



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**LA SEXUALIDAD
DURANTE EL EMBARAZO**

Autor/a: Beatriz Polo Lucas

Director/a: Silvia Cintrano de la Torre

Madrid

2022/2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN -----	5
2. SEXUALIDAD -----	6
2.1. Sexualidad humana -----	6
2.2. Evolución de la sexualidad -----	7
3. EMBARAZO -----	8
3.1. Cambios físicos -----	8
3.2. Cambios hormonales -----	10
3.3. Cambios psicológicos o emocionales -----	12
4. RELACIÓN SEXUALIDAD- EMBARAZO -----	15
4.1. Cambios en cada trimestre del embarazo y su relación con la sexualidad --	15
○ <i>Primer trimestre</i>	
○ <i>Segundo trimestre</i>	
○ <i>Tercer trimestre</i>	
4.2. Mitos de la sexualidad en el embarazo -----	19
4.3. La pareja -----	22
4.4. Beneficios de la sexualidad sana durante el embarazo -----	24
5. DISCUSIÓN -----	25
6. CONCLUSIÓN -----	27
7. BIBLIOGRAFÍA -----	28

Resumen:

Esta revisión bibliográfica se realiza con el propósito de aportar el conocimiento existente sobre la experiencia de la sexualidad durante el embarazo, especialmente se centra en la vivencia de la mujer gestante y futura madre.

Para ello, se analizará la sexualidad humana mencionando sus particularidades. Se explorará cómo ha evolucionado a lo largo de la historia, llegando a cómo se conoce hoy en día. Por otro lado, se estudiará el embarazo y los cambios físicos, hormonales y psicológicos que se van produciendo en la gestante. En este punto se abordará especialmente la ansiedad y la depresión. Además, se comentarán algunos de los factores que influyen en este proceso favoreciendo o perjudicando la vivencia del embarazo, asociándolo también a la calidad de sus relaciones íntimas.

Una vez revisada la sexualidad y el embarazo, se explorará su relación. Se comenzará estudiando cómo los cambios que sufre la mujer, mencionados en el punto anterior, influyen en la vivencia de la sexualidad en función del primer, segundo o tercer trimestre de la gestación. Se argumentará la importancia que tiene el papel de la pareja durante este proceso, rompiendo con los estigmas y con la visión tan negativa que se tiene de la sexualidad. A continuación, se explorarán cuáles son algunos de los mitos más comunes sobre este asunto y se desmentirán todos ellos, explicando el verdadero efecto que tiene la intimidad y el sexo durante la gestación. Por último, se comentarán tanto los beneficios de tener relaciones sexuales en este proceso como los aspectos positivos que aporta la sexualidad en general en el ser humano.

Palabras clave: Embarazo, madre, bebé, pareja, sexualidad, cambios, mitos.

ABSTRACT:

This bibliographic review is carried out with the purpose of contributing the existing knowledge on the experience of sexuality during pregnancy, especially focusing on the experience of the pregnant woman and mother-to-be.

To this end, human sexuality will be analyzed and its particularities will be mentioned. It will be explored how it has evolved throughout history, reaching the way it is known today. On the other hand, pregnancy and the physical, hormonal and psychological changes that occur in the pregnant woman will be studied. At this point, anxiety and depression will be specially addressed. In addition, some of the factors that influence this process will be discussed, favoring or harming the experience of pregnancy, also associating it to the quality of their intimate relationships.

Once sexuality and pregnancy have been reviewed, their relationship will be explored. We will begin by studying how the changes that the woman undergoes, mentioned in the previous point, influence the experience of sexuality depending on the first, second or third trimester of pregnancy. We will argue the importance of the role of the couple during this process, breaking with the stigmas and the negative view of sexuality. Next, some of the most common myths about this issue will be explored and disproved, explaining the true effect of intimacy and sex during pregnancy. Finally, both the benefits of having sex during this process and the positive aspects that sexuality in general brings to the human being will be discussed.

Key words: Pregnancy, mother, baby, couple, sexuality, changes, myths.

Introducción

La sexualidad es innata en todo ser humano, se nace con ella y con la necesidad instintiva de descargar tensiones o energías sexuales. Sin embargo, cierta parte de ella es aprendida a través de la sociedad en la que cada persona se desarrolla, donde se instauran unas determinadas normas y patrones de conducta a seguir. Esta cuestión genera en algún momento de la vida del ser humano una dificultad, ya que sentirá que las necesidades sexuales instintivas no concuerdan con las necesidades que ha aprendido en su cultura. Será la forma de manejar esta contradicción lo que marque la manera de vivir su sexualidad (Bantman, 1998).

Para la de mayoría de las mujeres ese momento en el que la cuestión anterior genera una dificultad, es el embarazo. Ya que es un hito que marca sus vidas, donde la madre ya no podrá pensar sólo en sí misma, sino que comenzará a pensar en “nosotros”, es decir en ella y en su futuro hijo o hija (Maldonado-Durán et al. 2008).

Es por esto, que una mujer embarazada se ha considerado siempre un individuo asexuado, caracterizada por presentar una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante la gestación. Se conoce que en algunas ocasiones las embarazadas presentan sentimientos de culpa al sentir deseos sexuales, debido a que han recibido una educación censora en la que no se aprueba la sexualidad en general y mucho menos la sexualidad durante el periodo del embarazo (Huayanca Hernández, 2017).

A pesar de que la sexualidad sea algo innato en el ser humano, frecuentemente ha sido ignorada a lo largo de la historia. Incluso en algunas ocasiones también ha sido desatendida por parte de los sanitarios, los cuales no han sido lo suficientemente claros ni explícitos sobre alguna indicación respecto al cambio de la actividad sexual ante las embarazadas, o les han impuesto arbitrariamente períodos de abstinencia, sin justificación médica. Esto provoca en las gestantes un estado de confusión y ansiedad, el cual probablemente acabe perjudicando a su salud y alterando su relación de pareja, en la que se limitará o disminuirá el contacto sexual, o directamente se anulará por completo (Huayanca Hernández, 2017).

En esta línea Mock (2005), argumenta que las sociedades nos mandan mensajes contradictorios sobre la sexualidad. Por un lado, en ámbitos como la escuela o en la familia el tema sexual es tabú. Pero, por otro lado, hay una elevada exposición de aspectos sexuales en los medios de comunicación. Esto acaba generando en las personas ambivalencia o desconcierto frente al sexo, acentuándose esta problemática en el caso de las mujeres embarazadas.

Esta controversia, fue la cuestión y la motivación para investigar acerca de este tema tan interesante, queriéndose resolver el enigma que se planteaba al principio ¿Es cierto que la mujer embarazada es un ser asexuado durante este periodo?

Es por ello, que el objetivo de este trabajo se trata de desmentir o de validar algunos de los mitos más comunes sobre la sexualidad en el embarazo, de conocer si la sexualidad en este periodo aporta algún tipo de beneficio y de explorar cómo los cambios físicos, psicológicos y hormonales de la mujer gestante afectan sobre su actividad sexual.

La sexualidad

La sexualidad humana

La sexualidad es definida por la Organización Mundial de la Salud como un conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, emocionales y conductuales que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo a lo largo de su vida (OMS, 2011).

Según las investigaciones de Freud (1900), el comportamiento sexual va más allá de los genitales. Este autor considera que las zonas erógenas donde se tienen las primeras experiencias de placer sexual en la infancia son válidas y necesarias para el desarrollo de la personalidad y no son cosas perversas o dañinas.

Es por ello que en este trabajo se hablará de “la sexualidad sana”, que se definiría como la habilidad que tiene el ser humano de tener un espacio íntimo de

carácter sexual y también emocional o psicológico, sumado a la capacidad de disfrutar corporalmente del placer sexual con la pareja (Zolbrod, 2000).

