. 2011; 37(2): 116-29.
- Galazka I, Dosdzol-Cop A, Naworska B. Changes in the sexual function during pregnancy. J Sex Medicine. 2015; 12(2): 445-54.
- Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Prof. 2004; 5(17): 23-9.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000; 26(2): 191-208.
- Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. Findings from a survey of Saudi women. Saudi Med J. 2014; 35(5): 482-7.
- Blümel M, Binfa E, Cataldo A, Carrasco V, Izaguirre L, Sarra C. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la función sexual de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69(2): 118-25.
- 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.
- Pauls RN, Ochino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. J Sex Med. 2008; 5(6): 1.905-22.
- Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. J Sex Med. 2007; 4(5): 1.381-7.
- Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Arch Sex Behav. 2012; 41(5): 1.241-51.
- Radoš SN, Vraneš HS, Šunjić M. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? J Sex Marital Ther. 2015; 41(3): 282-93.
- Gokylidiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. J Sex Marital Ther. 2005; 31(3): 201-15.
- Yangin HB, Eroglu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: a qualitative study. J Sex Marital Ther. 2011; 37(3): 190-205.
- Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. J Obstet Gynaecol Res. 2013; 39(6): 1.165-72.
- Prado DS, Lima RV, De Lima LM. Impact of pregnancy on female sexual function. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(5): 205-9.
- 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): 1.897-903.
- Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. J Sex Med. 2011; 8(10): 2.859-67.
- Radoš SN, Vraneš HS, Šunjić M. Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. J Sex Res. 2014; 51(5): 532-41.
- Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in Eastern Turkey. Gynecol Obstet Invest. 2004; 57(2): 103-8.
- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 2000; 107(8): 964-8.
- Williamson M, McVeigh C, Baaf M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. Midwifery. 2008; 24(1): 99-107.
- 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): 2.782-90.
- Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Sexuality of pregnant woman. Ginekol Pol. 2006; 77(9): 733-9.
- Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. Midwifery. 2011; 27(2): 195-202.
- Binfa L, Pantoja L, González H, Ransjö-Arvidson AB, Robertson E. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. Midwifery. 2011; 27(4): 417-23.