

Artículo original

El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación

Sexual desire of women throughout pregnancy

María García Mazón

Matrona. Máster en Sexología: Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico. Servicio de Partos. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias)

RESUMEN

Objetivo: Describir los cambios que se producen en el deseo sexual de la mujer durante el embarazo.

Método: Estudio cuantitativo descriptivo, longitudinal y prospectivo, a lo largo de la gestación. Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario con 23 ítems procedentes de cuestionarios validados. Para el análisis estadístico, se aplicó el test de la t de Student para medidas repetidas, con el programa JMP7.

Resultados: Se estudió una muestra de 50 mujeres. La convivencia en pareja fue muy buena durante toda la gestación, observándose que la satisfacción fue menor en el tercer trimestre que en el segundo. El deseo fue mayor en el segundo trimestre que en el primero, con una erótica, una capacidad orgásmica y una satisfacción sexual menores en el tercer trimestre.

Conclusiones: A pesar de que el deseo y la erótica disminuyeron a medida que se fue desarrollando la gestación, la satisfacción en la vida sexual se mantuvo en buenas valoraciones. El embarazo tampoco afectó a la comunicación, el respeto, la ilusión, los afectos y a compartir actividades juntos; al contrario, las gestantes refirieron estar satisfechas con su vida en pareja, y reajustaron sus expectativas sexuales y de convivencia para hacer frente a su nuevo rol de madre, manteniendo buenos niveles de satisfacción. Las matronas debemos ser receptivas a las necesidades de las gestantes en materia sexual, aportando la información necesaria para ayudarlas a vivir una sexualidad sin miedos ni preocupaciones, como fuente de satisfacción y bienestar.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Embarazo, sexualidad, sexo, conducta sexual, salud sexual, satisfacción personal.

INTRODUCCIÓN

Desde su nacimiento, cada hombre y cada mujer serán definidos como un ser sexuado, y a lo largo de las diferentes etapas de su vida irán escribiendo su propia biografía, en la que la forma de verse, de sentirse y de rela-

ABSTRACT

Objective: To describe the changes that occur in the sexual desire of women during pregnancy.

Method: A descriptive, longitudinal and prospective study of 50 women over pregnancy. A questionnaire with 23 items taken from validated questionnaires was used as data collection instrument. Statistical analysis; using the T test for repeated measures, with JMP7 program.

Results: The couple's cohabitation was very good throughout gestation, observing that coexistence satisfaction was lower in the third quarter than in the second. Eroticism decreased from the third quarter on. Desire was higher in the second quarter than in the first, orgasmic capability and sexual satisfaction were lower in the third quarter.

Conclusions: Although desire and eroticism decrease as pregnancy develops, satisfaction in their sex life remains in good rating. It does not affect communication, respect, enthusiasm, affection and sharing activities together. Moreover, pregnant women reported being satisfied with their life partner. The pregnant woman resets her sexual and coexistence expectations in order to face her new role as mother, maintaining good levels of satisfaction. Midwives must be responsive to their needs in sexual matters, providing the information necessary for practical experience of a sexuality without fear or concerns, being a source of satisfaction and well-being.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Pregnancy, sexuality, sex, sexual behaviour, sexual health, personal satisfaction.

cionarse los definirá como seres únicos e irrepetibles¹. Muchos factores influirán en su desarrollo como ser sexuado y en la forma de expresar su sexualidad y, cómo no, en una emoción tan personal como es el deseo sexual, entendido como el impulso que mueve al indivi-

Fecha de recepción: 27/08/15. Fecha de aceptación: 16/01/16.

Correspondencia: María García Mazón.
Servicio de Partos. Hospital San Agustín. Camino de Heros, s/n. 33402 Avilés (Asturias). Correo electrónico: Crimson7_66@hotmail.com

García Mazón M. El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. Matronas Prof. 2016; 17(3): 90-97.

duo a buscar experiencias sexuales o a presentarse receptivo a ellas².

La sexualidad es la manera de vivir que tiene una persona ante el hecho de ser hombre o mujer. Dicha sexualidad favorece la comunicación y las relaciones personales afectivas, y proporciona placer. El sexo se expresa de un modo distinto en las diferentes etapas de la vida¹, y el embarazo supone una etapa transformadora de esa biografía sexual, caracterizada por una expresión propia de la sexualidad de la gestante y su pareja, haciendo que dicha relación salga más fortalecida o debilitada. Durante la gestación se van a producir múltiples e importantes cambios que hemos de tener presentes, ya que muchos de ellos serán característicos e incluso definitorios de la sexualidad de la persona a lo largo de dicha etapa³.