La sexualidad es una característica del ser humano. En esta línea Mock (2005), refleja las diferencias entre la sexualidad humana, frente a la sexualidad de los animales. Para los seres humanos el comportamiento sexual es un acto libre y personal. Ya que implica sentimientos, emociones y se realiza por decisión propia. Sin embargo, la sexualidad de los animales se basa en la procreación, limitándose a una función reproductiva, la cual está determinada por la biología. Es decir, su comportamiento es automático e impersonal, no implica sentimientos ni emociones, a diferencia del comportamiento sexual de los seres humanos.

Evolución de la sexualidad

La sexualidad ha ido evolucionada a lo largo de nuestra historia. Anteriormente, en la cultura judeo-cristiana se mantenía una visión dualista donde entraban en conflicto el cuerpo y el alma. Esta visión despreciaba el cuerpo frente al alma y limitaba el sexo únicamente a la función procreativa, ya que todo aquello que se relacionase con el cuerpo y el placer sexual se condenaba como pecado o demandas impuras, generando sentimientos de vergüenza y culpa en los ciudadanos. Por ello, se prohibía toda actividad sexual que no diera lugar a la procreación. Esta postura extrema de represión sexual contribuye al tabú del sexo, al silencio y a la desinformación sobre el tema, generando confusión en las personas y limitando su libertad sexual (Mock y Martínez, 1995).

Esta visión decayó durante los años 60-70, ya que quienes participaron en la Revolución Sexual cuestionaron y modificaron las actitudes que se tenían acerca de la sexualidad en esta época. Además, aparecieron nuevos estilos de vida diferentes a los tradicionales, favoreciendo a que los ciudadanos no se sintieran culpables por tener deseos sexuales pudiendo desvincularse de aquella visión tradicional sintiendo una mayor libertad para explorar su sexualidad (Mock, 2005).

Hoy en día, la ideología postmoderna promueve la búsqueda desenfadada de experiencias, reforzando la búsqueda del placer, la gratificación inmediata y por tanto la práctica de relaciones sexuales impersonales casuales. La idea de “si te gusta, hazlo y

mientras más, mejor” se refleja en los medios de comunicación, como en programas de televisión o en las redes sociales que se encuentran a la orden del día de los jóvenes, lo que contribuye a comercializar el sexo, desvinculándolo de las emociones y los sentimientos propios de los seres humanos. Siendo esto lo que diferencia la sexualidad humana de la de los animales (Rolheiser, 2001). En la actualidad, por lo tanto, la sexualidad está mayormente visualizada desde una manera erótica. Pero también se ha evidenciado que posee diferentes funciones positivas para los seres humanos, ya que actúa favoreciendo que se mantenga un equilibrio psicológico y físico estable en las personas. Por lo que, si se compara cómo era vista la sexualidad antiguamente respecto a la visión que se tiene de ella hoy en día, la intimidad ha cobrado un papel muy importante ya que el sexo ha dejado de ejercerse únicamente para la reproducción y ha pasado a convertirse en una actividad para el mantenimiento saludable de pareja (Rodríguez y Ramon, 2013).

El embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico que perdura alrededor de 9 meses, pudiendo alargarse o reducirse en función de las circunstancias personales de la mujer, pero el tiempo estimado de este proceso se correspondería a 39 semanas de gestación. Ese periodo de tiempo se puede dividir en tres fases, el primer, segundo y tercer trimestre. El embarazo se origina con la fecundación del óvulo y durante todas esas fases el bebé se desarrollará en el interior del útero. Este proceso finalizará con el parto (Alcolea y Mohamed, 2011).

Cambios físicos

El cambio físico que más se aprecia durante el embarazo es el aumento de peso de la mujer, el cual empieza a ser más observable en el segundo trimestre. Se conoce que su peso aumenta entre 10 y 17 kilos. Sin embargo, esta cifra es muy variable depende del cuerpo de la mujer y de su peso previo a la gestación. Aumenta la masa corporal, pero hay una pérdida de masa ósea. Se considera que todos estos cambios se deben a que el cuerpo de la mujer durante el embarazo se prepara y se modifica para poder cargar al bebé en su vientre. Este cambio físico afecta negativamente a su capacidad de conciliar el sueño, ya que la gestante se sentirá incomoda por sus cambios

corporales. También influirán en su forma de andar, adoptando una postura más encorvada. Se conoce que a lo largo de la gestación y a medida que la mujer va ganando peso, se va acentuando la curvatura de la lumbar para que el eje de gravedad se encuentre en las piernas. Esto normalmente genera un gran dolor lumbar en las madres (Gabbe et al. 2019).

El sistema digestivo sufre diversas alteraciones, como náuseas y vómitos sobre todo en las primeras horas de la mañana y también estreñimiento, episodios diarreicos o hemorroides (García, 2014). Por un lado, la mujer tiene un mayor apetito y su capacidad para saborear los alimentos se reduce, por ello tienden a consumir alimentos con especias o condimentos. Por otro lado, sufre náuseas y vómitos pudiendo generar una disminución en su alimentación. La probabilidad de desarrollar una enfermedad por reflujo se eleva, ya que el crecimiento del feto produce un reflujo gastroesofágico en la mayoría de las embarazadas, que provoca frecuentes sensaciones de acidez. El aumento de la masa corporal genera que se produzca una mayor presión abdominal y esto da lugar a que aumente la presión venosa que transporta la sangre desde el intestino, páncreas, bazo y vesícula biliar hasta el hígado. Esta presión provoca un aumento de las venas hemorroidales, se conocen también como hemorroides. En resumen, se inflaman o se hinchan un conjunto de tejidos y de venas dentro o fuera del año, lo que provoca un gran malestar en la mujer gestante. Sumado a ello, se produce una alteración en el conjunto de movimientos que hacen posible que los alimentos se transporten desde la boca hasta el sistema excretor, generando en la mujer problemas para eliminar las heces, ya sea por estreñimiento o por episodios diarreicos, siendo esta última menos frecuente (Gabbe et al. 2019).

El embarazo también da lugar a alteraciones en el sistema urinario. Se conoce que el tamaño del útero va aumentando a lo largo del embarazo, a medida que el feto crece, la vejiga urinaria se comprime aún más y esto genera una disminución en la capacidad de la vejiga. Es decir, se produce la compresión del útero sobre la vejiga y se disminuye su capacidad para eliminar la orina, causando infecciones e incontinencias urinarias. La gestante siente que tiene la necesidad constante de orinar, ya sea por el día o por la noche, pero lo hace en niveles normales o inferiores a lo normal (García, 2014). Estas alteraciones también afectan negativamente a la calidad del sueño de la mujer, sufriendo períodos de sueño más interrumpidos ya que se despierta frecuentemente (Gabbe et al. 2019).

Por último, otro de los cambios se produce en las embarazadas sería un aumento del volumen sanguíneo, favoreciendo su circulación para que su bebe reciba el oxígeno y los nutrientes necesarios para su adecuado desarrollo. Esto puede generar en la madre una mayor tensión arterial y un aumento en su frecuencia cardiaca, pero se encuentran en índices normales. Sin embargo, en el tercer trimestre del embarazo, debido al gasto de la energía, la frecuencia cardiaca aumenta aún más (Jiménez et al. 2016). Este aumento ayudará a la mujer en la pérdida de sangre durante el parto (Chestnutt, 2004).

Cambios hormonales:

El cerebro de la mujer durante el embarazo libera una serie de hormonas, por ejemplo, la progesterona y los estrógenos, estas se conocen como hormonas femeninas. La progesterona tiene un papel fundamental en la implantación del óvulo tras la fecundación y ayuda a preparar al cuerpo de la mujer gestante para el parto, relajando sus articulaciones. Es la precursora tanto de la testosterona como de los estrógenos y se asocia con la libido. Esta hormona se encuentra presente tanto en hombres como mujeres, aunque se asocia mayoritariamente a la sexualidad femenina, ya que es segregada fundamentalmente por los ovarios y la placenta. Ayuda en el desarrollo de las glándulas mamarias, aumentando el volumen del pecho de la mujer para que pueda darse la lactancia tras el parto. Pero la segregación y emisión de la lactancia se corresponde a la prolactina (Niger Med, 2012; Tkachenko et al. 2014; Mayo Clinic Staff, 2017).

Los estrógenos también se producen por los ovarios y más tarde por la placenta, se encargan del desarrollo sexual de la mujer, como del crecimiento y del revestimiento del útero. Esta hormona va a generar en la mujer una sensación de bienestar y de activación. Sin embargo, se conoce que la placenta va a ser expulsada en el parto. Es decir, la madre va a perder esa elevada sensación de bienestar, que le generaba esta hormona (Finkelstein et al. 2013). Los estrógenos favorecen la liberación de prolactina, esta tiene la función emitir la lactancia, de ahí su nombre "lactina". Además, se encarga de aumentar el volumen del pecho de la mujer durante el embarazo, para que posteriormente pueda segregar leche materna para alimentar a su bebé. Otra de las funciones de esta hormona es el crecimiento del cabello. Durante este proceso se aumenta la prolactina y consecuentemente aumenta también el bello en la mujer, este

aparece en diversas zonas del cuerpo como en la cara o en la tripa, pero tras reducirse los niveles de prolactina este bello desaparecerá. Suele desvanecerse por completo aproximadamente a los 6 meses tras el parto (Niger Med, 2012; Tkachenko et al. 2014; Mayo Clinic Staff, 2017).

La prolactina, los estrógenos, la progesterona y la oxitocina, esta última considerada la hormona del amor, relacionada con el apego y el placer, actúan inhibiendo la respuesta de estrés y ansiedad, además de favorecen a que se desarrollen conductas maternas, basadas en la sensibilidad preparando a la mujer para que pueda atender de manera adecuada a las demandas de su futuro bebé. No solo se encuentra mucho más sensible tras el embarazo, sino que durante la gestación también muestra una gran hipersensibilidad, especialmente en el último trimestre, ya que se aproxima el momento de poner en práctica esas conductas maternas (Alba Romero et al. 2012).

Sin embargo, la realidad es que existen muchos factores que pueden estresar a la mujer gestante. Su cuerpo reacciona respondiendo de forma fisiológica y psicológica, generando mayores niveles de cortisol, conocida como la hormona del estrés. Esto produce en ella una elevada tensión corporal y emocional que podrían perjudicar a su bebé de forma permanente (Alba Romero et al. 2012), ya que al presentar ese estado expone a su hijo a niveles altos de cortisol, el cual funciona como inhibidor del crecimiento fetal, especialmente afectará al cerebro del niño (Odent, 2012). Todo ello, acabará condicionando su desarrollo emocional y conductual y por tanto su futura personalidad ya que estas consecuencias negativas se mantendrán en su edad adulta. Por lo que es importante identificar a tiempo este estado en la madre, no solo para evitar daños en su salud, sino también en su hijo (Alba Romero et al. 2012).

Todo ello provoca que se aumente el riesgo de que se pueda producir un parto antes de lo esperado y que el bebé nazca con un peso bastante inferior, conocidos como niños prematuros (Alba Romero et al. 2012; Navarrete et al. 2012). Se ha comprobado que el 54% de las embarazadas presentan ansiedad en algún momento de su gestación, normalmente aparece y con mayor gravedad durante en el primer y último trimestre. Es el estado psicológico que más se da en las mujeres embarazadas, es incluso más frecuente que la depresión, de la que se hablará más en profundidad a continuación (Marc et al. 2011).

Cambios psicológicos o emocionales:

El embarazo da lugar a muchos cambios en la mujer, desde un punto de vista psicológico el nacimiento de un hijo supone un trabajo mental en la madre, en el que tendrá que desarrollar una serie de modificaciones a la hora de pensar y de sentir. La mujer tendrá que reajustar su nuevo rol, produciéndose en ella un cambio de identidad, en la que aparte de su identidad “femenina” se configurará su identidad como “madre”. Esto también supone un paso a la edad adulta, ya que la gestación da lugar a una serie de cambios importantes en su vida, tanto físicos, como psicológicos y sociológicos (Verny y Weintraub,1992).

Se pueden apreciar una gran variedad de alteraciones emocionales, tales como estados de ansiedad, depresivos, momentos de incertidumbre, tristeza, angustia, ilusión, felicidad etc. Aparecen como respuesta ante los síntomas que se producen en el embarazo como el miedo o preocupación por la salud de su hijo, ante los dolores, náuseas, vómitos o la notable subida de peso, entre otros. La mujer gestante tiene que hacer frente a todos esos cambios, aceptando las modificaciones que se están generando en su cuerpo, esto suele ser una gran dificultad para ella. Todo esto, puede dar lugar a la pérdida de su autoestima, sintiéndose insegura e insuficiente, afectando en la forma en la que se relaciona con su entorno, ya que al no estar a gusto consigo misma su manera de relacionarse con las personas que le rodean será negativa y todo ello acaba influyendo en su calidad de vida (González, 2020).

La mujer podrá mostrar una actitud positiva o negativa ante el embarazo, emitiendo conductas que favorecerán su salud o por el contrario que la perjudiquen. En primer lugar, el perfil de aquellas madres que muestran una actitud positiva ante su gestación y una conducta que favorece su salud, se podría asociar al concepto de la “fuerza del yo” es decir aquellas mujeres que muestran una elevada madurez y sensibilidad emocional. Demostrando que son responsables y capaces de hacerse cargo del cuidado de su bebé, adaptándose a los cambios que este proceso supone, junto a su pareja. Siendo eficaz y optimista a la hora de afrontar los problemas, mostrándose tolerante ante la frustración y comprometida ante la resolución de los conflictos. Muchas de ellas, al estar tan felices y satisfechas por el embarazo, acaban abandonando malos hábitos que tenían, que podrían perjudicar a su salud como dejando el consumo de tabaco, de café, o de alcohol. Y fomentan otros hábitos pensando en su bebé, tales

como acudir de forma frecuente al centro médico para asegurarse de que todo está bien o comenzar con los preparativos para la nueva situación que les espera en el futuro (Verny y Weintraub,1992). En esta línea, se ha observado que cuando el embarazo es planeado y deseado por la pareja, normalmente la mujer se siente más feliz y tranquila durante este proceso, sobre todo en el primer trimestre. Pero si no ha sido planeado puede que la mujer presente mayores niveles de ansiedad (Diaz et al. 2013).

El otro tipo de personalidad sería aquella que tendría una actitud negativa respecto al embarazo y daría lugar a comportamientos que perjudicasen su salud. La mujer actúa de forma irresponsable, con hostilidad, impulsividad, ira, mostrando una inestabilidad emocional. Todas estas conductas constituyen un riesgo para la salud psíquica de la mujer como para la de su bebé, ya que influye aumentando la vulnerabilidad para desarrollar problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, de los que se hablarán posteriormente (Verny y Weintraub,1992).

Este tipo de personalidad puede haberse formado a raíz de creencias o pensamientos negativos, en los que la mujer se infravalora pensando que no va a ser capaz de hacerse cargo de su hijo. Además del temor que siente ante los cambios que va a suponer el embarazo generando unas expectativas negativas acerca de él y de su futura situación. Esto suele ocurrir en mujeres que van a ser madres por primera vez, especialmente si son adolescentes. Sin embargo, aquellas mujeres que están en la edad adulta, alrededor de los 20 - 35 años, se adecuan mejor a los cambios que el embarazo conlleva, ya que se encuentran biológicamente más preparadas para la gestación (Verny y Weintraub,1992).