Durante muchos años, la sexualidad de la gestante ha quedado relegada al olvido e incluso se ha tornado inexistente para el resto de la sociedad. Una muestra de ello es la falta de información que manejan algunos profesionales sobre este periodo, redundando en la falta de orientación que se transmite en algunos programas de preparación maternal y en algunas de las consultas de la matrona o del/de la tocólogo/a⁴, lo que puede generar un desconocimiento importante y ser fuente de miedos, falsos mitos e incertidumbres, e impedir que la gestante desarrolle su sexualidad de manera libre y despreocupada⁵. En un estudio de revisión bibliográfica publicado en 2009, casi la mitad de las mujeres consideraban como insuficiente la información recibida durante la gestación en este aspecto⁶. Es fundamental tener presente que cada pareja es un binomio único y especial que vivirá los cambios en la gestación de manera exclusiva y personal⁷.

Los cambios en el deseo y el comportamiento sexual se producen precozmente, en cuanto la pareja tiene conocimiento de que la mujer está embarazada. Son cambios muy variables y distintos en cada pareja, y dependen de factores físicos, emocionales y sociales. En 1972, Masters y Johnson publicaron los resultados de sus investigaciones acerca de la respuesta sexual influida por el embarazo, y demostraron que la gestación influye de forma inevitable sobre la sexualidad en la mayoría de las parejas⁸.

Tradicionalmente, se ha aceptado una disminución de la actividad sexual durante el primer trimestre de la gestación, un aumento o mantenimiento durante el segundo, y una nueva disminución durante el tercer trimestre y, sobre todo, hacia el final del embarazo. La evidencia científica de la que disponemos en la actualidad se inclina hacia una disminución del interés sexual, de la frecuencia de coitos, de la capacidad orgásmica y de la satisfacción sexual de la gestante durante todo el proceso^{9,10}.

Pocos son los estudios que han analizado dicho proceso, y la gran mayoría de ellos se han centrado en descri-

bir y cuantificar lo que hacen las parejas en cada trimestre. Muchos de estos estudios, además, se han realizado a posteriori, en el puerperio, con el sesgo de memoria que eso conlleva¹¹, por lo que consideramos que sería muy interesante realizar un «estudio continuo» en el que se analizaran los factores que influyen en el deseo sexual y la sexualidad de la gestante, el grado de satisfacción en su vida erótica y cómo se ve reflejada en la satisfacción de la vida en pareja, para conocer su erótica y amatoria, definida como la manera de expresarse a través de los actos o interacciones¹, y cómo es su respuesta sexual, definida por una secuencia de respuestas fisiológicas que suelen darse en todas las personas (medidas en el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual)².

Es fundamental que las matronas seamos conocedoras de los posibles factores que pueden influir en la expresión sexual de las gestantes, para facilitarles herramientas que las ayuden a experimentar su sexualidad de manera libre y sana.

Objetivo principal

- Describir los cambios que se producen en el deseo sexual de la mujer durante el embarazo.

Objetivos secundarios

- Conocer la erótica y amatoria presente en cada trimestre de gestación.
- Conocer las fuentes de educación sexual más habituales y el grado de interés de la gestante.
- Describir la respuesta sexual a lo largo de los tres trimestres de gestación.
- Conocer el grado de satisfacción de su vida erótica y convivencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Emplazamiento

Consultas de obstetricia del Hospital San Agustín de Avilés, hospital comarcal de nivel III, localizado en el Área Sanitaria III del Principado de Asturias.

Diseño

Estudio cuantitativo, siguiendo un método descriptivo longitudinal prospectivo.

Muestra

Todas las gestantes que acudieron a la consulta de la primera ecografía del 1 al 30 de abril de 2014 (n= 80), captadas de manera consecutiva mediante un muestreo no probabilístico, que cumplían con los criterios de inclusión.

- *Criterios de inclusión.* Estar en la semana 12 de gestación, tener un embarazo de bajo riesgo o normal, te-

ner pareja, ser heterosexual y deseo de participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión.** Tener un embarazo de alto riesgo, no tener pareja o ser homosexual/bisexual y la negativa de la gestante a participar en el estudio.

Variables del estudio

- **Variables sociodemográficas.** Edad (16-19, 20-25, 26-30, 31-35 y >35), estudios (secundaria, bachillerato, formación profesional y estudios universitarios), trabajo (sí/no), datos de ambos miembros de la pareja, tiempo de convivencia (<1 año, 1-5, 6-10, >10 años).
- **Variables independientes (obstétrico-ginecológicas).** Número de gestaciones previas (primera, más de una), abortos previos de menos de 22 semanas (sí/no), partos previos (sí/no), planificación del embarazo (sí/no).
- **Variables dependientes:**
 - **Convivencia en pareja:** comunicación, afecto, respeto, actividades que realizan juntos, ilusión y satisfacción de la vida en pareja. Cada variable se midió con una escala Likert de cinco ítems (muy mala, mala, regular, buena y muy buena).
 - **Percepción del deseo:** percepción del deseo sexual de la gestante y cómo percibe su autoimagen (aumentado, igual y disminuido).
 - **Erótica y amatoria:** besos y caricias, masajes eróticos, juegos eróticos, ropa *sexy* y disfraces, masturbación compartida e individual, coito con diferentes posturas, coito en diferentes sitios que la cama, frecuencia de coitos, relaciones finalistas, sueños eróticos (sí/no).
 - **Respuesta sexual:** deseo, excitación, orgasmo y satisfacción. Cada variable se midió con una escala Likert de 5 ítems (muy mala, mala, regular, buena y muy buena).
 - **Educación sexual:** miedos e importancia de la sexualidad en la gestación (sí/no), fuentes de información (familia, amigas, médico de atención primaria, matrona, obstetra o internet), y el deseo de información en las clases de preparación maternal (sí/no).

Instrumentos para la recogida de datos

Un cuestionario con 23 preguntas, de tipo sociodemográfico, obstétrico-ginecológico, preguntas de los cuestionarios Female Sexual Function Index (FSFI) ($\alpha=0,82$; CCI= 0,79-0,86)¹² y Función Sexual de la Mujer (FSM) ($\alpha=0,89$; CCI= 0,9498)¹³.

Procedimiento

Captación en la consulta de la primera ecografía, donde se conduce sola a la gestante a una sala anexa. Tras la firma del consentimiento informado, la autora les facilita la primera encuesta, recogéndola personalmente una vez finalizada. El estudio continúa en la consulta de la

segunda ecografía a las 20 semanas, donde en la sala anexa cumplimentarán la segunda encuesta, que es igual que la primera pero sin las variables sociodemográficas. La finalización de la recogida de datos es a las 33 semanas con la tercera encuesta, similar a la segunda.

Análisis estadístico

Las características demográficas se describen mediante frecuencias y porcentajes. El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico JMP7, aplicando el test de la t de Student para medidas repetidas en las variables cuantitativas continuas y aceptando un nivel de significación de $p < 0,05$. Para las variables cualitativas nominales se realizó un estudio descriptivo en cada trimestre, presentando resultados en frecuencias y porcentajes.

Los datos fueron tratados de forma confidencial según los principios de la bioética en investigación con seres humanos y la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal. Este estudio se ha realizado con la aprobación de la Dirección Médica de Atención Sanitaria del Área III y del comité de ética e investigación correspondiente.

RESULTADOS

Características de las gestantes

La muestra inicial estaba formada por 53 mujeres que cumplían los criterios de inclusión. A lo largo del estudio se produjeron 3 pérdidas por motivos personales, de modo que la muestra acabó siendo de 50 gestantes.

Un 64% (n= 32) de las mujeres tenían entre 26 y 35 años (tabla 1).

Convivencia en pareja

- «Comunicación» (sin significación estadística): un 62% (n= 31) de las gestantes le otorgaron una valoración de «muy buena» en el tercer trimestre.
- «Afecto» (sin significación estadística): un 80% (n= 40) de las gestantes le otorgaron una valoración de «muy bueno» en el primer trimestre.
- «Respeto» (sin significación estadística): un 84% (n= 42) lo valoraron como «muy bueno» en el segundo trimestre.
- «Realización de actividades juntos» (sin significación estadística): la respuesta más frecuente fue «muy buena», con un 48% (n= 24) en el primer trimestre.
- «Ilusión» (sin significación estadística): un 86% (n= 43) de las gestantes la valoraron como «muy buena» en el tercer trimestre (tabla 2).
- «Satisfacción de la vida en pareja» (con significación estadística): fue menor en el tercer trimestre con respecto al segundo (tabla 2).