Esto último se relaciona con el nivel de autoestima durante el embarazo del que hablábamos anteriormente, donde todos los cambios que se producen en la mujer acaban perjudicando a su autoestima. Las madres primerizas a la hora de enfrentarse a todos esos cambios muestran una baja autoestima. Sin embargo, con el paso del tiempo aquellas mujeres que han tenido hijos muestran una mayor autoestima, respecto a aquellas mujeres que no han tenido hijos. Esto podría explicarse a través de la experiencia, gracias a ella poco a poco la mujer va siendo capaz de adaptarse ante los retos que conllevan el estado gestacional y la maternidad. Las madres acaban desarrollando una mayor confianza en sí mismas, adquiriendo nuevas competencias y habilidades maternas que favorecerán positivamente en su nivel de autoestima,

considerando que ahora sí que serán capaces de afrontar los cambios que este proceso supone (van Scheppingen et al. 2018).

Por lo tanto, se ha comprobado que la edad es un factor que influye en el estado psicológico de la gestante, cuanto más joven sea, menos probabilidades tendrá de desarrollar habilidades para solucionar las dificultades que este proceso pueda traer consigo. En esta línea Mateos y Sanchez (2006), revelan en sus estudios que las madres de menos de 25 años muestran niveles más elevados de depresión, ansiedad, estrés e insatisfacción con su pareja, incluyendo en este punto la actividad sexual. Mientras que las madres con 26-30 años, muestran un mayor índice de bienestar y no presentan niveles tan elevados de fatiga, depresión, ansiedad, estrés e insatisfacción conyugal. Sin embargo, si su edad es mayor de 35 años sumado a que la mujer va a ser madre por primera vez, se convierte en un factor de riesgo tanto para el estado psíquico y la salud de la gestante, como para el propio embarazo, ya que aumenta la probabilidad de que el bebé sufra complicaciones o que se produzcan abortos. A estas mujeres se las denomina 'primíparas añosas' y muestran mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión antes y después del embarazo.

Según Currid, (2004), el embarazo es un proceso que puede aumentar el riesgo de sufrir una crisis emocional o una enfermedad mental y si estos no se abordan de manera adecuada podrían derivar en posibles intento de suicidio ya sea por querer acabar con su propia vida o con la de su hijo.

La depresión en mujeres embarazadas es bastante frecuente. Diferentes autores han estimado que su índice de prevalencia sería el siguiente, de 7.4% durante el primer trimestre del embarazo, de 12.8%, en el segundo y de 12%, en el tercero (Bennett et al. 2004). Las manifestaciones emocionales de tipo depresivas durante el embarazo pueden ser una mayor labilidad afectiva dando lugar a altibajos en el estado de ánimo de la mujer gestante, mostrándose irascible, negativa, hipersensible, preocupada por su estado anímico, además de quejas somáticas. Por otro lado, aparecen sentimientos de nostalgia por el rol que tenía previo al embarazo, anhelando su estado anterior en el que se sentía más libre y bella. Mostrando cierto enfado por haber perdido su autonomía e independencia, además de su atractivo físico. Las modificaciones que se están produciendo en su cuerpo le generan cierta incomodidad e inseguridad y a veces la

mujer desea volver a tener el cuerpo que tenía antes, ya que se veía mejor. Sin embargo, también se ha estudiado que cuando la gestación es vista como un logro para la mujer, su autoestima tiende a aumentar, ya que sentirá que ha conseguido aquello que estaba deseando (Morales– Carmona et al. 1992). Tanto en la depresión, como en el embarazo se manifiestan síntomas parecidos, como dificultades para dormir, cansancio, inestabilidad emocional, aumento de la masa corporal, bajo estado de ánimo o pérdida de autoestima, entre otros. Por lo que puede haber complicaciones para reconocer que se trata de una depresión. Distinguir entre sintomatología depresiva y síntomas normales de la gestación, puede generar dificultades a la hora de establecer su diagnóstico, ya que muestran alteraciones similares. Al no reconocer el estado depresivo no se podrá atender a tiempo y esto puede suponer mayores riesgos para la salud de la mujer, especialmente en después del embarazo (Ferrando, 2003).

Además de los estados depresivos, suelen presentarse y en mayor medida estados de ansiedad durante la adaptación a todos los cambios que están teniendo lugar en su vida. Se trataría de una ansiedad transitoria, es decir que se mantendría durante un tiempo determinado, en este caso durante el periodo del embarazo. Sin embargo, la ansiedad puede aumentar en algunos casos debido a la presión social que sufre la mujer por su entorno, su familia o su pareja. También puede elevarse por la incertidumbre que este proceso le genera, el miedo a perder a su bebé o por las preocupaciones de no saber ejercer su función como madre de manera adecuada cuando llegue el momento. Además de la preocupación por su futuro estado económico ya que se incrementarán los gastos de forma significativa con la llegada de un nuevo miembro a la familia. Todo ello dará lugar a cambios en su personalidad y también en su deseo sexual (Morales– Carmona et al 1992).

Relación sexualidad- embarazo

Cambios en cada trimestre del embarazo y su relación con la sexualidad

Primer trimestre:

Normalmente en el primer trimestre del embarazo aproximadamente 80% de las embarazadas sufren náuseas y vómitos. En esta fase la mujer siente un gran cansancio debido a que comienza a tener dificultades para conciliar el sueño (Koch, 2003).

La gestante comienza a sentir cambios físicos y hormonales, favoreciendo a que se encuentre mucho más susceptible emocionalmente. Esto dará lugar a que se produzca una disminución en su propio deseo sexual. Sumado a los tabúes de la sexualidad durante el embarazo, acabarán afectando a su relación de pareja, favoreciendo a que en este trimestre se reduzca notablemente la actividad sexual (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014).

Muchas mujeres se sienten inseguras ante las modificaciones que van teniendo lugar en su cuerpo. Al aumentar su masa corporal piensan que también se va a alterar negativamente su imagen erótica, favoreciendo a que acaben olvidando su rol de ser seductora y de seducir. Es cierto que se pueden producir modificaciones respecto al deseo sexual en la pareja de la embarazada. Pueden dejar de verla atractiva durante este periodo, favoreciendo a que se dé una disminución en el deseo de mantener relaciones sexuales con la gestante (Huayanca Hernández 2017). Ante esto, Rodríguez y Ramon (2013), argumentan que a través de estudios sobre cómo el embarazo afecta al deseo sexual, se ha comprobado que alrededor del 93% de las mujeres disminuyen su actividad sexual durante este proceso. Un 60% de mujeres del estudio verbalizaban que sienten menos placer y los hombres muestran una disminución del deseo sexual en un 40 %. Estos datos se deben mayoritariamente a la preocupación que sienten de dañar al feto y a la falta de información sobre ello. Las gestantes consideran que la actividad sexual durante el embarazo representa uno de los factores que más le genera estrés, ya que lo consideran un riesgo para la vida de su bebé.

Por lo que tanto la mujer como el hombre especialmente en este primer trimestre sienten miedo de provocar algún daño a su hijo y esto suele dar lugar a una inadecuada forma de gestionar sus deseos y conductas sexuales (Huayanca Hernández, 2017). Aun así, no todas las mujeres se sienten de la misma forma en este proceso, depende de las características personales de cada una de ellas y de las circunstancias que las rodean como del apoyo y los recursos de los que dispongan en cada momento (Alcolea y Mohamed, 2011).

El estado psicológico de la mujer embarazada según Soria (2011), es un factor que influye en el comportamiento sexual. Este autor comenta que las mujeres psicológicamente más maduras y estables emocionalmente, se adaptan mejor a esta

situación. Argumenta que siempre que no sientan incomodidad serán capaces de no variar su patrón sexual, es decir de mantener la misma calidad y frecuencia en sus relaciones sexuales durante el periodo de embarazo.