Tabla 1. Características de las gestantes y sus parejas

| | | Gestante | Pareja |
|-----------------------|-----------------------|-------------|-------------|
| Edad | 16-19 años | 2% (n= 1) | 0% (n= 0) |
| | 20-25 años | 8% (n= 4) | 4% (n= 2) |
| | 26-30 años | 32% (n= 16) | 18% (n= 9) |
| | 31-35 años | 32% (n= 16) | 38% (n= 19) |
| | >35 años | 26% (n= 13) | 40% (n= 20) |
| Estudios | Secundaria | 20% (n= 10) | 18% (n= 9) |
| | Bachillerato | 18% (n= 9) | 8% (n= 4) |
| | Formación profesional | 18% (n= 9) | 46% (n= 23) |
| | Universitarios | 44% (n= 22) | 28% (n= 14) |
| Trabajo | Sí | 72% (n= 36) | 94% (n= 47) |
| | No | 28% (n= 14) | 6% (n= 3) |
| Tiempo de convivencia | <1 año | 10% (n= 5) | |
| | 1-5 años | 44% (n= 22) | |
| | 6-10 años | 30% (n= 15) | |
| | >10 años | 16% (n= 8) | |
| Parejas previas | Sí | 54% (n= 27) | |
| | No | 46% (n= 23) | |
| Número de gestación | Primera | 52% (n= 26) | |
| | Segunda o más | 48% (n= 24) | |
| Abortos | Sí | 32% (n= 16) | |
| | No | 68% (n= 34) | |
| Partos previos | Sí | 36% (n= 18) | |
| | No | 64% (n= 32) | |
| Embarazo planificado | Sí | 84% (n= 42) | |
| | No | 16% (n= 8) | |

En la pregunta «qué mejorarían en su relación», en los tres trimestres la respuesta más frecuente fue «pasar más tiempo junto a sus parejas» (hasta en un 44%; n= 22), seguido de «ningún cambio» (hasta un 30%; n= 15).

La «colaboración en tareas» también fue una de las opciones más elegidas, llegando hasta un 20% (n= 10).

La valoración más frecuente durante la gestación fue la de «muy buena», llegando a un 60% (n= 30).

El deseo y la erótica en la gestación

Las participantes valoraron la «autopercepción del deseo» como «disminuido» (50%; n= 25) durante el primer trimestre; en el segundo trimestre la opción más escogida fue la de «igual» (50%; n= 25), y en el tercer trimestre de nuevo la de «disminuido» (66%; n= 33).

La «percepción del deseo en sus parejas» se mantuvo «igual», con un 72% (n= 36), un 62% (n= 31) y un 60% (n= 30) en cada trimestre, respectivamente.

En el transcurso de la gestación la valoración de su «imagen» se fue modificando, siendo «igual» en el pri-

mer trimestre (50%; n= 25), mientras que en el segundo y tercer trimestre fue «menos atractiva» en un 42% (n= 21) y un 62% (n= 31), respectivamente.

Con respecto a la «erótica» se obtuvieron distintas frecuencias y porcentajes (tabla 3). La frecuencia de los «coitos» se valoró en general como «disminuida» en la mayor parte de la gestación, llegando esta valoración al 74% (n= 37) para el último trimestre. A la pregunta de si las relaciones con penetración podrían perjudicar al embarazo, la gran mayoría contestó que no tenían miedos al respecto, llegando esta valoración al 90% (n= 45) de las respuestas.

La respuesta sexual en la embarazada

- El «deseo» (con significación estadística) fue mayor en el segundo trimestre con respecto al primero. La valoración más frecuente fue de «regular» para toda la gestación, llegando al 38% (n= 19) en el tercer trimestre.
- La «excitación» (sin significación estadística) tuvo una valoración de «buena» y «regular», con un 28% (n= 14) para ambos en el primer trimestre. En el segundo trimestre, la valoración de «buena» alcanzó un 40% (n= 20), para finalizar en el tercer trimestre con una valoración de «regular» en un 32% de las participantes (n= 16).
- En cuanto al «orgasmo» (con significación estadística), la respuesta más habitual fue la de «menor» en el tercer trimestre con respecto al primero, y lo mismo ocurrió en la comparación del tercero con el segundo. En cuanto a las frecuencias de las respuestas, la valoración «muy buena» destacó con un 34% (n= 17) y un 32% (n= 16) en el primer y segundo trimestre, respectivamente. En el tercer trimestre la valoración de «muy buena» se igualó con la de «regular» y «muy mala», obteniendo un 24% (n=12) de las respuestas para las tres valoraciones.
- «Satisfacción sexual» (con significación estadística): en el tercer trimestre fue «menor» que en el primero; asimismo, esta significación también la encontramos en la comparación del tercero con el segundo trimestre. En cuanto a la valoración realizada por las gestantes, se pudo ver que la más frecuente fue la de «muy buena», con un 38% (n= 19) y un 36% (n= 18) en el primer y segundo trimestre, respectivamente. En el tercer trimestre la más habitual fue la de «buena», con un 24% (n= 12) (tabla 4).

Educación sexual en la gestante

Con respecto a la «importancia de la sexualidad» durante el embarazo, las gestantes mostraron interés por su vida sexual durante los tres trimestres, llegando a un 86% (n= 43) en el segundo trimestre. Otro punto interesante era conocer las fuentes de información sexual y el interés por recibir «educación sexual en el embarazo» (tabla 5).

Tabla 2. Análisis estadístico para las variables de la convivencia en pareja, comparando entre los tres trimestres

| | Segundo-primero trimestre | Tercer-primero trimestre | Tercer-segundo trimestre |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Comunicación | t= 0; p >0,1 | t= -0,5; p >0,1 | t= -0,5; p >0,1 |
| Afecto | t= -0,19; p >0,1 | t= -1,1; p >0,1 | t= -1,09; p >0,1 |
| Respeto | t= 1,29; p <0,09 | t= 0; p >0,1 | t= -1,1; p >0,1 |
| Actividades juntos | t= 1,19; p >0,1 | t= 0,63; p >0,1 | t= -0,6; p >0,1 |
| Ilusión | t= 1,23; p >0,1 | t= 0,66; p >0,1 | t= -0,4; p >0,1 |
| Satisfacción con la convivencia | t= 1,41; p <0,08 | t= -1,42; p <0,07 | t= -3,35; p <0,0008* |

*Significación estadística.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la erótica en la gestación

| | | Primer trimestre | Segundo trimestre | Tercer trimestre |
|-------------------------------|----|------------------|-------------------|------------------|
| Besos y caricias | Sí | 48 (96%) | 49 (98%) | 47 (94%) |
| | No | 2 (4%) | 1 (2%) | 3 (6%) |
| Masajes eróticos | Sí | 17 (34%) | 15 (30%) | 15 (30%) |
| | No | 33 (66%) | 35 (70%) | 35 (70%) |
| Juegos eróticos | Sí | 5 (10%) | 6 (12%) | 6 (12%) |
| | No | 45 (90%) | 44 (88%) | 44 (88%) |
| Ropa sexy | Sí | 5 (10%) | 2 (4%) | 3 (6%) |
| | No | 45 (90%) | 48 (96%) | 47 (94%) |
| Masturbación compartida | Sí | 25 (50%) | 30 (60%) | 24 (48%) |
| | No | 25 (50%) | 20 (40%) | 26 (52%) |
| Masturbación individual | Sí | 11 (22%) | 16 (32%) | 17 (34%) |
| | No | 39 (78%) | 34 (68%) | 33 (66%) |
| Coito en diferentes posturas | Sí | 27 (54%) | 35 (70%) | 20 (40%) |
| | No | 23 (46%) | 15 (30%) | 30 (60%) |
| Coito en la misma postura | Sí | 24 (48%) | 26 (52%) | 19 (38%) |
| | No | 26 (52%) | 24 (48%) | 31 (62%) |
| Diferentes sitios que la cama | Sí | 18 (36%) | 25 (50%) | 14 (28%) |
| | No | 32 (64%) | 25 (50%) | 36 (72%) |
| Sueños eróticos | Sí | 15 (30%) | 27 (54%) | 26 (52%) |
| | No | 35 (70%) | 23 (46%) | 24 (48%) |
| Encuentros con penetración | Sí | 33 (66%) | 39 (78%) | 22 (44%) |
| | No | 17 (34%) | 11 (22%) | 28 (56%) |

DISCUSIÓN

El embarazo constituye un periodo crucial en la vida de la pareja, por lo que se deben tener en cuenta los distintos aspectos de la «convivencia» que pueden verse afectados y que, en muchas ocasiones, pueden determinar ciertas modificaciones del deseo y la sexualidad de la mujer en la gestación. Hay pocos estudios que valoren este periodo¹⁴. La mayoría de los estudios se han lleva-

do a cabo fuera de la gestación, y muestran que tanto en mujeres como en varones emparejados el aumento del deseo y la satisfacción sexual se asocian a variables como la satisfacción general de pareja, la expresión afectiva, la satisfacción respecto a la comunicación, la percepción de competencia marital o el sentimiento de equidad en el ámbito de la pareja^{15,16}. En este estudio no hubo significación estadística para la expresión de

Tabla 4. Análisis estadístico para las variables de la respuesta sexual en la gestación, comparando entre los tres trimestres

| | Segundo-primer trimestre | Tercer-primer trimestre | Tercer-segundo trimestre |
|--------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Deseo | t= 1,67; p <0,0497* | t= 0,62; p >0,1 | t= -1,15; p >0,1 |
| Excitación | t= 1,31; p <0,09 | t= -0,09; p >0,1 | t= -1,49; p <0,07 |
| Orgasmo | t= 1,05; p >0,1 | t= -2,3; p <0,0103* | t= -3,31; p <0,0009* |
| Satisfacción | t= 1,35; p <0,09 | t= -2,81; p <0,0035* | t= -4,28; p <0,0001* |