El nivel de educación influye también en el patrón sexual de la pareja durante el periodo del embarazo. Se ha comprobado que una adecuada educación sexual, es decir conocer la información necesaria y cierta al haber sido científicamente comprobada, puede disminuir los miedos a causar lesiones al feto, favoreciendo a que ambos miembros de la pareja puedan disfrutar de la sexualidad de una forma saludable y placentera. Sin embargo, si se dejan llevar por mitos, tabúes o información no contrastada, permanecerán esos miedos o preocupaciones de dañar al bebé y no disfrutarán de su sexualidad. Será importante recibir información adecuada especialmente en el primer trimestre, ya que así podrán vivir todo el proceso del embarazo de forma más tranquila y segura (Rodríguez y Ramon, 2013).

Por otro lado, en este primer trimestre aparecen los “antojos” para captar la atención de su pareja, o miembros de la familia, para que estos satisfagan sus nuevos deseos. Es una forma de mostrar dependencia ante quienes le rodean y de comprobar que sus seres queridos se encuentran disponibles ante sus demandas y que están ahí cuando ella los necesita (Maldonado-Durán et al. 2008).

Segundo trimestre:

En el segundo trimestre, ya existe una mayor adaptación del proceso de embarazo, van desapareciendo las molestias físicas y emocionales que tenían al inicio. Las madres tienden a sentirse más seguras y tranquilas debido a que ya que empiezan a notar a su hijo y esto les ayuda a olvidar sus miedos y preocupaciones (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

La gestante comienza a imaginarse a su bebé y a fantasear sobre si será niño o niña, los posibles nombres que le pondrán, el color de su pelo de sus ojos, el carácter que tendrá, a quién se parecerá más...También se imaginará cómo será ella como madre. En este segundo periodo es común que la gestante hable con su bebé, que se toque el vientre para sentir sus movimientos, ya que el feto se encuentra mucho más

desarrollado y se percibe en mayor medida su presencia en comparación con el anterior trimestre. Todo ello, genera en la mujer una sensación de bienestar y de tranquilidad (Maldonado-Durán et al.2008).

Por otro lado, a nivel fisiológico, el feto realiza una presión sobre los órganos genitales de la mujer, produciendo un aumento de la excitación y de la lubricación genital. Además, los senos se hinchan provocando que la mujer experimente un estado constante de excitación. Sin embargo, a pesar de ese estado, muchas de las gestantes se siguen sintiendo inseguras por los cambios físicos que se han producido en su cuerpo, les preocupa cómo puedan ser vistas por su pareja. Las mujeres temen que el aumento de peso que han sufrido haya podido influir en el deseo sexual de sus parejas, reduciendo la atracción sexual que sentían hacía ellas. Sin embargo, puede que la mujer perciba estos cambios físicos de manera positiva y que se sienta mucho más femenina al estar embarazada, y viva la gestación desde la sensualidad (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

A pesar de que algunas mujeres se sigan sintiendo inseguras por sus cambios físicos, se ha comprobado que en el segundo trimestre el 80 % de las embarazadas consiguieron volver a recuperar su sexualidad (Ministerio de Salud Pública, 1997). Esto se debe al aumento del volumen sanguíneo en la zona pélvica generando en la mujer un mayor apetito sexual y una mayor facilidad para tener orgasmos, siendo estos de mayor calidad. Muchas mujeres han comentado que los orgasmos durante este segundo trimestre del embarazo han sido los más intensos que han tenido a lo largo de toda su vida (Espadas, 2021).

Tercer trimestre:

En el tercer trimestre, vuelven a disminuir o a cesar totalmente sus relaciones sexuales, ya que al acercarse el momento del parto la mayoría de las mujeres presentan una notable reducción del deseo sexual. Esto se debe a la incomodidad que sienten en su día a día por todos los cambios que se han producido en ellas a lo largo del embarazo y sintiendo esta incomodidad también durante el acto sexual. Sumado a ello, muchas de las gestantes piensan que si mantienen relaciones sexuales en este último trimestre se

podrá desencadenar el parto, generando en ellas miedo y preocupación que hacen que su apetito sexual se reduzca de forma considerable (García, 2014).

Huayanca Hernández (2017), comenta que los niveles de prolactina a lo largo del embarazo van aumentando progresivamente. Se conoce que la prolactina inhibe los comportamientos sexuales. Sin embargo, la testosterona también se libera en este proceso, siendo la progesterona su precursora, y funciona incitando a la respuesta sexual. La prolactina actúa inhibitoriamente sobre la testosterona y, por lo tanto, también actúa inhibiendo el deseo de mantener relaciones sexuales. De esta forma, a medida que va aumentando el nivel de la prolactina en cada trimestre del embarazo, el deseo sexual va disminuyendo, siendo este último trimestre de la gestación el momento de mayor inhibición.

A pesar de que disminuya el deseo y la actividad sexual en esta última fase del embarazo, se ha comprobado que en las gestantes aumenta la necesidad de afecto y de cariño. Es por esto por lo que las mujeres demandan muchas más caricias y cuidados de las personas de su entorno, especialmente de su pareja en comparación con los anteriores trimestres, ya que se sienten más frágiles e inseguras (García, 2014).

En este último trimestre se acentúan todos sus miedos y preocupaciones, debido a que saben que ya se acerca el momento que llevaban esperando durante tanto tiempo y pensarán en mayor medida acerca de cómo se será el parto si este será doloroso, si su hijo nacerá sano, si será capaz de cuidarlo de forma adecuada. Y, por otro lado, también se sienten impacientes y deseosas de conocer a su bebé (Alcolea y Mohamed, 2011).

Mitos de la sexualidad en el embarazo

Una vez descrita la sexualidad, el embarazo y la relación entre ambas, se abordarán algunos de los mitos más comunes respecto a la sexualidad durante el embarazo y se desmentirán aquellos que son inciertos.

Los mitos son opiniones infundadas, acerca de aspectos que parecen tener sentido, se generalizan con facilidad en la sociedad y se mantienen de generación en generación, teniendo la creencia de que están en lo cierto. Pero en realidad esta

información carece de conocimientos suficientes para convertirse en una afirmación y esta no suele ser verdadera. El origen de los mitos o de los tabúes, viene de ideologías, religiones o de políticas que han generado unas normas para que los seres humanos se comporten de determinada manera, siguiendo dichas reglas. Estas se divulgan como si se hubiera comprobado su certeza y rara vez son cuestionadas. La sexualidad, da lugar a numerosos mitos que se han mantenido en el tiempo, dada su elevada estigmatización en la sociedad (Hofstadt Román et al. 1995).

El mito más común es *“la penetración puede hacer daño al bebé”*. Esta creencia es la más frecuente y se fomenta desde la Edad Media, ya que en este periodo la Iglesia no aceptaba que se tuvieran relaciones sexuales si no era para tener un hijo. Por lo que si una mujer consigue quedarse embarazada no debería mantener relaciones sexuales, debido a que ya se habría cumplido la finalidad de procrear que permitía la Iglesia, condenando la sexualidad durante el embarazo. Esta creencia acaba extendiéndose como si se tratase de una norma o un patrón de comportamiento que debían seguir, como se ha mencionado anteriormente (Núñez, 2008).

Este mito es falso, ya que hay evidencias científicas que muestran que no sería posible que durante la penetración se llegase hasta el feto. El doctor Vásquez (2020), nos explica que el cuello del útero se encuentra cerrado por el tapón mucoso, siendo imposible alterar o perjudicar el desarrollo físico del bebé. Es decir, el líquido amniótico de la bolsa placentaria, las paredes gruesas del útero y la membrana mucosa con la que está sellado, protegen al bebé impidiendo que se produzca cualquier tipo de daño.