*Significación estadística.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes en cuanto a educación sexual y fuentes de información

| | | Primer trimestre | Segundo trimestre | Tercer trimestre |
|------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Importancia | Sí | 39 (78%) | 43 (86%) | 40 (80%) |
| | No | 11 (22%) | 7 (14%) | 10 (20%) |
| Fuentes de información | Familia | 4 (8%) | 3 (6%) | 2 (4%) |
| | Amigas | 16 (32%) | 18 (36%) | 22 (44%) |
| | Médico de atención primaria | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | Matrona | 8 (16%) | 9 (18%) | 14 (28%) |
| | Obstetra | 2 (4%) | 0 (0%) | 1 (2%) |
| | Internet | 11 (22%) | 11 (22%) | 8 (16%) |
| | Otros | 9 (18%) | 9 (18%) | 3 (6%) |
| Educación sexual | Sí | 37 (74%) | 38 (76%) | 38 (76%) |
| | No | 13 (26%) | 12 (24%) | 12 (24%) |

afectos, las actividades juntos y la ilusión. En cuanto al «respeto», se ha constatado un aumento en el segundo trimestre con respecto al primero. Ello puede deberse a las molestias y cambios emocionales que acompañan en este primer trimestre a algunas gestantes, lo que puede interferir en la convivencia¹⁷. Otros estudios mostraron que los cambios somáticos no influían en la relación de pareja, y en cambio los conflictos maritales y los cambios emocionales sí tenían un efecto determinante¹⁸. En «la satisfacción de la vida en pareja» se observó que el segundo trimestre es mucho más satisfactorio que el tercero. Quizá la tranquilidad que caracteriza a este segundo trimestre, con menos molestias y cansancio que en el tercero, haga que la pareja esté más unida y que los cónyuges tengan más complicidad¹⁷.

Al analizar la «autopercepción del deseo» de la gestante en nuestro estudio, observamos que estuvo disminuida en el primer trimestre (50%), se mantuvo igual en el segundo (50%) y disminuyó aún más en el tercero (66%). Estos datos coinciden en parte con los de otros estudios realizados en España, en los que se observa una disminución del deseo en el segundo trimestre, llegando incluso a observar descensos más llamativos (de hasta un 75,5%) en el tercero^{9,10}. Sin embargo, en estudios realizados en la

República Dominicana se observó un aumento en el segundo trimestre de hasta un 75%¹⁹. La mayoría de estudios fueron transversales, obteniendo resultados de descenso en la percepción del deseo de la gestante²⁰.

«La percepción del deseo en las parejas de las gestantes» se mantuvo igual en los tres trimestres (72, 62 y 60%, respectivamente), observándose el mismo resultado en varios estudios de Canadá y Portugal^{21,22}. Tampoco se modificaba la iniciativa masculina en los encuentros, y encontraban el mismo atractivo en su pareja embarazada²²; en otros estudios, la percepción del deseo en ellos era incluso mayor (llegando a un 64,86%^{9,19,23}) hasta que terminaba el segundo trimestre de gestación, momento en el que se hacía evidente un descenso²³. Algunos hombres encuentran muy estimulante el cuerpo de su mujer embarazada, y muestran un aumento del deseo, lo que probablemente se deba al acercamiento emocional, a la intimidad y a la felicidad que proporciona la gestación deseada²³. Bartellas et al. observaron que 1 de cada 5 mujeres se sentía presionada a tener relaciones con su pareja²². Con respecto a la «imagen», en el primer trimestre del estudio las gestantes se veían igual (50%), mientras que en el segundo y el tercero se encontraban menos atractivas (42 y 62%, respectiva-

mente), resultados que coinciden con los de otros estudios⁹, aunque otros autores constataron que las gestantes se encontraban «más atractivas», con un 56,9%²².

Algunas de las modificaciones en el deseo y el interés sexual de las gestantes se pueden dar como resultado de esos cambios producidos en su apariencia física, sobre todo en la sociedad en la que vivimos, que potencia los cuidados físicos y exalta la belleza y la armonía corporal. En su estudio, McEwan observó que un 70% de las gestantes estaban descontentas con su apariencia física²⁴.

Sobre la «erótica y amatoria» (no coital), en nuestro estudio hubo una disminución a lo largo de la gestación, sobre todo en el primer y tercer trimestre, lo que coincide con los datos de otros autores^{6,10}. En el segundo trimestre, muchas parejas que tuvieron un aumento del deseo fueron más creativas en sus encuentros, con caricias, juegos eróticos, fantasías y otras formas de dar placer mutuo²⁵. Los masajes, juegos y ropa erótica y la masturbación individual de la gestante no fueron prácticas frecuentes entre las encuestadas (prácticas que sí podemos observar en otros estudios previos)^{9,10,21}. La masturbación compartida estuvo presente en el primer trimestre y aumentó en el segundo, pero disminuyó en el tercero (50, 60 y 48%, respectivamente). En otros estudios esta práctica tiende a disminuir de forma paulatina⁶.

Los sueños eróticos aumentaron a partir del segundo trimestre (30, 54 y 52%, respectivamente); en otros estudios transversales, en cambio, se mantuvieron constantes (en torno al 45% de las encuestadas)^{9,22}. En las «relaciones coitales», la percepción en las gestantes de este estudio fue de disminución en el primer y tercer trimestre (68 y 74%, respectivamente), mientras que en el segundo referían mantenerse igual (48%); otros autores también comparan la disminución progresiva de encuentros coitales a lo largo de toda la gestación, incluyendo el segundo trimestre y siendo más marcado en el tercero^{9,10,19,22}. Con respecto a los «miedos» en las relaciones con penetración, la gran mayoría de las gestantes no tenían miedos (80, 90 y 84%, respectivamente), datos que sólo coinciden en parte con los de otros autores, en cuyos estudios las gestantes especifican más esos miedos, como miedo al parto pretérmino, rotura prematura de membranas, infecciones o sangrados^{9,21,22,25}. En un estudio realizado en Nigeria²⁶, las mujeres estaban convencidas de que tener relaciones con penetración durante la gestación dilataba la vagina y facilitaba el parto. En Irán, en cambio, las mujeres creían que causaba ceguera y la ruptura del himen en los fetos de mujeres. Esto demuestra la gran influencia que tiene la cultura sobre las creencias de la sociedad, y que un mismo acto pueda ser concebido como beneficioso o terrible²¹.

En la descripción de la «respuesta sexual de la gestante», se observó que el «deseo» fue mayor en el segundo

trimestre que en el primero. Por lo general, el deseo, en otros estudios que usaron el FSFI, también fue decreciendo a lo largo de la gestación, incluso en el segundo trimestre^{19,27}. La «excitación» también tuvo una tendencia a la baja, datos que coinciden con los de otros estudios^{19,27}. En cuanto al «orgasmo», en el tercer trimestre fue «menor» que en el primero y el segundo; estos resultados a la baja también se observaron en otros estudios^{19,27}. También la «satisfacción sexual» disminuyó en el tercer trimestre comparado con el primero y el segundo, obteniendo una satisfacción máxima en el segundo trimestre. Este resultado también puede observarse en otras investigaciones^{19,27}.

Si nos centramos en la importancia que las gestantes dan a su vida sexual, podemos comprobar que la gran mayoría la consideran importante, sobre todo en el segundo trimestre (78, 86 y 80%, respectivamente); otros estudios transversales obtienen un porcentaje incluso mayor, de hasta un 94%⁹.

Las «fuentes de información» acerca de la sexualidad en el embarazo fueron muy diversas. Las más habituales en el primer y segundo trimestre fueron las amistades e internet, mientras que en el tercer trimestre, además de las amigas, cabe destacar la presencia de la matrona, con un 28% de las respuestas. Probablemente este resultado del tercer trimestre sea debido a la cercanía de las matronas en esta fase final de la gestación, durante el programa de preparación maternal. Las fuentes menos habituales fueron los profesionales sanitarios (médico de atención primaria y obstetra). En otros estudios, se observó que hasta un 12% de las gestantes no habían recibido ni poseían ningún tipo de información al respecto¹⁰. Ante la pregunta de si les gustaría recibir «educación sexual» en las clases de preparación maternal de su matrona, la gran mayoría de las participantes dijo que sí (74, 76 y 76%, respectivamente); otros estudios transversales, en los que se especifica menos la fuente de información sexual, llegan a porcentajes del 95%⁹.

Como limitación de este estudio se destaca que sería interesante la participación de las parejas de las gestantes, puesto que los resultados relativos a la relación y el deseo fueron obtenidos sólo desde la percepción de las embarazadas. Los resultados se refieren únicamente a esta muestra de población específica, y no pueden ser extrapolados al resto de la población gestante, por ejemplo a casos de gestaciones de riesgo. Sería necesario ampliar el estudio a una muestra más amplia de gestantes. Nos encontramos ante un fenómeno de estudio muy personal y complejo, por lo que sería muy interesante aportar una perspectiva más subjetiva de la gestante a través de la metodología cualitativa, lo que nos permitiría tener una visión más completa.

CONCLUSIONES

A lo largo de la gestación se produce un detrimento del deseo y la erótica; aun así, eso no parece influir notablemente en la satisfacción sexual y la convivencia, percibiéndose incluso un buen compromiso en la relación de pareja. Asimismo, podemos afirmar que, aun teniendo una convivencia satisfactoria, con una muy buena valoración en la comunicación, el afecto, el respeto, la ilusión, etc., el deseo y la erótica disminuyen en la gestación de manera inevitable. En cualquier caso, esta disminución del deseo no se debe a causas relacionadas con la convivencia, sino más bien a los reajustes que la gestante hace para afrontar el nuevo rol de madre, con lo que el rol de amante se difumina hasta que dicho papel de madre sea más estable y seguro.