Más allá de poder generar un daño al bebé también se piensa que *“la penetración puede provocar un aborto”*. Como se ha mencionado previamente el feto se encuentra protegido, por lo que mantener relaciones sexuales no dañará al bebé ni tampoco provocarán un aborto. Desgraciadamente, cuando tiene lugar un aborto espontáneo se debe a que su desarrollo no está siendo el adecuado (Espadas, 2021). Se conoce que el único caso en el que se prohíben las relaciones sexuales es cuando se producen hemorragias. Si el embarazo transcurre de forma normal, no hay necesidad de alterar el patrón sexual (Levin, 2012).

Otro mito común sería: *“El bebé será consciente de lo que está pasando”*. El bebé no será consciente del movimiento durante el acto sexual ni tampoco le molestará. Al contrario, este movimiento le mece. El feto lo vive como un balanceo ya que se

encuentra totalmente protegido y acomodado por la bolsa amniótica y envuelto por las gruesas paredes del útero siendo ajeno a cualquier cosa que suceda en el exterior (Espadas, 2021).

También se piensa que *“el embarazo protege de enfermedades de transmisión sexual”*. Ante esto el doctor Vásquez (2020), argumenta que el contagio puede afectar tanto a la mujer como al bebé, ya que el hecho de estar embarazada no protege de enfermedades de transmisión sexual o de poder transmitirlos. Por lo que cabe destacar la importancia del uso de preservativos si alguno tiene una enfermedad de transmisión sexual, para evitar posibles complicaciones en el bebé (Espadas, 2021).

Otro mito sería que *“el cuerpo de las embarazadas no es atractivo”*. Respecto a esta afirmación se conoce que la gestante sufre múltiples cambios físicos, como el aumento de su masa corporal, sin embargo, ellas podrán ver estos cambios como algo positivo observándose de manera más sensual, favoreciendo a que su pareja se muestre más receptiva, encontrándola mucho más atractiva. O sentir estos cambios de manera negativa, debido a que les hacen parecer menos deseables. Por lo que no se podría generalizar que el cuerpo de las embarazadas no es atractivo, ya que incluso el hecho de mantener relaciones sexuales con una mujer gestante podría ser considerado una fantasía sexual. Este aspecto dependerá de la persona, puesto que no se puede sistematizar lo que es atractivo o deseable para todo el mundo, se trata de algo que varía en función de las preferencias individuales (Espadas, 2021).

También se piensa que en este periodo *“no se pueden practicar ciertas posturas sexuales”*. Respecto a este mito, se conoce que durante el embarazo no existen posturas que sean prohibidas. Sin embargo, es cierto que puede que a la gestante algunas posiciones le sean más incómodas o más complicadas en comparación con las podían realizar anteriormente. Lo importante es que la pareja encuentre la manera de tener relaciones de forma confortable gratificante y placentera. Pero en ningún caso realizar una postura u otra es peligroso para el bebé (Espadas, 2021).

Por último, *“el deseo sexual disminuye durante el embarazo”*. Respecto a este mito, como se ha comentado anteriormente, se conoce que cada experiencia es única para cada mujer y estas pueden tener distintos deseos o necesidades durante el

embarazo. Suele pensarse que las gestantes durante el embarazo pierden la libido por completo debido a los cambios hormonales. Sin embargo, la libido puede aumentar, disminuir o mantenerse estable, no necesariamente siempre debe disminuir. El doctor Vázquez (2020), argumenta ante esto, que la disminución del deseo sexual se relaciona más con factores psicológicos que hormonales, aunque estos últimos también influyen notablemente en la gestante, especialmente en el primer trimestre. Pero incide en que los factores psicológicos tienen un gran peso respecto al apetito sexual, ya que se podrá producir un aumento del deseo sexual si durante el embarazo la pareja genera un mayor vínculo. O por el contrario que se de una disminución en el deseo de mantener relaciones sexuales debido a que los miedos, las preocupaciones y los elevados niveles de estrés, no favorezcan a la actividad sexual. Sin embargo, es cierto que el deseo sexual varía según el trimestre del embarazo tal y como se ha mencionado anteriormente. Siendo el segundo trimestre el periodo donde se produce una mayor satisfacción y por tanto un aumento de su sexualidad, en comparación con los otros trimestres (Espadas, 2021).

Por lo tanto, se comprueba que la mayoría de los mitos de la sexualidad en el embarazo son falsos. Sin embargo, eso no quita que se deba tener en cuenta que puede que en algún caso no sea recomendable mantener relaciones sexuales durante este proceso. Y en todo caso es necesario que se acuda periódicamente a revisiones médicas, donde se indicará si existe algún problema que pudiera afectar a la salud de la gestante o del bebé, y seguir siempre las indicaciones que el médico aconseje (Espadas, 2021).

La pareja

Las relaciones de pareja según Maureira (2011), se basan en cuatro factores: el compromiso, la intimidad, el romance y el amor. Desde un punto de vista psicológico para que exista una relación basada en el amor maduro es necesario que predominen la intimidad y el compromiso.

Este autor define el compromiso como una responsabilidad hacia la pareja y hacia la relación, perdurando en el tiempo esos intereses, aunque surjan complicaciones. Se trata de una promesa de mantener ese amor y de encontrar una solución ante las dificultades. Y por otro lado, define la intimidad como un apoyo emocional, el cual induce a desear al otro miembro de la pareja bienestar y felicidad, compartiendo con él

cercanía a través de la comunicación, comprensión y la confianza. Sobre todo, tener la seguridad de que existe un espacio para poder comentar con la pareja aspectos personales y profundos que se necesiten.

Este amor maduro será fundamental durante el periodo del embarazo ya que ambos miembros de la pareja deben realizar un proceso de adaptación y aceptación del nuevo rol que tienen que asumir. Se ha comentado anteriormente que la gestante tendrá incorporar en su identidad además del rol de “femenino” el rol de “madre”, pero también la relación deberá pasar del rol de “pareja” a uno de “padres”. Esto dará lugar a una gran variedad de cambios, tales como la variación de la actividad y el deseo sexual. Dependiendo de las actitudes que tengan tanto la pareja, como la mujer para afrontar estos cambios, este proceso será vivido de diferentes formas (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Cuando la relación de pareja se caracteriza por la falta de comunicación, tensiones emocionales o económicas podrían ser la causa del estrés tan elevado que sufre la gestante en este proceso, teniendo graves consecuencias tanto en su propia salud, como en la de su bebé. Es decir, si el apoyo que recibe de su pareja es negativo o inadecuado se aumentará el riesgo de que la mujer sufra una depresión. Se ha evidenciado que, a mayor satisfacción conyugal, menor es la probabilidad de que la embarazada manifieste sintomatología depresiva (Fernández y Sánchez 2007).

Es por ello por lo que la pareja tiene un papel fundamental en este proceso, ya que, si adopta una actitud positiva, marcado por el compromiso y sobre todo por la intimidad (Maureira, 2011), será un proceso tranquilo y sano, donde la confianza y el respeto acaben reflejándose en su sexualidad.

Queda claro que el acompañamiento y el apoyo de la pareja es crucial durante todo embarazo para que este periodo sea vivido como algo satisfactorio y acabe reforzando su relación, dándoles fuerzas para afrontar conjuntamente ese nuevo rol de padres y la nueva vida que les espera (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Beneficios de la sexualidad durante el embarazo

La sexualidad disminuye la segregación del cortisol y como se ha visto anteriormente es aquella que favorece el estrés (Villarreal, 2017), por lo que se reducirán los niveles de ansiedad y de estrés que se generan durante el embarazo.

Además, se segregan otras hormonas como la oxitocina y las encefalinas que favorecen a que la gestante sienta un mayor estado de felicidad y de bienestar ya que se producen en su cuerpo sensaciones placenteras y gratificantes (Espadas, 2021). Durante el orgasmo también se segregan endorfinas que generan esas mismas sensaciones de bienestar, además de funcionar como un efecto analgésico (Villarreal, 2017) como para los dolores musculares y de cabeza (Vásquez, 2020).