Hay un punto fundamental, y es la escasa información que muchas parejas manejan acerca de su sexualidad y de los cambios que se producen durante la gestación; y más preocupante aún es que la principal fuente de información que manejan las gestantes sean sus amistades e internet.

Es necesario que las matronas seamos más receptivas a las necesidades de estas mujeres en materia sexológica, aportando la información necesaria para cada momento del proceso, ya sea a través de talleres específicos de trabajo con las parejas o más individualmente en la consulta. Sería muy enriquecedor que facilitaríamos a la mujer el reencuentro con su cuerpo cambiante, con su piel como fuente de placer, mostrándoles que el coito es un complemento más en las relaciones sexuales y no un fin en sí mismo. Debemos facilitarles herramientas para derribar esos muros que impiden que el deseo aflore, y si el deseo no aflora una vez derribados hacerles ver que puede ser factible su ausencia en ese momento de su proceso vital.

Como reflexión final, sólo añadir que sería adecuado potenciar la formación de las matronas en sexualidad, por ser uno de los profesionales de referencia de las mujeres a lo largo de su vida reproductiva. Al lado de una mujer, siempre debería haber una matrona.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer la colaboración en este estudio de todas las gestantes que tan amablemente invirtieron unos minutos de su tiempo en la realización de las tres encuestas. También quiero mostrar mi agradecimiento a la dirección del hospital, por permitirme la realización del estudio en sus instalaciones, al personal de las consultas de obstetricia del Hospital San Agustín de Avilés, auxiliares de enfermería, enfermeras, obstetras y a mis compañeras de paritorio. Y finalmente, a Daniel Martínez Rodríguez por ayudarme en el laborioso mundo de la estadística.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáez JS. Sexo básico: de los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez. Madrid: Editorial UCJC, 2010.
2. Kaplan H. La nueva terapia sexual 1. Madrid: Medicina y Salud Alianza Editorial, 2002.
3. Martinotti AR, Sebastiani M. Sexualidad y embarazo: el embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. *Intra Med J.* 14 de agosto de 2002. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=20022> (último acceso: 26 de agosto de 2014).
4. Serati M. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sexual Med.* 2010; 7(8): 2.782-90.
5. Millheiser L. Female sexual function during pregnancy and postpartum. *J Sexual Med.* 2012; 9(2): 635-6.
6. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009; 110(7): 427-31.
7. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC/533/Embarazo/AETSA/compl.pdf> (último acceso: 10 de diciembre de 2014).
8. Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana. Buenos Aires: Intermédica, 1972.
9. Piñero S, Alarcos G, Arenas MT. Characteristics and modifications of the sexuality during pregnancy. *Nure Investigación.* 2011; 8(50).
10. Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global.* 2013; (32): 362-70.
11. Rocha J, Monteiro N, Mendes L. Original research: women's sexual health. *J Sex Med.* 2009; 7: 136-42.
12. 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. *Sex Marital.* 2000; 26: 191-208.
13. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria.* 2004; 24(6): 286-92.
14. Sagiv-Reis DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 2012; 41: 1.241-51.
15. Henderson-King DH, Veroff J. Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *J Social Personal Relationships.* 1994; 11(4): 509-34.
16. Masters W, Johnson V, Kolondy R. EROS: Los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo, 1996.
17. Ganem M. La sexualité du couple pendant la grossesse. París: Éditions Filipacchi, 1992.
18. Mordecai Robson K, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *BJOG.* 1981; 88(9): 882-9.
19. Veras Castillo ER, De La Cruz Roque AC. Respuesta sexual por trimestre durante el embarazo. *Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas (ADOERBIO).* 2004; 64(3).
20. Tosun F, Gördeles N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med.* 2014; 11: 146-53.
21. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010; 7(1): 136-42.
22. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obst Gynecol.* 2000; 107: 964-8.
23. Sagiv-Reis DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 2012; 41: 1.241-51.
24. McEwan E. Women's feelings about the figure change in pregnancy. In McNall LK, Galunde DT, eds. *Current Practice in Obstetric and Gynecologic Nursing.* St. Louis: C.V. Mosby, 1976; 26.
25. Polomero V. Sex and pregnancy: a perinatal educator's guide. *J Perinatal Educ.* 2000; 9(4): 15-27.
26. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1995; 35(3): 290-3.
27. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2004; (17): 154-7.