También las relaciones sexuales mejoran la calidad del sueño ya que después de tener un orgasmo se segrega prolactina que favorece la relajación y unos menores niveles de cansancio (Villarreal, 2017).

Sobre todo, la sexualidad durante el embarazo permitirá que la mujer sienta el apoyo necesario por parte de su pareja a la hora de afrontar este proceso, fortaleciendo el vínculo entre ellos. La gestante percibirá que los cambios físicos, no ha dado lugar a que se produzcan modificaciones en su relación de pareja, se sentirá deseada, favoreciendo una buena autoestima y buen estado emocional, ya que notará que a pesar de dichos cambios no ha perdido su atractivo (Espadas, 2021).

La actividad sexual además mejora la salud cardiovascular de la mujer ya que, al realizar cierto ejercicio físico, se produce una estimulación en la circulación sanguínea y por tanto se ejercitan los músculos. También favorece al desarrollo del bebé debido a que recibirá un mayor nivel de oxígeno. Al tener mayor flujo sanguíneo, se elevarán las secreciones vaginales y esto produce un aumento en la lubricación. Por lo que la satisfacción y el placer será mayor y si el bebé percibe a su madre contenta, le resultará agradable (Espadas, 2021). Las relaciones sexuales ayudan incluso a controlar los futuros dolores del parto, ya que se hacen más fuertes los músculos de la vagina, mejorando la elasticidad y fortaleza de la zona pélvica (Vásquez, 2020).

A parte de los beneficios específicos que tiene en el embarazo, la actividad sexual aporta múltiples beneficios de forma general en los seres humanos, tales como

que al igual que en la gestación, favorece una mejor autoestima ya que la persona se siente más atractiva al ver cómo muestran deseo y excitación hacia ella. Por otro lado, ayuda a reducir el riesgo de que se desarrolle cáncer de mama en mujeres y en hombres el de próstata. Mejora la memoria, aumentando las conexiones entre neuronas, también mejora la piel, ya que como se ha mencionado durante el acto sexual se produce un aumento en el flujo sanguíneo, dando lugar a que la piel reciba más oxígeno y consecuentemente se vea más bonita y brillante. Además, como se ha mencionado también tiene un efecto analgésico, disminuyendo en general los dolores de los humanos. Por ejemplo, se conoce que en las mujeres se reducen los dolores menstruales. Por último, funciona aumentando los niveles de anticuerpos del organismo, optimizando así el sistema inmunitario y favoreciendo una mayor esperanza de vida (Villarreal, 2017).

En definitiva, la sexualidad favorece que las personas tengan una mejor calidad de vida favoreciendo tanto su estado psicológico como físico y si se lleva a cabo de forma saludable será un espacio de intimidad y confianza, donde se producirán sensaciones gratificantes y placenteras (Villarreal, 2017).

Discusión

Tras haber analizado la sexualidad, el embarazo y su relación se han abordado los objetivos de este trabajo. En primer lugar, se ha comprobado que a lo largo del embarazo la mujer presenta múltiples cambios físicos, hormonales, emocionales, sociales y familiares, especialmente con la pareja. Todos estos cambios son diferentes para cada mujer, afectándoles de forma distinta, lo que hace que la experiencia sea única, reflejándose en su sexualidad.

Se ha explorado que ciertos aspectos influyen positivamente en estos cambios, favoreciendo a que la sexualidad sea vivida de forma saludable, como el estado psicológico de la embarazada, si se caracteriza por la madurez y la responsabilidad, acudiendo a las revisiones prenatales oportunas para que el médico indique si se debe variar el patrón de la actividad sexual y así podrá vivir este proceso de forma adecuada (Verny y Weintraub,1992). También que el bebé haya sido deseado y que la edad del primer embarazo de la gestante sea mayor de 25 años, pero no superior a 35 años, debido a que se encontrará mejor preparada para afrontar la maternidad tanto

psicológicamente como biológicamente y esto influirá de manera positiva en su autoestima, considerándose más capacitada para ello y sintiéndose menos preocupada pudiendo disfrutar de su sexualidad (Díaz et al. 2013).

También el apoyo de la pareja es fundamental para la autoestima de la gestante, reduciendo la probabilidad de que sufra una depresión. A través de la sexualidad le demostrará que a pesar de todos los cambios que se están produciendo en ella sigue deseándola y viéndola atractiva (Villarreal, 2017). El apoyo conyugal es fundamental sobre todo en el tercer trimestre donde la mujer se suele encontrar más insegura (García, 2014). También influirá positivamente el estar lo suficientemente informado, tener una buena educación sexual, ya que si los padres conocen que no es cierto que al mantener relaciones sexuales se puede dañar al bebé, sus miedos y preocupaciones disminuirían y podrían disfrutar de su sexualidad, siendo ésta más placentero (Rodríguez y Ramon, 2013).

Todos estos cambios físicos, hormonales y psicológicos también influyen en la sexualidad de la gestante en función del trimestre del embarazo en el que se encuentre. En el primer trimestre debido a los novedosos cambios a los que tiene que hacer frente, como las náuseas y vómitos se da una reducción del deseo sexual. Al igual que el último trimestre, debido a que en esta fase el aumento de peso y el elevado volumen de su vientre le generan cierta incomodidad, produciéndose también una disminución de su interés de mantener relaciones sexuales. Sin embargo, en el segundo trimestre se da un aumento del apetito sexual debido a que la mujer siente una mayor seguridad al comprobar que su bebé va creciendo adecuadamente, y los cambios físicos y hormonales favorecen a que su satisfacción sexual y la calidad de sus orgasmos sean mayores (Espadas, 2021).

Posteriormente se han desmentido algunos de los mitos más comunes sobre la sexualidad en el embarazo, evidenciando que la actividad sexual no altera su evolución. Todas estas controversias se deben a que el sexo normalmente se ha considerado un tema tabú y muchas veces se aborda como algo perverso, sucio y no como algo natural que forma parte de la vida de todo ser humano. Esto provoca que se desconozcan aspectos importantes de la sexualidad, favoreciendo a que las personas se dejen guiar por aquellos mitos o tabúes, en vez de buscar información en fuentes fiables. Sin embargo, es cierto que en algunas situaciones es recomendable no mantener relaciones

sexuales durante la gestación, pero esta decisión la debe tomar el médico que lleva el control prenatal de la madre en cuestión (Huayanca Hernández, 2017).

Y por último se quería comprobar si la sexualidad en este periodo aporta algún tipo de beneficio. Se ha evidenciado que la sexualidad sí que puede beneficiar a la mujer durante el embarazo, sintiéndose más querida en este proceso e incluso en algunos casos mejorando el pronóstico del parto (Vásquez, 2020; Espadas, 2021).

Conclusión

Para finalizar, ante la pregunta que se planteaba al inicio ¿Es cierto que la mujer embarazada es un ser asexuado durante este periodo? La respuesta sería la siguiente:

Tomando en consideración todo lo anterior, queda claro que no se puede hablar del embarazo sin abordar el tema de la sexualidad como una parte importante en la vida de la mujer embarazada. Esto responde a tal pregunta, confirmando que la mujer embarazada no es un individuo asexuado, como se ha pensado en etapas anteriores de nuestra historia, o como se piensa socialmente en algunas ocasiones. La pareja tiene un papel fundamental en el embarazo, ya que favorece el bienestar de la mujer y permite que pueda vivir su sexualidad plenamente (Álvarez et al. 2016).

En definitiva, las relaciones sexuales son algo positivo para el embarazo no sólo para la gestante, sino también para el bebé y para su relación de pareja. Cabe mencionar que cuando se hace referencia a la “mantener relaciones sexuales” no se trata meramente de la penetración, sino que ésta abarca muchos más aspectos como las caricias, los besos u otras muestras de cariño.

Personalmente me ha sorprendido la poca revisión bibliográfica que existe o que se encuentra disponible acerca de este tema tan cotidiano, el cual bajo mi punto de vista se sigue considerando tabú o sigue estando estigmatizado. Todo ello, conduce a que se sigan generalizando o se den por verdaderas afirmaciones sobre la actividad sexual durante el embarazo cuando en realidad tales afirmaciones no son ciertas, como se ha podido comprobar en el apartado de los mitos. Por ello, a la hora de realizar este trabajo

indagué sobre las opiniones que tenían los individuos acerca de mantener relaciones sexuales durante este periodo y tras leer diferentes comentarios o hablar acerca de este tema con personas de mi entorno, considero que a día de hoy sigue habiendo muchas dudas acerca de él, y en parte puede ser por esta desinformación.

En mi trabajo he incidido en varias ocasiones sobre la importancia que tiene estar informados para poder llevar a cabo una actividad sexual saludable durante la gestación, pero considero que para que esto sea posible, hacen falta muchos más artículos, más revisiones bibliográficas que se encuentren al alcance del todo el mundo. Además, se ha podido comprobar que la actividad sexual aporta una gran cantidad de beneficios tanto en las embarazadas como en los seres humanos en general y por ello considero que dicha información es muy necesaria para que todas las personas puedan adquirir un mayor bienestar, una mejor calidad de vida, especialmente en el periodo del embarazo en el que la mujer tiene que hacer frente a múltiples cambios, donde la figura de la pareja y vivir plenamente su actividad sexual, será un aspecto fundamental.

Sin embargo, a pesar de que las diferentes expresiones de la sexualidad nos ofrecen un mundo de posibilidades para satisfacer los deseos sexuales y múltiples beneficios tanto en el embarazo como de forma general, se trata de una elección personal de ambos. Lo más importante será por tanto, que se mantenga una buena comunicación en la que puedan manifestar sus necesidades, gustos, preferencias o preocupaciones, para que cada miembro de la pareja se sienta cuidado, querido y deseado.

Bibliografía

Alba Romero C, Olza Fernández I, Aler Gay I. Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Alcolea, S., & Mohamed, D. (2011). Guía de Cuidados en el Embarazo. Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Álvarez Leño, R. K., Gutiérrez Fajardo, Y., & Velásquez Ríos, D. L. (2016). Vivencias de la sexualidad durante el embarazo.

- Bantman B. Breve historia del sexo. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1998.p.42-7.
- Bennett, H. A.; Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Depression During Pregnancy. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157-179.
- Chestnutt AN. Physiology of normal pregnancy. *Crit Care Clin* 2004; 20: 609-15.
- Currid T.J. (2004). Improving perinatal mental health care. *Nurs Stand*, 19(3), 40-3.
- Diaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus Online*, 17(2), 32-39.
- Fernández LM, Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*. 2007, 1(1).
- Ferrando L. La depresión en la mujer. *Psiquiatría Atención Primaria*. 2003; 4:4- 9.
- Finkelstein, J.S. et al. (2013). Gonadal steroids and Body Composition, Strength and Sexual Function in Men, *The New England Journal of Medicine* 369; 1011-1022.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. *The Standard Edition of the Complete Psychological Writings (1953-1974)*. Londres, Inglaterra: Hogarth Press.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., ... & Grobman, W. A. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo*. Elsevier Health Sciences.
- García, M. (Julio de 2014). Sexualidad en el periodo gestacional. (Trabajo Final. Enfermería). Algeciras, España: Universidad de Cádiz. Facultad de Enfermería.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*.
- González, N. Á. (2020). Cómo afecta el embarazo a la autoestima de la mujer gestante. *Guiainfantil.com*. <https://www.guiainfantil.com/embarazo/belleza/como-afecta-el-embarazo-a-la-autoestima-de-la-mujer-gestante/#header0>
- Hofstadt Román, C. V. D., Ruiz Royo, M. T., Baena Hernández, C. F., & Sánchez Escámez, A. (1995). Mitos sexuales en una población adulta. *Medicina clínica*, 105(18), 691-695.

- Huayanca Hernández, R. E. (2017). Mitos y tabues sobre sexualidad durante el embarazo en el Centro de Salud Macacona–Essalud; distrito de Subtanjalla–Ica, año 2017.
- Jiménez, M., Mérida, J., & Palomo, R. (2016). Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica. Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Koch, K. L., & Frissora, C. L. (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterology Clinics*, 32(1), 201-234.
- Levin, A. (2012). Cambios en la actividad sexual durante la gestación. (Tesis). Rosario, Argentina: Universidad Abierta Interamericana. Facultad de medicina y ciencias de la salud.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.
- Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett E, Blanchet C, Dodin S, Njoya M. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. Art N°: CD007559. DOI: 10.1002/14651858.
- Mateos, L., & Sanchez, C. (2006). La Depresión en la mujer gestante y influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. España: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relacion de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.
- Mayo Clinic Staff. (2017). Symptoms of pregnancy: What happens first.
- Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997. Cuba
- Ministerio de Salud de Chile. (06 de 04 de 2015). Guia perinatal. Santiago de Chile: MINSAL.

- Mock, G. (2005). Una mirada a la sexualidad: Del nacimiento a la pubertad. *Revista de Ciencias Sociales*, 14, 22-39.
- Mock, G. (2000). *La educación sexual en la niñez: Una visión integral y formativa*. Aguas Buenas, Puerto Rico: Producciones ANISA, Inc.
- Morales–Carmona, F., González, C. G. y Valderrama, B. G. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatología y reproducción humana*, 2(4), 165-174.
- Navarrete C E, Lara-Cantú M^a A, Navarro C, Gómez M^a E, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio 24 Revista de Investigación Clínica (Revista en Internet)*. 2012; 64 (6): 625-633.
- Niger Med J. (2012) - Hormones in pregnancy
- Núñez, M. D. C. A. (2008). *NACIMIENTO Y VIDA INFANTIL EN LA EDAD MEDIA*
- OMS. (8 de agosto de 2011). *Sexualidad, qué es*.
- Rodríguez, M., & Ramon, E. (2013). Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global*, 12(4), 362-370. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.4.181521>
- Rolheiser, R. (2001). *The shattered lantern*. New York, N.Y.: A Crossroad Book.
- Servicio Andaluz de Salud. (2007). *Matronas del Servicio Andaluz de Salud. Temario Parte Específica. Ampliación del tema 53. Volumen 2. (Vol. 2)*. Andalucía, España: S.L. Editorial Mad.
- Soria, B. (2011). *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio. (Trabajo de Maestría. Sexología)*. Almería, España: Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Odent, M. (2022). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Editorial Ob Stare.
- Tkachenko O, et al. (2014). Hormones and hemodynamics in pregnancy.

- Van-der Hofstadt, C. J., Ruiz, M. T., Baena, C., & Sanchez, A. (1995). Sexual myths in an adult population. *Medicina Clinica*, 105(18), 691-695.
- Vásquez, P. (2020, 19 mayo). Sexualidad durante el embarazo: mitos y realidades. Clínica INDISA - Clínica de familia. <https://www.indisa.cl/blog/sexualidad-durante-el-embarazo-mitos-y-realidades/>
- Villarreal, M. Á. (2017, 1 enero). 14 beneficios de una sexualidad saludable. mundopsicologos. <https://www.mundopsicologos.com/articulos/14-beneficios-de-una-sexualidad-saludable>.
- Verny, T., & Weintraub, P. (1992). El vínculo afectivo con el niño que va a nacer: programa de nueve meses para tranquilizar, estimular y comunicarse con su bebé. Urano.
- Zolbrod, A. P. (2000). *Sexo inteligente*. Barcelona, España: Paidós